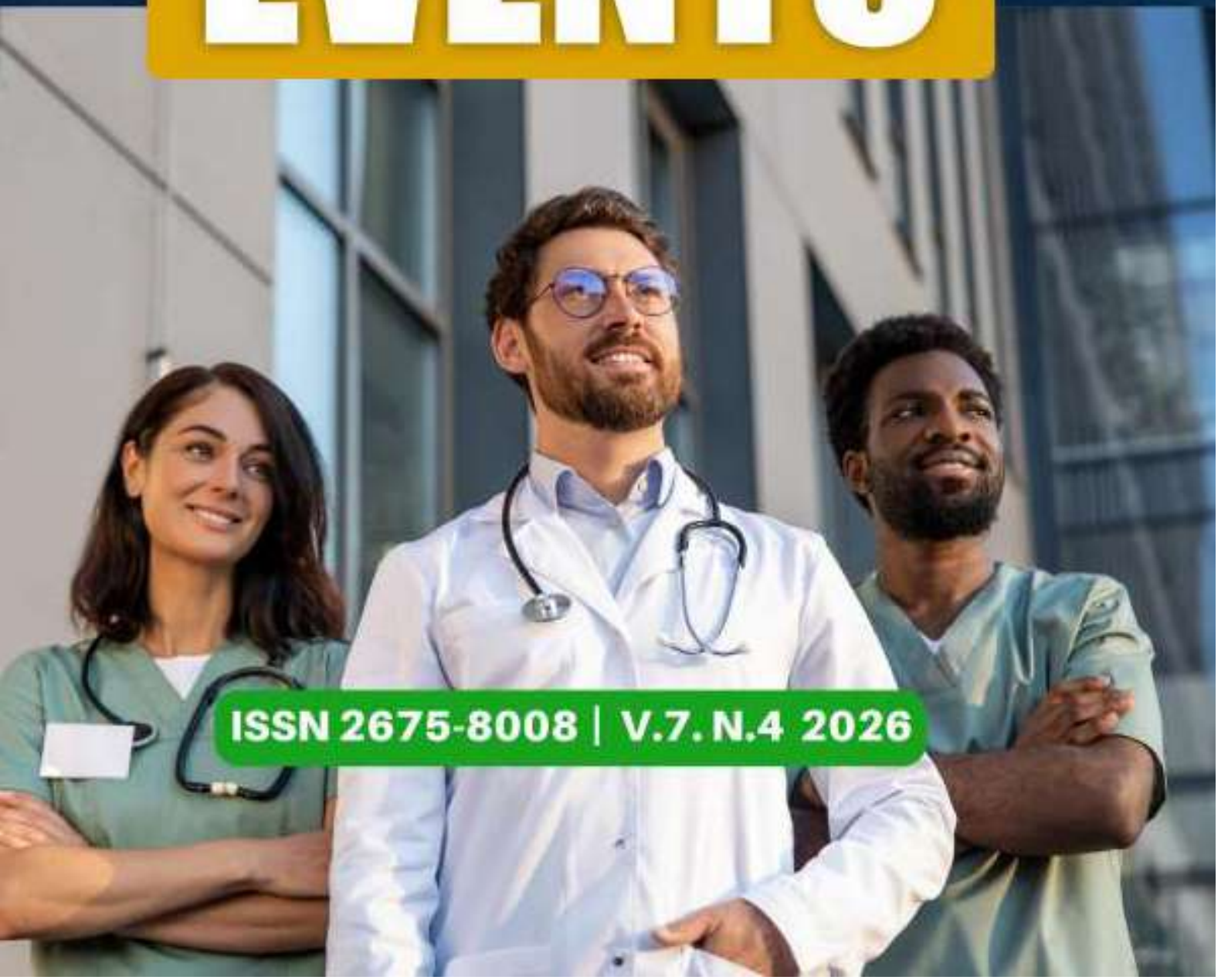
EDITORA
INTEGRAR

CONGRESSO NACIONAL
SOBRE O SUS
DESAFIOS E PERSPECTIVAS

ANAIS DO EVENTO



ISSN 2675-8008 | V.7. N.4 2026

ORGANIZAÇÃO

Sociedade Brasileira de Eventos Científicos – SOBREC

PARCEIROS

Editora Integrar

APOIO

Instituto Multiprofissional de Ensino

A Editora Integrar é a editora vinculada ao **IV Congresso Nacional Sobre o SUS: Desafios e Perspectivas** atuando na publicação dos anais do respectivo evento.

A Editora Integrar tem como objetivo difundir de forma democrática o conhecimento científico, portanto, promovemos a publicação de artigos científicos, anais de congressos, simpósios e encontros de pesquisa, livros e capítulos de livros, em diversas áreas do conhecimento.

Os anais do IV CONASUS estão publicados na **Revista Multidisciplinar em Saúde** (ISSN: 2675-8008), correspondente ao volume 7, número 4, do ano de 2026.

APRESENTAÇÃO

O **IV Congresso Nacional Sobre o SUS: Desafios e Perspectivas** ocorreu entre os dias **14 a 17 de SETEMBRO de 2026,** considerado como um evento de caráter técnico-científico destinado a acadêmicos, profissionais e curiosos na área do sistema único de saúde – SUS.

Com objetivo central de difundir o conhecimento e estimular o pensamento científico, discutiu-se temas de grandes relevâncias na área das sistema único de saúde – SUS, com o intuito de atingir o maior número de pessoas possíveis. O IV CONASUS também contou com um espaço para apresentação de trabalhos científicos e publicações de resumos nos anais do evento.

PROGRAMAÇÃO

Dia 14 de SETEMBRO de 2026
Palestras:

- 09:00 | **Comissão Organizadora (SOBREC)** | Cerimônia de abertura do evento
- 10:00 | **Fernanda Andrade Toneto Barboza** | Atualizações da Lei nº 8.080/1990: Respostas às Novas Demandas da Saúde Pública Brasileira
- 11:00 | **Milady Cutrim Vieira Cavalcante** | Governança pública e gestão por resultados no sus: transformando diretrizes em entregas de valor para a população
- 14:00 | **Natale Oliveira de Souza** | Atenção Primária , Redes de Atenção e a Integralidade do cuidado

Dia 15 de SETEMBRO de 2026
Palestras:

- 09:00 | **Giselle de Medeiros Felix** | Profissionais que transformam o SUS: Competências, gestão e protagonismo para um novo olhar sobre saude pública
- 10:00 | **Ana Paula Gines Geraldo** | Agonistas de GLP-1/GIP no tratamento da obesidade: o que o profissional da atenção primária precisa saber
- 13:00 | **Andressa Martins Dias Ferreira** | Interprofissionalidade e práticas colaborativas para avanços no SUS
- 13:45 | **Luciana mamede** | Da academia ao SUS, a formação em fisioterapia obstétrica: integração em políticas públicas multiprofissionais, garantindo direito materno

Dia 16 de SETEMBRO de 2026
Palestras:

- 09:00 | **Eduardo Rollo Duarte** | Distúrbios Respiratórios do Sono no SUS: Diagnóstico e Abordagem Clínica Baseada em Evidências
- 09:45 | **Tatiana ribeiro de Campos Mello** | Desmistificando a Epidemiologia no SUS: Como ler, entender e aplicar dados de saúde no território
- 10:20 | **Flavia Mello Tapajoz de Oliveira** | A Perícia Judicial como Instrumento de Equidade: Traduzindo a Complexidade Clínica para a Gestão da Saúde Pública
- 13:00 | **Talita Raquel Almeida Portella** | Simulação realística no SUS: da capacitação à melhoria da assistência
- 13:45 | **Marcia Edilaine Lopes Consolaro** | Autocoleta para HPV no sus: equidade e Acesso para a eliminação do câncer de colo do útero no Brasil

Dia 17 de SETEMBRO de 2026
Palestras:

- 09:00 | **Priscila Pereira Passos** | Inovação e Integração em Saúde: Caminhos para a Eficiência na Rede Pública
- 09:45 | **Carla Carolina da Silva leite Freitas** | Mortalidade Materna no Brasil: indicadores, desafios e estratégias no SUS
- 13:00 | **Roberta Pitta Costa Luz** | Práticas integrativas e fisioterapia na assistência oncológica feminina: tecnologias leves no SUS
- 13:40 | **Comissão Organizadora (SOBREC)** | Cerimônia de encerramento do evento

DESAFIOS DO ENVELHECIMENTO POPULACIONAL PARA O SUS E A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

FERNANDA BEATRIZ DOS SANTOS; DENILSON DE CASTRO TEIXEIRA

Introdução: O envelhecimento populacional configura-se como uma das principais transformações demográficas contemporâneas no Brasil. Dados do último Censo Demográfico, realizado em 2022, apontam que a população com 60 anos ou mais cresceu 56% em relação ao Censo de 2010. Essa realidade produz impactos significativos no Sistema Único de Saúde (SUS), especialmente no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS). **Objetivo:** Este estudo teve como objetivo compreender como se configura a produção bibliográfica sobre envelhecimento populacional e suas implicações para o SUS e APS. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão bibliográfica de abordagem qualitativa, desenvolvida a partir do levantamento e análise de artigos científicos publicados na SciELO, utilizando palavras-chave: “envelhecimento populacional”, “Atenção Primária à Saúde” e “Sistema Único de Saúde”. Os critérios para a seleção foram artigos publicados entre 2010 e 2026, disponíveis em língua portuguesa e relacionados à temática investigada. **Resultados:** Foram encontrados apenas três artigos que apontaram o aumento da demanda pelos serviços de saúde e a necessidade de fortalecimento das ações de promoção e prevenção em saúde, além da reorganização da APS para oferecer um cuidado integral à população idosa. Também foram evidenciadas discussões sobre a qualificação dos profissionais de saúde e a importância de políticas públicas voltadas ao envelhecimento saudável. A baixa quantidade de publicações encontradas demonstra uma produção científica ainda limitada sobre a temática, especialmente diante do crescimento acelerado da população idosa no Brasil. **Conclusão:** Conclui-se que o envelhecimento populacional traz desafios importantes para o SUS, principalmente para a APS que desempenha papel fundamental no cuidado à população idosa e constitui a principal porta de entrada para o SUS. Apesar da relevância do tema, a pequena quantidade de estudos encontrados evidencia a necessidade de ampliação da produção científica relacionada ao envelhecimento populacional e suas repercussões nos serviços de saúde. Além disso, destaca-se a importância do fortalecimento das políticas públicas, qualificar a assistência e aprimorar a capacitação profissional frente às demandas decorrentes desse cenário demográfico.

Palavras-chave: **ENVELHECIMENTO POPULACIONAL; ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE; SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

DOI: 10.51161/iv-conasus/80471

EDUCAÇÃO EM DIABETES TIPO 1 PARA ESCOLAS: CAPACITAÇÃO EMERGENCIAL PARA EQUIPES ESCOLARES

SHEILA GRAZIELE ACOSTA DIAS

RESUMO

A inclusão de alunos com Diabetes Mellitus tipo 1 (DM1) no ambiente escolar representa um desafio concreto para equipes docentes que, em sua maioria, nunca receberam formação específica sobre a condição. Dados de centros de referência indicam que 97,5% dos professores desconhecem protocolos de manejo do DM1 e que 63% das escolas não estão preparadas para emergências glicêmicas, evidenciando lacuna crítica entre os direitos legalmente assegurados aos alunos e o suporte prático disponível no cotidiano escolar. Este trabalho tem como objetivo apresentar uma proposta de capacitação emergencial de 2 horas para equipes escolares que recebem aluno recém-diagnosticado com DM1, voltada para a implementação imediata de protocolos de inclusão segura nas escolas públicas brasileiras. A proposta foi elaborada a partir de revisão de iniciativas consolidadas de centros de referência nacionais (CRDE Santa Casa BH, CRDE Porto Alegre, UFSB), de materiais internacionalmente validados (programa KiDS/IDF, ISPAD, ADA), da legislação brasileira vigente e da experiência prática da proponente como pedagoga, mãe de criança com DM1 e educadora em diabetes voluntária no Instituto Diabetes Brasil (IDB). A metodologia combina abordagem participativa com recursos visuais, prática real com materiais físicos (monitor de glicemia, caneta de insulina sem agulha, alimentos de emergência) e distribuição de ferramentas prontas para uso imediato: cartazes, folders, checklists e Plano de Cuidados Individualizado (PCI). A estrutura prevê 50 minutos de formação sobre fisiopatologia, hipoglicemia e hiperglicemia, e 70 minutos de prática operacional com simulação de cenário real. O fluxo institucional proposto articula Secretaria de Educação, Secretaria de Saúde e UBS, com equipe mínima composta por educadora em diabetes e enfermeira. Os resultados esperados incluem redução imediata de restrições injustificadas, formalização da comunicação com as famílias pelo PCI e ampliação da segurança da equipe escolar. Conclui-se que a capacitação estruturada, com materiais replicáveis e fluxo intersetorial definido, constitui modelo viável e de baixo custo para garantir a inclusão plena e segura de crianças com DM1 nas escolas públicas brasileiras.

Palavras-chave: Inclusão Escolar; Articulação SUS-Educação; Diabetes Tipo 1.

1 INTRODUÇÃO

O Diabetes Mellitus tipo 1 (DM1) é uma condição crônica que afeta aproximadamente 5% da população com diabetes mundialmente. No Brasil, estima-se mais de 500 mil pessoas com diagnóstico, com incidência crescente em crianças e adolescentes. A presença de aluno com DM1 na escola exige compreensão clara da fisiopatologia, deficiência na produção de insulina que resulta em acúmulo de glicose no sangue, e manejo clínico apropriado, incluindo monitoramento glicêmico, insulinoterapia, reconhecimento de hipoglicemia e hiperglicemia, acesso irrestrito a água, banheiro e insumos, inclusão integral em atividades físicas, e articulação permanente com família e equipe de saúde.

DOI: 10.51161/iv-conasus/80505

Pesquisa realizada pelo Centro de Referência em Diabetes na Escola (CRDE) da Santa Casa BH revelou que 97,5% dos professores nunca receberam capacitação sobre DM1, enquanto 63% das escolas não possuem equipe preparada para emergências glicêmicas. Simultaneamente, estudo com 41 crianças/adolescentes com DM1 e 37 responsáveis, realizado no Ambulatório de Pediatria da Faculdade de Medicina de Marília, identificou lacunas críticas: alimentação escolar inadequada (51,3%), episódios de hipoglicemia não reconhecidos (17,1%), restrição injustificada a atividades físicas (11,7%) e falta de informação entre educadores (8,1%) (Bomfim; Braga; Sabbag Filho, 2011).

Ressalta-se, contudo, que a escola não deve ser responsabilizada por essa lacuna: a legislação vigente não impõe ao professor a obrigação de aplicar insulina ou realizar procedimentos clínicos, e muitos educadores relatam insegurança genuína diante de situações para as quais nunca receberam preparo, o que reforça a necessidade de formação acessível, clara e operacional.

A proposta alinha-se com marcos normativos brasileiros amplamente reconhecidos na educação inclusiva e na proteção do direito à educação, entre eles: Lei nº 9.394/1996 (direito fundamental à educação); Plano Nacional de Educação 2014-2024 (universalização do acesso com qualidade a educandos com deficiências); Base Nacional Comum Curricular 2018 (competências socioemocionais, empatia, responsabilidade social); Lei nº 12.982/2014 (cardápio especial nas escolas públicas); Decreto nº 7.611/2011 (educação especial e atendimento educacional especializado); Nota Técnica MEC/SECADI nº 055/2013 (orientações para atendimento educacional de alunos com condições de saúde); Lei nº 13.146/2015 (Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência); e Lei nº 13.230/2015 (prevenção, tratamento e controle da diabetes mellitus).

Embora a legislação brasileira estabeleça direitos fundamentais para alunos com DM1, como acesso à escola, permanência em todas as disciplinas, alimentação adequada e espaço para tratamento, permanece uma ambiguidade crítica quanto às responsabilidades concretas da escola no atendimento diário. Enquanto a lei proíbe a discriminação e impõe dever de "zelo e guarda", esclarece simultaneamente que a instituição escolar não é obrigada a realizar teste de glicemia capilar, aplicar insulina ou manter profissional de saúde no quadro. Esta lacuna entre direitos garantidos e responsabilidades indefinidas cria vácuo operacional: muitas crianças com DM1 têm direitos legais reconhecidos, mas carecem de suporte prático real nas escolas, permanecendo em situação de exclusão velada apesar da proteção legal formal. Diante desse cenário, o presente trabalho tem como objetivo apresentar uma proposta de capacitação emergencial de 2 horas para equipes escolares, com vistas a garantir a inclusão segura e efetiva de alunos com DM1 em escolas públicas brasileiras.

2 RELATO DE EXPERIÊNCIA

2.1 Iniciativas existentes e pontos para avançar

O Centro de Referência Diabetes na Escola (CRDE) da Santa Casa BH desenvolveu curso online gratuito abordando definição de diabetes, impacto familiar, papel da escola, monitorização glicêmica, tratamento insulínico, alimentação, atividade física, plano de manejo escolar e atividades de consolidação. Desenvolveu também plataforma Moodle com módulos interativos e e-book sobre o tema. O CRDE Porto Alegre oferece curso online gratuito em formato EAD, integrando conteúdo clínico-pedagógico. O CRDE Teixeira de Freitas (UFSB) participa da implementação do programa KiDS (Kids & Diabetes in Schools), material internacionalmente validado por ISPAD, ADA e IDF, já traduzido e adaptado para o contexto brasileiro.

As iniciativas existentes possuem excelente fundamentação técnica e legislativa. Para ampliar impacto e alcance, identificam-se oportunidades de fortalecimento: operacionalizar

conhecimento em formato realista para escolas, com capacitação e prática real; integrar sistematicamente saúde (SUS) e educação (SEC) em nível de políticas públicas, criando fluxos formalizados; e disponibilizar ferramentas práticas prontas para uso direto por educadores (cartazes, folders, checklists, modelos). Esta proposta foi desenvolvida exatamente para preencher essas lacunas, partindo da prática profissional e retornando à prática operacional das escolas.

2.2 Trajetória da proponente

Pedagoga com mais de quinze anos de atuação em rede pública, mãe de criança com DM1 há seis anos e educadora em diabetes voluntária no Instituto Diabetes Brasil (IDB) desde 2023. A proponente desenvolveu ferramentas práticas para implementação de protocolos de cuidado em ambiente escolar: Carta à Equipe Escolar, Plano de Tratamento de Diabetes, Solicitação de Merenda Escolar Especial, e Cartazes de Hipoglicemia e Hiperglicemia. Coordena palestras e capacitações práticas nas quais utiliza materiais reais (monitor de glicemia, canetas de insulina, alimentos de emergência) para aumentar a efetividade da formação. A articulação entre experiência vivencial, formação pedagógica e atuação como educadora em diabetes constitui a fundamentação prático-teórica desta proposta.

2.3 Proposta de capacitação emergencial (2 horas)

Público-alvo: professores de educação infantil e séries iniciais, gestores escolares e profissionais de apoio das redes públicas municipais, com prioridade para escolas que já contam com alunos diagnosticados com DM1.

Contexto: realizada quando um aluno é diagnosticado com DM1, preferencialmente antes do ingresso ou nos primeiros dias na escola. Cabe em reunião pedagógica, dia de formação continuada (HTPC) ou encontro extraordinário com toda a equipe.

Metodologia: fundamentada em materiais KiDS/IDF (validados por ISPAD, ADA e ADJ Brasil), cartilhas ANAD, curso Diabetes nas Escolas (Santa Casa BH) e legislação MEC/SECADI. Abordagem prática e participativa com recursos visuais (cartazes, infográficos, modelos impressos) e estrutura didática pautada em perguntas provocadoras. Inclui prática real com materiais físicos (monitor de glicemia, caneta de insulina sem agulha, alimentos). Oferecida em formatos presencial, híbrido ou totalmente a distância (EAD).

Hora 1: Conhecimento essencial (50 minutos):

Fisiopatologia do DM1: definição clara de que a glicose é fonte de energia das células; a insulina é o hormônio que permite a entrada de glicose; em DM1, o pâncreas deixa de produzir insulina completamente, causando acúmulo de glicose no sangue. Diferença entre DM1 (doença autoimune) e DM2 (resistência à insulina). Conceitos de hiperglicemia (glicose >180 mg/dL) e hipoglicemia (glicose <70 mg/dL).

Hipoglicemia, reconhecer, agir e praticar: em crianças pequenas, a glicemia pode baixar rapidamente em minutos de brincadeira intensa. Sintomas: suor frio, fome intensa, tremor, confusão mental, visão embaçada, tontura, ansiedade, irritabilidade. Protocolo: 1) medir glicemia; 2) se <70 mg/dL, oferecer açúcar rápido (suco, refrigerante não-diet, balas, açúcar com água); 3) reavaliar em 15 minutos; 4) avisar pais imediatamente; 5) se inconsciente: nunca colocar comida na boca, esfregar açúcar na bochecha/gengiva, acionar SAMU (192). Esclarecimento crítico: a escola não aplica insulina, mas pode e deve medir glicemia e oferecer açúcar, isso é garantido por lei e é responsabilidade da equipe. Prática real: teste do monitor de glicemia nos professores; demonstração da caneta de insulina sem agulha; distribuição de alimentos reais; simulação em duplas do protocolo completo.

DOI: 10.51161/iv-conasus/80505

Hiperglicemia, reconhecer e agir: glicose >180 mg/dL. Sintomas: sede excessiva, micção frequente, sonolência, náusea. Ação: oferecer água, permitir banheiro, avisar pais. Menos urgente que hipoglicemia, mas requer comunicação imediata com a família.

Hora 2: Operacional e prático (70 minutos):

Inclusão, o que nunca fazer: evitar restrição a atividades físicas, alimentação "proibida", isolamento ou preconceito. Garantir: acesso a água e banheiro sem limite; participação normal em festas, passeios e exercício físico. Normalizar a presença: é uma criança que faz alguns cuidados a mais.

Comunicação com pais, Plano de Cuidados Individualizado (PCI): ferramenta pronta para preencher com os pais, contendo medicação, sinais de alerta específicos da criança, protocolo de hipo/hiperglicemia, restrições reais, e critérios para contato com pais e emergência. Escola e pais assinam conjuntamente, garantindo corresponsabilidade.

Materiais operacionais distribuídos: cada participante recebe kit pronto para uso — Cartaz A3 de hipoglicemia (sintomas e ação) e Cartaz A3 de hiperglicemia para afixar em sala de aula; Folder A4 dobrado em três com DM1, protocolos e Carta à Equipe Escolar; todos em formato PDF, imprimíveis na própria escola.

Simulação de cenário: cenário proposto — "Criança diz: estou estranho. Como vocês agem?" A equipe usa checklist, cartazes, comunica os pais e oferece alimento. Dúvidas resolvidas in loco. Encerramento com certificado de participação.

2.4 Fluxo institucional e articulação SUS-Educação

A capacitação não ocorre isoladamente. Exige articulação formal entre Secretaria de Educação (SEC), Secretaria de Saúde e Unidade Básica de Saúde (UBS), com porta de entrada clara e fluxo definido.

Via 1: Secretaria de Educação (via formal): escola identifica aluno com DM1 → diretora/coordenadora comunica oficialmente à SEC (ofício ou protocolo) → SEC avalia e solicita parceria formal à Secretaria de Saúde → designação de educadora em diabetes e enfermeira → capacitação realizada em data combinada. Vantagem: via formal, legitima prioridade e permite documentação e avaliação de impacto.

Via 2: Secretaria de Saúde/UBS (via direta): aluno com DM1 realiza acompanhamento em UBS → profissional de saúde identifica necessidade → UBS contata escola diretamente → escola concorda e marca data na próxima reunião pedagógica → UBS providencia educadora em diabetes (ou profissional treinado) e enfermeira local → capacitação realizada. Vantagem: via rápida, com responsabilidade integrada ao acompanhamento em saúde.

Equipe mínima: dupla profissional composta por educadora em diabetes (expertise em fundamentos clínicos, protocolos de manejo e educação em saúde) e enfermeira (validação clínica, emergências, responsabilidades legais). A dupla garante rigor clínico e comunicação pedagógica. Documentação: lista de presença, certificado de participação, PCI preenchido e assinado com os pais, e cópia arquivada na escola com contato do médico/UBS de referência da criança.

3 DISCUSSÃO

A viabilidade da proposta fundamenta-se na articulação entre recursos já existentes e de acesso gratuito. Os materiais KiDS estão disponíveis sem custo; o curso Diabetes nas Escolas (Santa Casa BH) é online e gratuito; as cartilhas ANAD já existem e estão publicadas. As ferramentas práticas foram desenvolvidas e testadas em rede pública. Os custos se reduzem à

produção de materiais impressos, capacitação de facilitadores e compensação docente quando necessária.

A integração com políticas e programas existentes, Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE), Atendimento Educacional Especializado (AEE) e Plano de Cuidados Individualizado (PCI) — reduz a necessidade de infraestrutura nova e fortalece a legitimidade institucional da proposta. Parcerias com secretarias municipais de saúde e educação ampliam o alcance e garantem continuidade.

Os impactos esperados no curto prazo (ao diagnosticar o aluno) incluem: equipe capacitada em 2 horas; protocolos visuais afixados; comunicação com pais formalizada pelo PCI; e redução imediata de insegurança e restrições injustificadas. No médio prazo (semestral): redução documentada de episódios de hipoglicemia não tratada; normalização da participação do aluno em atividades; aumento da segurança percebida por pais e escola; e possível integração em política de formação continuada das secretarias. No longo prazo (anual/permanente): o modelo torna-se replicável em todas as escolas públicas que recebem aluno com DM1, constituindo política pública de inclusão e promoção da saúde integral.

A educação em diabetes, conforme a Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD, 2023), é parte essencial do tratamento. Quando realizada no contexto escolar, atua simultaneamente como instrumento de autocuidado do aluno e da família, ferramenta de inclusão para a turma e para os educadores, política pública de institucionalização da rede, e promotora de saúde integral ao normalizar, reduzir estigma e garantir direitos.

4 CONCLUSÃO

A inclusão de alunos com DM1 em escolas públicas é direito garantido por lei e imperativo ético. Esta proposta articula experiência vivencial (mãe, pedagoga, educadora em diabetes), conhecimento especializado e evidência internacional (KiDS/IDF, ISPAD, ADA), além de iniciativas regionais consolidadas (CRDE Santa Casa BH, Porto Alegre, Diamantina, Teixeira de Freitas).

A implementação desta proposta contribui ao papel constitucional da escola como espaço de desenvolvimento integral, igualdade e inclusão. Educadores capacitados, munidos de ferramentas prontas, transformam a escola em espaço seguro, informado e inclusivo para todas as crianças com condições crônicas de saúde.

Como limitação, destaca-se a necessidade de articulação intersetorial ativa entre saúde e educação, que nem sempre ocorre de forma sistematizada nos municípios brasileiros. Como perspectiva futura, aponta-se a necessidade de institucionalização do modelo como política pública municipal e estadual, bem como estudos de avaliação de impacto após a implementação em diferentes redes de ensino.

REFERÊNCIAS

BOMFIM, Danilo Pazzini; BRAGA, Tamara Mayumi Suzuki; SABBAG FILHO, Darci. O aluno com diabetes: como contribuir para atender às necessidades do aluno com diabetes. Marília: Faculdade de Medicina de Marília; Universidade Estadual Paulista, 2011.

BRASIL. Decreto nº 7.611, de 17 de novembro de 2011. Dispõe sobre educação especial e atendimento educacional especializado. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 18 nov. 2011.

BRASIL. Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 dez. 1996.

BRASIL. Lei nº 11.347, de 27 de setembro de 2006. Dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos e materiais necessários à aplicação da insulina. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 28 set. 2006.

BRASIL. Lei nº 12.982, de 28 de maio de 2014. Altera a Lei nº 9.394, para determinar o fornecimento de alimentação escolar adequado aos alunos portadores de diabetes mellitus. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 29 maio 2014.

BRASIL. Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 7 jul. 2015.

BRASIL. Lei nº 13.230, de 12 de dezembro de 2015. Dispõe sobre a prevenção, tratamento e controle da diabetes mellitus. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 13 dez. 2015.

BRASIL. Ministério da Educação. Base Nacional Comum Curricular (BNCC). Brasília: MEC, 2018.

BRASIL. Ministério da Educação. Resolução CNE/CP nº 2, de 1º de julho de 2015. Define as Diretrizes Curriculares Nacionais para a formação inicial e continuada dos profissionais do magistério da educação básica. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2 jul. 2015.

BRASIL. Ministério da Educação. SECADI. Nota Técnica nº 055/2013. Orientações para o atendimento educacional de alunos com condições de saúde. Brasília: MEC, 2013.

CENTRO DE REFERÊNCIA EM DIABETES NAS ESCOLAS (CRDE). Curso Diabetes nas Escolas. Instituto de Ensino e Pesquisa da Santa Casa BH, Belo Horizonte. Módulos 1 a 9. Disponível em: https://diabetes.org.br/diabetes-nas-escolas/. Acesso em: 20 maio 2026.

FARIA, Camila Cialdini et al. Diabetes na Escola: entenda as leis sobre o tema. Belo Horizonte: Instituto de Ensino e Pesquisa Santa Casa BH; Mestrado Profissional em Educação em Diabetes, [s.d.]. Disponível em: https://diabetes.org.br/diabetes-nas-escolas/. Acesso em: 20 maio 2026.

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION. KiDS: Kids & Diabetes in Schools. Programa internacional validado por ISPAD, ADA e IDF. Disponível em: https://www.idf.org/. Acesso em: 20 maio 2026.

SBD. SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2023-2024. São Paulo: SBD, 2023.

PARA ALÉM DO BACILO: A TUBERCULOSE NA POPULAÇÃO CARCERÁRIA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO COMO EXPRESSÃO DA VULNERABILIDADE SOCIAL

MATHEUS MENDES DE MAGALHÃES; BRUNA DOS SANTOS OLIVEIRA PORTO; JOYCE GRAZIELLE OLIVEIRA; LORRANY VITORIA DOS SANTOS RAMOS; ISABELA GOMES FERREIRA; VANESSA SILVEIRA DE BRITO

Introdução: A saúde da população carcerária é um problema de saúde pública, uma vez que a superlotação, a negligência estatal, más condições de higiene e de alimentação são determinantes no processo saúde-doença dos detentos. Desse modo, a doença se perpetua em populações em estado de vulnerabilidade social, onde esses fatores são determinantes em relação ao manejo da tuberculose. **Objetivo:** Analisar, por meio de revisão de literatura, os impactos da tuberculose na população privada de liberdade da cidade do Rio de Janeiro, discutindo a doença como um fenômeno derivado da vulnerabilidade social, do sistema penal e da desestruturação na aplicabilidade das políticas públicas de assistência à saúde prisional. **Metodologia:** Trata-se de um estudo qualitativo baseado em revisão de literatura. Foram utilizados artigos científicos sobre população carcerária, desigualdade social, tuberculose e atenção primária no sistema prisional no Rio de Janeiro. A análise buscou identificar os impactos negativos do encarceramento na saúde dos indivíduos, no que tange ao manejo dos casos de tuberculose. **Resultados**: A partir dos artigos analisados, é possível perceber que a tuberculose se acentua, majoritariamente, na população privada de liberdade. Essa população é constituída, em grande parte, por negros e pessoas com baixa escolaridade, onde a prevalência da doença é favorecida por entraves institucionais, como a falha na Estratégia de Saúde Prisional (ESP), diagnóstico tardio e desistência do tratamento.**Conclusão:** Mais que um bacilo, a tuberculose é um problema social, uma doença que se perpetua em grupos socialmente vulneráveis. O controle da tuberculose nas penitenciárias da cidade do Rio de Janeiro exige um tratamento além da bactéria; mas um tratamento nas causas estruturais da vulnerabilidade, como diminuição do encarceramento em massa e melhoria nas condições de vida nas prisões, praticando os princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde (SUS) em consonância com a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP).

Palavras-chave: **TUBERCULOSE; POPULAÇÃO CARCERÁRIA; RIO DE JANEIRO**

DOI: 10.51161/iv-conasus/80531

EDUCAÇÃO SEXUAL E PREVENÇÃO DE INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS NA ADOLESCÊNCIA: REVISÃO INTEGRATIVA SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE E ENFRENTAMENTO DE TABUS

LUCAS DE SOUZA BUENO; ALEXANDRO GONÇALVES FELIX; PAULA LAVIGNE DE SOUZA LIMA; LUIZ HENRIQUE JECKS PIRES; KASSIANE DIAS DAHER OLIVEIRA; PRISCILA LUIZA MELLO; LAURA CRISTINA PEREIRA MAIA

RESUMO

A adolescência é uma etapa marcada por mudanças biológicas, afetivas e sociais que podem ampliar a exposição a infecções sexualmente transmissíveis, gravidez não planejada e decisões sexuais tomadas sem informação suficiente. Nesse contexto, a educação sexual orientada por evidências contribui para aproximar adolescentes de conhecimentos confiáveis, práticas preventivas e serviços de saúde. Este estudo analisou a contribuição da educação sexual para a prevenção de infecções sexualmente transmissíveis e para a promoção da saúde de adolescentes no âmbito do Sistema Único de Saúde, considerando também a prevenção combinada do HIV e a profilaxia pré-exposição como oportunidade de integração do cuidado. Foi realizada uma revisão integrativa da literatura nas bases PubMed, SciELO e Biblioteca Virtual em Saúde, considerando publicações em português e inglês, entre 2018 e 2026, além de documentos institucionais e artigos de referência sobre a interseção entre PrEP e ISTs. A literatura analisada indica que ações desenvolvidas em escolas, unidades básicas de saúde e projetos extensionistas ampliam o conhecimento sobre sexualidade, favorecem o uso de preservativos, fortalecem a adesão à vacinação contra HPV e facilitam o acesso a informações qualificadas. Também foram identificados obstáculos persistentes, como tabus familiares, desigualdades sociais, desinformação, hesitação vacinal, dificuldade de diálogo sobre sexualidade e risco de fragmentação entre prevenção do HIV e prevenção das demais ISTs. Os achados sugerem que a articulação entre atenção primária, Programa Nacional de Imunizações, escolas, universidades, famílias e comunidade torna as ações preventivas mais próximas da realidade dos adolescentes e fortalece a autonomia juvenil. Conclui-se que a educação sexual, quando contínua, contextualizada e baseada em evidências, fortalece o cuidado integral ao adolescente e qualifica políticas públicas voltadas à saúde sexual e reprodutiva.

Palavras-chave: Atenção primária à saúde; Profilaxia pré-exposição; Vacinação contra HPV.

1 INTRODUÇÃO

A saúde sexual e reprodutiva de adolescentes demanda atenção específica das políticas públicas, pois essa fase da vida combina descobertas, construção de autonomia, influência de pares e diferentes níveis de acesso à informação. Quando a orientação é insuficiente ou permeada por tabus, adolescentes podem ficar mais vulneráveis às infecções

DOI: 10.51161/iv-conasus/80619

sexualmente transmissíveis, à gravidez não planejada e à busca tardia por serviços de saúde. A Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar evidencia que comportamentos relacionados à sexualidade, proteção e acesso à informação fazem parte da realidade dos estudantes brasileiros e exigem respostas educativas e sanitárias integradas (IBGE, 2021).

Entre as infecções de maior relevância para adolescentes e jovens adultos, destacam-se aquelas associadas ao HPV, Chlamydia trachomatis, Neisseria gonorrhoeae e outros agentes que podem cursar sem sintomas evidentes. A ausência de manifestações clínicas iniciais dificulta o diagnóstico oportuno, mantém cadeias de transmissão e aumenta o risco de complicações, como doença inflamatória pélvica, infertilidade e lesões associadas ao HPV. As diretrizes brasileiras reforçam que prevenção, testagem, diagnóstico, tratamento oportuno e aconselhamento devem compor uma linha de cuidado integrada às redes de atenção à saúde (BRASIL, 2022).

A vacinação contra o HPV ocupa papel central na prevenção de lesões precursoras e cânceres relacionados ao vírus, especialmente quando atinge adolescentes antes do início da vida sexual. No entanto, a cobertura vacinal pode ser prejudicada por informações falsas, medo de eventos adversos, baixa percepção de risco e dificuldades de acesso aos serviços. Nesse sentido, a Organização Mundial da Saúde reconhece a imunização, a informação qualificada e a prevenção combinada como componentes relevantes para reduzir a carga das infecções sexualmente transmissíveis e suas consequências (WHO, 2022).

Além da vacinação e do preservativo, a prevenção combinada do HIV passou a incluir estratégias biomédicas, comportamentais e estruturais, entre elas a profilaxia pré-exposição ao HIV. A PrEP representa importante avanço na redução do risco de aquisição do HIV, porém não protege contra outras infecções sexualmente transmissíveis. Stewart e Baeten (2022) destacam que a expansão da PrEP deve ser compreendida como uma oportunidade para integrar rastreamento, aconselhamento, diagnóstico e tratamento de ISTs, evitando que a prevenção do HIV seja dissociada do cuidado sexual e reprodutivo mais amplo.

Nesse cenário, a atenção primária à saúde, a Estratégia Saúde da Família, as escolas e os projetos extensionistas universitários podem atuar de forma complementar. Quando esses espaços trabalham de maneira articulada, a educação sexual deixa de ser ação pontual e passa a constituir estratégia contínua de promoção da saúde, acolhimento, prevenção e encaminhamento adequado. A educação integral em sexualidade, conforme orientação internacional, deve ser adequada à idade, cientificamente correta e voltada ao desenvolvimento de conhecimentos, atitudes e habilidades para decisões responsáveis (UNESCO, 2018).

Diante disso, este estudo teve como objetivo analisar a importância da educação sexual na prevenção de infecções sexualmente transmissíveis e na promoção da saúde de adolescentes, com ênfase nas barreiras socioculturais, nas estratégias educativas intersetoriais e na integração entre prevenção do HIV, PrEP, vacinação contra HPV, testagem e cuidado integral.

2 MATERIAL E MÉTODOS

Foi conduzida uma revisão integrativa da literatura nas bases PubMed, SciELO e Biblioteca Virtual em Saúde. Foram utilizados os descritores “adolescent health”, “sexual education”, “sexually transmitted infections”, “HPV”, “public health”, “pre-exposure prophylaxis” e “HIV prevention”, combinados por meio dos operadores booleanos AND e OR. A busca priorizou estudos e documentos técnicos relacionados à educação sexual, prevenção de infecções sexualmente transmissíveis, vacinação contra HPV, profilaxia pré-exposição ao HIV, atenção primária, promoção da saúde e cuidado ao adolescente.

Foram incluídos artigos publicados entre 2018 e 2026, em português ou inglês, que abordassem educação sexual, prevenção, vacinação, PrEP, atenção primária e políticas públicas para adolescentes. Também foram considerados documentos institucionais de referência nacional e internacional, por apresentarem diretrizes atualizadas para promoção da saúde sexual e reprodutiva. Para ampliar a discussão conceitual sobre prevenção combinada, o artigo (STEWART e BATEN, 2022) foi incorporado neste trabalho, por discutir a interseção entre PrEP e infecções sexualmente transmissíveis como campo de risco e oportunidade.

Foram excluídos estudos duplicados, textos incompletos e publicações sem relação direta com saúde pública, educação sexual ou prevenção de infecções sexualmente transmissíveis. Após a seleção, os estudos foram examinados por recorrência temática. A síntese dos achados foi organizada em três eixos analíticos: vulnerabilidade de adolescentes às infecções sexualmente transmissíveis, contribuição da educação sexual para práticas preventivas e papel das estratégias intersetoriais na promoção da saúde sexual e reprodutiva, incluindo a integração entre prevenção do HIV e controle das demais ISTs.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os estudos analisados apontam que adolescentes e jovens adultos permanecem expostos a infecções sexualmente transmissíveis em razão de fatores individuais, sociais e

institucionais. A baixa percepção de risco, o uso irregular de preservativos, a dificuldade de conversar sobre sexualidade e o acesso desigual aos serviços de saúde são elementos que aumentam a vulnerabilidade desse grupo. Além disso, desigualdades territoriais, gênero, raça, renda e escolaridade interferem na possibilidade de buscar orientação, realizar testagem e acessar ações preventivas em tempo oportuno (IBGE, 2021; BRASIL, 2022).

A educação sexual aparece como estratégia relevante por ampliar o repertório dos adolescentes sobre corpo, prevenção, consentimento, uso de preservativos, testagem, vacinação e prevenção combinada. Programas desenvolvidos em escolas e unidades básicas de saúde tendem a ser mais efetivos quando utilizam linguagem acessível, metodologias participativas e vínculo com profissionais preparados para acolher dúvidas sem julgamento. Revisões sobre educação sexual em escolas brasileiras indicam que práticas educativas sustentadas, planejadas e interdisciplinares favorecem o diálogo e reduzem abordagens moralizantes ou meramente biológicas (FURLANETTO et al., 2018).

A incorporação da discussão sobre PrEP amplia a compreensão da prevenção das ISTs, porque evidencia que nenhuma estratégia isolada responde a todas as necessidades de saúde sexual. A PrEP é altamente relevante para a prevenção do HIV em pessoas com maior risco de exposição, mas não substitui preservativos, vacinação, testagem periódica, diagnóstico e tratamento das demais ISTs. (STEWART e BATEN, 2022) afirmam que a expansão da PrEP pode tanto coincidir com aumento de ISTs, caso seja implementada de forma fragmentada, quanto se converter em oportunidade para criar programas mais abrangentes de saúde sexual.

Essa perspectiva é coerente com a proposta da Organização Mundial da Saúde, segundo a qual a integração entre serviços de IST e PrEP apresenta desafios, mas também oferece oportunidade para fortalecer o controle das infecções sexualmente transmissíveis e ampliar o acesso de populações vulnerabilizadas ao cuidado sexual e reprodutivo (WHO, 2019). Para adolescentes, essa integração exige linguagem adequada à idade, proteção da confidencialidade, acolhimento e encaminhamento responsável, pois o medo de julgamento pode afastar esse público dos serviços de saúde.

A vacinação contra HPV também se destaca como componente essencial da prevenção. Quando associada a ações educativas, a imunização pode ser compreendida não

apenas como medida individual, mas como política coletiva de redução de lesões precursoras e cânceres relacionados ao vírus. Entretanto, hesitação vacinal e circulação de informações falsas ainda dificultam a ampliação da cobertura. Por isso, campanhas escolares, busca ativa na atenção primária, orientação familiar e comunicação clara sobre segurança vacinal são estratégias necessárias para aumentar a adesão (BRASIL, 2022; WHO, 2022).

Outro achado importante refere-se ao peso das desigualdades sociais e das barreiras culturais. Muitos adolescentes não encontram espaço seguro para discutir sexualidade em casa ou na escola, o que favorece a permanência de dúvidas, mitos e comportamentos de risco. A abordagem intersetorial é relevante porque distribui a responsabilidade do cuidado entre escola, família, universidade, comunidade e Sistema Único de Saúde, evitando que o adolescente dependa exclusivamente de iniciativas isoladas ou informações obtidas em fontes pouco confiáveis.

A atuação multiprofissional na atenção primária fortalece esse processo, pois permite integrar orientação, vacinação, testagem, escuta qualificada e encaminhamento. Assim, a prevenção não deve ser limitada à transmissão de informações, mas compreendida como cuidado contínuo, educativo e territorializado. Equipes de saúde, professores e extensionistas universitários podem construir ações conjuntas, como rodas de conversa, oficinas, materiais educativos, campanhas de vacinação e atividades de busca ativa, desde que preservem confidencialidade, linguagem respeitosa e acolhimento das diferentes realidades juvenis.

Nessa perspectiva, a educação sexual também contribui para o enfrentamento de violências, preconceitos e tabus, pois amplia a compreensão sobre autonomia corporal, consentimento, direitos sexuais e reprodutivos e acesso aos serviços públicos. A inclusão desses conteúdos de forma científica e planejada não estimula práticas sexuais precoces; ao contrário, favorece decisões mais informadas, reconhecimento de riscos e procura por cuidado quando necessário (UNESCO, 2018). Portanto, seu fortalecimento no âmbito do SUS e das escolas constitui medida coerente com os princípios de universalidade, integralidade e equidade.

4 CONCLUSÃO

A educação sexual orientada por evidências contribui para a prevenção de infecções sexualmente transmissíveis e para a promoção da saúde integral de adolescentes, especialmente quando ocorre de maneira contínua, participativa e articulada aos serviços do Sistema Único de Saúde. Estratégias que aproximam atenção primária, escolas, universidades, Programa Nacional de Imunizações, famílias e comunidade ampliam o alcance das ações preventivas e reduzem barreiras de acesso à informação.

O artigo incorporado reforça que a PrEP deve ser compreendida dentro da prevenção combinada, e não como estratégia isolada. Embora represente avanço importante para a prevenção do HIV, a PrEP não protege contra outras ISTs, o que torna indispensável integrar sua abordagem à educação sexual, ao uso de preservativos, à vacinação contra HPV, à testagem periódica, ao tratamento oportuno e ao aconselhamento qualificado. Essa integração fortalece a atenção primária e favorece uma compreensão mais completa da saúde sexual e reprodutiva.

O enfrentamento da desinformação, dos tabus socioculturais e das desigualdades sociais é indispensável para que adolescentes tenham condições reais de exercer autonomia, buscar cuidado e adotar práticas sexuais mais seguras. Portanto, investir em educação sexual qualificada não significa apenas transmitir conteúdo, mas fortalecer políticas públicas capazes de proteger a saúde sexual e reprodutiva na adolescência.

Conclui-se que ações educativas intersetoriais devem ser incorporadas de modo permanente às práticas da atenção primária e aos espaços escolares, com participação de

DOI: 10.51161/iv-conasus/80619

profissionais de saúde, educadores, universidades e famílias. Essa integração favorece o vínculo, continuidade do cuidado e democratização do conhecimento científico, contribuindo para a redução de vulnerabilidades e para a consolidação de práticas preventivas compatíveis com os princípios do Sistema Único de Saúde.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis.** Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

FURLANETTO, M. et al. **Educação sexual em escolas brasileiras: revisão sistemática da literatura.** Cadernos de Pesquisa, São Paulo, v. 48, n. 168, p. 550-571, 2018.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar: 2019.** Rio de Janeiro: IBGE, 2021.

STEWART, J.; BAETEN, J. M. **HIV pre-exposure prophylaxis and sexually transmitted infections: intersection and opportunity.** Nature Reviews Urology, Londres, v. 19, n. 1, p. 7-15, 2022.

UNESCO. **International technical guidance on sexuality education: an evidence-informed approach.** Revised edition. Paris: UNESCO, 2018.

World Health Organization. **Prevention and control of sexually transmitted infections (STIs) in the era of oral pre-exposure prophylaxis (PrEP) for HIV.** Geneva: World Health Organization (WHO), 2019.

World Health Organization. **Global health sector strategies on, respectively, HIV, viral hepatitis and sexually transmitted infections for the period 2022–2030**. Geneva: World Health Organization (WHO), 2022.

DOI: 10.51161/iv-conasus/80619

ESTOMATOLOGIA E LASERTERAPIA NO SUPORTE AO PACIENTE ONCOLÓGICO NO SUS: MINIMIZANDO OS IMPACTOS DA RADIOTERAPIA DE CABEÇA E PESCOÇO

INGRID RODRIGUES SANT ANGELO BRAECHER; ALINE BRITO DA COSTA MARQUES; CAROLINE MONT SERRAT MARTINEZ BORGES; VANESSA BENTO; RICHARD ALTER SEAL

Introdução: O câncer apresenta crescente relevância em saúde pública, com elevada incidência no Brasil, consolidando-se como uma das principais causas de morbimortalidade, segundo estimativas do Instituto Nacional do Câncer para o triênio 2026–2028. Entre os efeitos adversos do tratamento oncológico, destacam-se a mucosite oral e a candidíase, sendo a mucosite responsável por possíveis interrupções da terapia antineoplásica. **Objetivo:** Este estudo tem como objetivo analisar a relevância da assistência odontológica especializada em Estomatologia no âmbito do Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), destacando o uso da laserterapia no manejo clínico da mucosite e da candidíase oral. **Relato de caso:** O presente relato aborda o caso de uma paciente de 58 anos, sexo feminino, branca, etilista e não tabagista, sem comorbidades associadas. A paciente foi submetida à radioterapia de cabeça e pescoço para tratamento de carcinoma adenoide cístico em glândula parótida esquerda, evoluindo com intercorrências como mucosite oral, candidíase pseudomembranosa e trismo. O manejo clínico envolveu sessões de fotobiomodulação, além de terapia medicamentosa com nistatina (100.000 UI), fluconazol (150 mg), benzidamina e clorexidina, utilizados de forma tópica ou sistêmica de acordo com o surgimento das lesões. **Conclusão:** As manifestações orais decorrentes da radioterapia de cabeça e pescoço podem levar à perda da qualidade de vida e, em casos mais graves, à interrupção do tratamento oncológico. Nesse cenário, a atuação do cirurgião-dentista especialista é fundamental para minimizar os efeitos adversos da terapia antineoplásica. Adicionalmente, o emprego de tecnologias como a fotobiomodulação por laserterapia destaca-se como uma alternativa eficaz na reparação tecidual e na redução do processo inflamatório nesses pacientes, o que evidencia a relevância da Estomatologia na saúde pública.

Palavras-chave: **ESTOMATOLOGIA; ONCOLOGIA; LASERTERAPIA**

DOI: 10.51161/iv-conasus/80656

AVANÇOS E DESAFIOS DA TELESSAÚDE NA AMPLIAÇÃO DO ACESSO À ATENÇÃO PRIMÁRIA NO SUS: REVISÃO INTEGRATIVA

MARTHA WELLYDA SILVA BATISTA; CRISTIANE ALMEIDA DOS SANTOS; CLAUDIANA LINS FÉLIX DA SILVA

RESUMO

A incorporação das tecnologias digitais no Sistema Único de Saúde (SUS) tem promovido transformações significativas na organização da assistência em saúde, consolidando a telessaúde como importante estratégia para ampliação do acesso e fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS). Nesse contexto, a utilização das Tecnologias da Informação e Comunicação (TICs) contribui para redução de barreiras geográficas, qualificação da assistência e integração dos diferentes níveis de atenção à saúde. O presente estudo teve como objetivo analisar os avanços e desafios da telessaúde na ampliação do acesso à Atenção Primária no SUS. Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, de abordagem qualitativa e caráter descritivo, realizada por meio de levantamento bibliográfico nas bases PubMed, SciELO, LILACS e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Foram selecionados artigos científicos publicados entre 2021 e 2026, disponíveis na íntegra e relacionados à utilização da telessaúde na APS brasileira. Os resultados demonstraram avanço progressivo da utilização das ferramentas digitais no SUS, com destaque para teleconsultoria, teleconsulta, telemonitoramento e teleducação, contribuindo para maior resolutividade das equipes da APS, redução de encaminhamentos desnecessários e ampliação do acesso aos serviços especializados. Observou-se também potencial significativo para redução das desigualdades territoriais, sobretudo em regiões remotas e populações socialmente vulneráveis. Entretanto, persistem desafios relacionados à infraestrutura tecnológica, conectividade, capacitação profissional, inclusão digital da população e segurança das informações em saúde. Além disso, verificou-se que as desigualdades regionais ainda impactam diretamente a efetividade das ações de saúde digital no país, principalmente nas regiões Norte e Nordeste. Conclui-se que a telessaúde representa importante ferramenta estratégica para fortalecimento da Atenção Primária à Saúde e modernização do SUS, desde que acompanhada por investimentos contínuos em infraestrutura, educação permanente e fortalecimento das políticas públicas de saúde digital, visando garantir maior equidade, integralidade e qualidade da assistência à população.

Palavras-chave: Saúde digital; Telemedicina; Acesso aos serviços de saúde.

DOI: 10.51161/iv-conasus/80704

1 INTRODUÇÃO

Com o avanço das tecnologias digitais e a intensificação de sua utilização após a pandemia da COVID-19, a telessaúde consolidou-se como importante ferramenta para ampliação do acesso aos serviços de saúde, especialmente na Atenção Primária à Saúde (APS). No contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), a utilização de tecnologias de informação e comunicação tem contribuído para o fortalecimento da assistência, redução de barreiras geográficas e qualificação do cuidado em saúde (Sarti; Almeida, 2022; Alves et al., 2022).

Nesse contexto, foi a partir de 2006, com a criação do Programa Nacional Telessaúde Brasil (MS, 2007) e na lógica da qualificação e melhora de resolutividade das equipes na APS, que o país passou a construir uma trajetória normativa e institucional voltada à incorporação progressiva da telessaúde como componente estratégico do SUS. A evolução desse processo foi marcada por diferentes etapas, refletindo tanto o amadurecimento das políticas públicas de saúde digital quanto a crescente necessidade de regulamentação das práticas de cuidado mediadas por tecnologias (Haddad et al., 2025).

Diante desse cenário, percebe-se que a trajetória da telessaúde e da telemedicina está diretamente relacionada ao desenvolvimento das telecomunicações e à reorganização tecnológica dos sistemas de saúde como ecossistemas digitais, ampliando possibilidades de cuidado, monitoramento e assistência à população (Schroeder et al., 2021).

Concomitantemente, a Atenção Primária à Saúde (APS) desempenha papel central na organização do SUS, sendo responsável pela coordenação do cuidado, promoção da saúde, prevenção de agravos e acompanhamento longitudinal da população. Assim, a telessaúde apresenta-se como estratégia capaz de fortalecer a resolutividade das equipes, ampliar a cobertura assistencial e integrar os diferentes níveis de atenção, especialmente em localidades remotas e socialmente vulneráveis (Sarti; Almeida, 2022). Estudos demonstram que a utilização da telessaúde contribui para redução de encaminhamentos desnecessários, qualificação profissional e diminuição das desigualdades no acesso aos serviços de saúde, consolidando-se como ferramenta estratégica para o fortalecimento da APS no território brasileiro (Alves et al., 2022).

Ademais, a expansão da telessaúde no Brasil ocorreu de maneira progressiva ao longo das últimas décadas, acompanhando o avanço das Tecnologias da Informação e Comunicação (TICs) e a necessidade de modernização dos sistemas de saúde. A criação do Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes representou marco importante para institucionalização dessas práticas, permitindo a oferta de serviços como teleconsultoria, teleducação e telediagnóstico em diferentes regiões do país (Haddad et al., 2025). Posteriormente, com a implementação do Programa SUS Digital, observou-se fortalecimento das políticas de saúde digital, ampliando o uso da teleassistência e consolidando a telessaúde como componente permanente da organização do cuidado no SUS (Petrolini et al., 2025; Haddad et al., 2025).

Durante a pandemia da COVID-19, a utilização da telessaúde apresentou crescimento acelerado, impulsionado pela necessidade de manutenção da assistência mesmo diante das medidas de distanciamento social. Nesse período, modalidades como teleconsulta, e telemonitoramento mostraram-se fundamentais para garantir continuidade do cuidado e ampliar o acesso aos serviços de saúde (Catapan et al., 2024). A literatura evidencia que a pandemia atuou como catalisadora da transformação digital no SUS, promovendo avanços regulatórios e maior incorporação das tecnologias digitais nos serviços de saúde (Haddad et al., 2025).

DOI: 10.51161/iv-conasus/80704

Outro aspecto relevante refere-se ao potencial da telessaúde para redução das desigualdades territoriais em saúde. Estudos demonstram que regiões rurais e municípios com dificuldades estruturais passaram a contar com maior suporte assistencial por meio das ferramentas digitais (Barros; Brito; Andrade, 2026). Contudo, apesar dos avanços observados, persistem desafios relacionados à conectividade, infraestrutura tecnológica, interoperabilidade dos sistemas, qualificação profissional e inclusão digital da população, especialmente nas regiões Norte e Nordeste do país (Taques et al., 2023).

Nesse sentido, embora a telessaúde apresente importantes contribuições para ampliação do acesso e fortalecimento da Atenção Primária, sua implementação ainda ocorre de maneira desigual entre os territórios brasileiros. Pesquisas mostram que fatores estruturais, apoio institucional e disponibilidade de programas de telessaúde influenciam diretamente a adesão das equipes da APS às ferramentas digitais, evidenciando a necessidade de investimentos contínuos em infraestrutura e educação permanente (Sarti; Almeida, 2022). Ademais, questões éticas, legislativas e relacionadas à segurança das informações também permanecem como desafios relevantes para consolidação da saúde digital no SUS (Lisboa et al., 2023).

Dessa forma, diante da crescente incorporação das tecnologias digitais no cuidado em saúde e da relevância da telessaúde para o fortalecimento da APS, torna-se necessário analisar os avanços alcançados e os desafios ainda existentes para sua consolidação no SUS. Assim, o presente estudo tem o objetivo de analisar as evidências científicas acerca da contribuição da telessaúde para ampliação do acesso à Atenção Primária à Saúde no contexto do Sistema Único de Saúde.

2 MATERIAL E MÉTODOS

A presente pesquisa caracteriza-se como uma revisão integrativa da literatura, de natureza descritiva e abordagem qualitativa, realizada por meio de levantamento bibliográfico em bases de dados científicas nacionais e internacionais. O estudo teve como objetivo analisar os avanços e desafios da telessaúde na ampliação do acesso à Atenção Primária no Sistema Único de Saúde (SUS).

Inicialmente, definiu-se a questão norteadora da pesquisa: “Quais são as evidências científicas atuais acerca dos avanços e desafios da telessaúde na ampliação do acesso à Atenção Primária no SUS?”. A partir disso, elaborou-se a estratégia de busca dos estudos. A coleta de dados foi realizada nas bases PubMed, SciELO, LILACS e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), utilizando os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS/MeSH): “Telessaúde”, “Atenção Primária à Saúde”, “Sistema Único de Saúde”, “Saúde Digital”, “Telemedicina” e “Acesso aos Serviços de Saúde”, combinados pelos operadores booleanos AND e OR.

A amostra do estudo foi composta por artigos científicos selecionados conforme os critérios previamente estabelecidos. Foram incluídos artigos originais e de revisão publicados entre os anos de 2021 e 2026, disponíveis na íntegra em formato PDF, no idioma português, que abordassem diretamente a utilização da telessaúde na Atenção Primária, seus impactos no acesso aos serviços de saúde ou os desafios relacionados à sua implementação no SUS. Foram excluídos estudos duplicados, artigos incompletos e estudos fora período definido.

O processo de seleção ocorreu em três etapas: leitura dos títulos, leitura dos resumos e leitura completa dos artigos selecionados. Como instrumento para coleta e organização das

informações, foi elaborado um roteiro de extração de dados contendo informações relacionadas aos autores, ano de publicação, objetivos dos estudos, métodos utilizados e principais achados referentes aos avanços e desafios da telessaúde na Atenção Primária à Saúde.

A análise dos dados foi realizada de forma descritiva e interpretativa, possibilitando a identificação de categorias temáticas relacionadas aos avanços da telessaúde, como ampliação do acesso à assistência, continuidade do cuidado e fortalecimento da Atenção Primária, bem como desafios referentes à infraestrutura tecnológica, desigualdade digital, capacitação profissional e segurança das informações em saúde.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A Estratégia de Saúde Digital para o Brasil (ESD) 2020–2028 estabelece a telessaúde como eixo de modernização do sistema, articulando ampliação do acesso, integração das redes assistenciais e fortalecimento da governança da informação. Esse direcionamento reposiciona a tecnologia digital como componente intrínseco do modelo assistencial público, em consonância com os princípios da universalidade e integralidade (Canoé et al., 2026).

Nesse contexto, observa-se que a expansão da telessaúde na Atenção Primária à Saúde (APS) ocorreu de maneira progressiva no Brasil, acompanhando o avanço das Tecnologias da Informação e Comunicação (TICs) e o fortalecimento das políticas públicas de saúde digital. A institucionalização dessas práticas foi impulsionada inicialmente pelo Programa Nacional Telessaúde Brasil e, posteriormente, consolidada pelo Programa SUS Digital, evidenciando um movimento de transformação organizacional do Sistema Único de Saúde (SUS) (Haddad et al., 2025).

Os estudos analisados demonstram que a telessaúde apresenta impacto positivo na ampliação do acesso aos serviços de saúde, sobretudo em localidades remotas e socialmente vulneráveis. Taques et al. (2023) identificaram crescimento expressivo do uso da telessaúde pelas equipes da Atenção Básica, passando de 12,7% em 2012 para 54,6% em 2018, evidenciando avanço significativo da incorporação tecnológica na APS brasileira. Entretanto, apesar do aumento na disponibilidade de equipamentos e da expansão dos serviços digitais, os autores destacam a permanência de desigualdades regionais, especialmente nas regiões Norte e Nordeste do país.

Reforçando esses achados, Alves et al. (2022) observaram que mais de 50% das equipes de Atenção Primária utilizavam ferramentas de telessaúde no território nacional, sendo a região Sul aquela com maior adesão ao programa, alcançando aproximadamente 70% das equipes avaliadas. Apesar disso, os autores ressaltam que a utilização ainda pode ser considerada limitada diante das dimensões territoriais brasileiras e das necessidades assistenciais existentes.

Além da ampliação do acesso, a literatura evidencia importantes contribuições da telessaúde para o fortalecimento da resolutividade da APS. Sarti e Almeida (2022) identificaram que fatores como apoio institucional, implantação local do programa e presença de profissionais capacitados estão associados a maior utilização das ferramentas digitais pelas equipes de saúde. O estudo também aponta que a teleducação foi a modalidade mais frequentemente utilizada, demonstrando o potencial da telessaúde como instrumento de educação permanente e suporte clínico aos profissionais da Atenção Primária.

DOI: 10.51161/iv-conasus/80704

Os resultados encontrados por Petrolini et al. (2025) reforçam essa perspectiva ao demonstrarem que a teleconsultoria apresentou elevada capacidade de resolução dos casos ainda no âmbito da APS. Segundo os autores, 72,4% das demandas analisadas foram resolvidas sem necessidade de encaminhamento para atenção especializada, promovendo redução expressiva das filas de espera e diminuição do tempo médio para atendimento especializado. Esses achados evidenciam que a telessaúde contribui não apenas para ampliação do acesso, mas também para maior racionalização dos fluxos assistenciais e otimização da gestão em saúde.

Outro aspecto relevante identificado na literatura refere-se à contribuição da telessaúde para redução das desigualdades territoriais. Barros, Brito e Andrade (2026) destacam que a integração da telemedicina na Estratégia Saúde da Família, especialmente em áreas rurais, apresenta potencial para reduzir barreiras históricas de acesso aos serviços de saúde, minimizando deslocamentos longos e onerosos da população. Os autores ressaltam que modalidades como teleconsultoria, telediagnóstico e telemonitoramento possuem capacidade de ampliar a resolutividade da APS em contextos de vulnerabilidade territorial.

A pandemia da COVID-19 também representou marco importante para consolidação da saúde digital no SUS. Catapan et al. (2024) afirmam que o período pandêmico acelerou significativamente a transformação digital na saúde, ampliando o uso da teleassistência e fortalecendo as interações remotas entre profissionais e usuários. Contudo, os autores alertam que as soluções tecnológicas não devem ser compreendidas como substitutas do cuidado presencial, mas sim como estratégias complementares compatíveis com os princípios organizativos da APS e da integralidade do cuidado.

Apesar dos avanços identificados, persistem desafios estruturais, organizacionais e ético-legais para consolidação da telessaúde no SUS. Lisboa et al. (2023) destacam que a telemedicina ainda enfrenta resistências por parte de alguns profissionais de saúde, especialmente relacionadas às questões éticas, legislativas e à adaptação dos modelos tradicionais de assistência. Além disso, permanecem desafios relacionados à segurança das informações, proteção de dados e regulamentação das práticas assistenciais mediadas por tecnologias digitais.

Somam-se a isso as limitações relacionadas à conectividade e letramento digital de profissionais e usuários, fatores frequentemente apontados como obstáculos para efetiva implementação da telessaúde em regiões mais vulneráveis. Estudos indicam que a ausência de infraestrutura tecnológica adequada compromete a continuidade e a qualidade das ações de saúde digital, reforçando a necessidade de investimentos permanentes em conectividade, capacitação profissional e fortalecimento da governança digital no SUS (Barros; Brito; Andrade, 2026; Haddad et al., 2025).

Dessa forma, os resultados analisados evidenciam que a telessaúde constitui importante estratégia para fortalecimento da Atenção Primária à Saúde e ampliação do acesso aos serviços no Sistema Único de Saúde. Entretanto, sua efetividade depende da articulação entre investimentos estruturais, qualificação profissional, inclusão digital e integração das tecnologias aos princípios organizativos do SUS. Assim, embora os avanços sejam expressivos, a superação das desigualdades regionais e das fragilidades estruturais permanece como condição essencial para consolidação da saúde digital como política pública permanente no Brasil.

DOI: 10.51161/iv-conasus/80704

4 CONCLUSÃO

A partir da análise dos estudos selecionados, foi possível compreender que a telessaúde vem se consolidando como uma importante estratégia para fortalecer a Atenção Primária à Saúde (APS) no Sistema Único de Saúde (SUS), fortalecendo a resolutividade das equipes e favorecendo maior integração entre os níveis de atenção no SUS. Ferramentas como teleconsulta, teleconsultoria e telemonitoramento mostraram potencial para reduzir barreiras geográficas, otimizar os fluxos assistenciais e melhorar a continuidade do cuidado.

Apesar dos avanços observados, ainda persistem desafios relacionados à infraestrutura tecnológica, conectividade, capacitação profissional e desigualdades regionais. Além disso, questões relacionadas à inclusão digital e segurança das informações continuam sendo fatores importantes para consolidação dessas práticas no SUS.

Como limitação, destaca-se a utilização exclusiva de estudos disponíveis nas bases de dados selecionadas. Assim, sugere-se a realização de novas pesquisas voltadas à avaliação prática dos impactos da telessaúde nos serviços de saúde e na experiência dos usuários e profissionais.

Conclui-se, portanto, que a telessaúde representa importante estratégia para fortalecimento da APS e modernização do SUS, desde que acompanhada por investimentos contínuos em infraestrutura, qualificação profissional e fortalecimento das políticas públicas de saúde digital.

REFERÊNCIAS

ALVES, M. E. M.; SANTI, C. A. N.; RAMOS, M. C. P. S.; MATOS, P. B. L.; LOPES, A. L. N.; NASCIMENTO, L. S. Telessaúde na atenção primária à saúde no Brasil: uma análise com base no 3º ciclo do PMAQ-AB. *RECISATEC - Revista Científica Saúde e Tecnologia*, [S. l.], v. 2, n. 1, 2022. DOI: 10.53612/recisatec.v2i1.86.

AMARANTE, K. K. do; ALVAREZ, A. G.; MALFUSSI, L. B. H. de; MARQUES, J. L. B.; BARRA, D. C. C.; DALCÓL, C. X. Teleconsulta na Atenção Primária à Saúde: renovação de receitas de medicamentos de controle especial. *Cogitare Enfermagem*, [S. l.], v. 30, e100895pt, 2025. DOI: 10.1590/ce.v30i0.100895pt.

BARROS, R. S.; BRITO, M. de S.; ANDRADE, C. F. A integração da telemedicina na atenção primária à saúde (APS): desafios e potenciais na zona rural do Tocantins. *Revista JRG de Estudos Acadêmicos*, ano 9, v. IX, n. 20, 2026. DOI: 10.55892/jrg.v9i20.3056.

CANOÉ, D. C. dos S. B. et al. Telemedicina como estratégia permanente do SUS para ampliar acesso, qualidade assistencial e equidade territorial. *Lumen et Virtus*, São José dos Pinhais, v. XVII, n. LVI, p. 1-12, 2026. DOI: 10.56238/levv17n56-072.

CATAPAN, S. de C.; MELO, E. A.; SILVA, A. B.; ALBUQUERQUE, M. V.; CALVO, M. C. M. Teleassistência no Sistema Único de Saúde brasileiro: onde estamos e para onde vamos? *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 7, 2024. DOI: 10.1590/1413-81232024297.03302024.

HADDAD, A. E.; GARRIDO, D.; SHIBATA, L.; SANTOS, A. F.; D'AGOSTINO, M. Evolução da regulação brasileira de telessaúde: do Programa Nacional de Telessaúde ao SUS Digital. *Revista de Direito Sanitário*, São Paulo, v. 25, n. 1, e0008, 2025. DOI: 10.11606/issn.2316-9044.rdisan.2025.238280.

HARZHEIM, E.; RADOS, D. V.; KATZ, N.; ROMAN, R.; PFEIL, J.; OLIVEIRA, E. B. de; SILVA, R. S. da; UMPIERRE, R. N. Dezoito anos de TelessaúdeRS na APS brasileira: principais ações e resultados alcançados. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 31, e21482024, 2026. DOI: 10.1590/1413-81232026314.21482024.

LISBOA, K. O.; HAJJAR, A. C.; SARMENTO, I. P.; SARMENTO, R. P.; GONÇALVES, S. H. R. A história da telemedicina no Brasil: desafios e vantagens. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 32, n. 1, e210170pt, 2023. DOI: 10.1590/S0104-12902022210170pt.

PETROLINI, R. S.; ARAÚJO, M. F.; ALVES, L.; SALIB, E. G. C. dos S.; MAEYAMA, M. A.; MACHADO, P. M. de O.; BOING, A. F. Teleconsultorias na gestão de filas de especialidades médicas: relato de experiência no sul do Brasil. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 49, n. especial 1, e10012, 2025. DOI: 10.1590/2358-28982025E110012P.

SARTI, T. D.; ALMEIDA, A. P. S. C. Incorporação de telessaúde na atenção primária à saúde no Brasil e fatores associados. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 38, n. 4, PT252221, 2022. DOI: 10.1590/0102-311XPT252221.

TAQUES, T. I.; PINTO, E. B.; ROMANOWSKI, K. L.; DITTERICH, R. G.; MULLER, E. V.; SILVA JUNIOR, M. F. Expansão da telessaúde na Atenção Primária à Saúde e as desigualdades regionais no Brasil. *Reciis – Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 349-371, 2023. DOI: 10.29397/reciis.v17i2.3545.

ZERO PAV NA UTI DO HOSPITAL REGIONAL DARCY VARGAS (HRDV), FRUTO DA ADESÃO AO PROGRAMA SAÚDE EM NOSSAS MÃOS: RELATO DE EXPERIÊNCIA

CAROLINE MONT SERRAT MARTINEZ BORGES; REGINA CÉLIA DE SOUZA GOMES; SELMA FERREIRA DA COSTA; JESUS VANDER CLEVELARES DE JESUS; FLÁVIO AUGUSTO COLUCCI COELHO; RODRIGO SILVA DOMINGUES; TATIANA COSTA MONTEIRO

Introdução: As infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS), especialmente as Pneumonias Associadas à Ventilação Mecânica (PAVs), elevam a morbimortalidade, prolongam internações e geram custos expressivos ao sistema público. O Projeto Saúde em Nossas Mãos, parceria entre hospitais do PROADI-SUS e o Governo Federal, dissemina bundles assistenciais baseados em evidências em mais de 300 UTIs públicas brasileiras, com monitoramento sistemático de resultados. **Objetivo:** Relatar a experiência de implementação do Projeto Saúde em Nossas Mãos no Hospital Regional Darcy Vargas, descrevendo a estratégia multiprofissional adotada e os resultados alcançados na prevenção de PAVs. **Relato de experiÊncia:** O HRDV integra o projeto há um ano e meio, com modelo baseado na atuação integrada entre Enfermagem, Fisioterapia, Medicina, CCIH, Odontologia e Gestão Hospitalar. A Fisioterapia é responsável pelo manejo ventilatório, a Odontologia assegura a higiene oral dos pacientes sob ventilação mecânica, a Enfermagem aplica sistematicamente os bundles, a equipe médica define as condutas invasivas e a CCIH monitora os indicadores epidemiológicos. A dinâmica é sustentada por treinamentos mensais, reuniões semanais multiprofissionais e controle de resultados compartilhado em painéis de amplo acesso, promovendo transparência e engajamento coletivo. Como resultado, o HRDV zerou os casos de PAV pelo segundo ano consecutivo, alcançou a 7ª colocação nacional entre os participantes e gerou economia superior a R$ 5 milhões desde a implantação. **Conclusão:** A integração multiprofissional aliada a protocolos estruturados e cultura de melhoria contínua mostrou-se capaz de eliminar as PAVs e posicionar o HRDV entre as referências nacionais em segurança do paciente, evidenciando o potencial replicável do modelo em serviços públicos de saúde.

Palavras-chave: **PNEUMONIA ASSOCIADA À VENTILAÇÃO; PROADI-SUS; MULTIPROFISSIONAL**

DOI: 10.51161/iv-conasus/80733

EFEITO DA SUPLEMENTAÇÃO DE RESVERATROL NA DOENÇA DE ALZHEIMER: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA CIENTÍFICA

DONISETE MARLENE BORBA FETZNER; MARINA ITATI GONZALEZ; FRANCIELI CEMBRANEL

Introdução: A Doença de Alzheimer (DA) é considerada um transtorno neurodegenerativo, caracterizada por declínio da função cognitiva. Dentre as causas principais estão o acúmulo da proteína β-amiloide nos espaços extracelulares, originando as chamadas placas senis, e os emaranhados neurofibrilares resultantes do acúmulo da proteína tau hiperfosforilada. Além desses fatores, também estão associados ao desenvolvimento da DA, fatores genéticos, hipertensão arterial sistêmica, diabetes, depressão, permeabilidade intestinal, doenças inflamatórias, hábitos de vida que incluem ingestão de álcool e tabaco, sedentarismo, alimentação não saudável, entre outros. **Objetivo:** O presente trabalho objetivou avaliar o efeito da suplementação de resveratrol na DA em idosos. **Metodologia:** Para responder ao objetivo principal, foi realizada uma revisão sistemática da literatura científica, conduzida nas bases de dados *PubMed®, Web of Science®, CINAHL®, Cochrane Library®, Embase®, LILACS®, ProQuest®, Google Scholar® e Scopus®*, utilizando os descritores "resveratrol", "Doença de Alzheimer" e "idosos" em português, com seus respectivos sinônimos em inglês e espanhol. Na seleção dos estudos foram incluídos apenas estudos de intervenção que abordaram diretamente o efeito do resveratrol (suplementação) na DA em idosos, sem limite de tempo da publicação. O checklist PRISMA® foi adotado para a elaboração da revisão sistemática. **Resultados:** Foram selecionados quatro estudos publicados entre 2015-2022 que avaliaram o efeito do resveratrol na DA, os quais em conjunto demonstraram que a suplementação de resveratrol pode estar associada à modulação das vias inflamatórias e à redução da agregação da β-amiloide, contribuindo para menor progressão dos déficits cognitivos observados na DA. Devido à variabilidade observada nos quatro estudos revisados quanto às doses, formas de administração do suplemento e população estudada, não foi possível chegar a um consenso quanto a melhor prescrição da suplementação de resveratrol para a prática clínica. **Conclusão:** Considerando os quatro estudos revisados, conclui-se que a suplementação de resveratrol apresenta potencial terapêutico promissor na DA, porém ainda são necessários novos ensaios clínicos de maior duração e com amostras maiores para identificar a melhor dose e sua forma de administração para a prática clínica.

Palavras-chave: **DOENÇA DE ALZHEIMER; IDOSO; RESVERATROL**

DOI: 10.51161/iv-conasus/80753

DESAFIOS PARA ADESÃO AO TRATAMENTO NUTRICIONAL EM PACIENTES COM DIABETES MELLITUS TIPO 2 NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: UMA REVISÃO

ELAINE RODRIGUES GASPAR

Introdução: O diabetes mellitus tipo 2 (DM2) constitui importante problema de saúde pública, associado ao aumento da morbimortalidade cardiovascular, transtornos metabólicos e comprometimento da qualidade de vida. No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o cuidado ao indivíduo com DM2 requer acompanhamento multiprofissional contínuo, destacando-se a terapia nutricional como componente essencial para o controle glicêmico, prevenção de complicações crônicas e promoção do autocuidado. Entretanto, a baixa adesão ao tratamento dietoterápico e o abandono do acompanhamento nutricional permanecem como desafios relevantes para efetividade da assistência integral. **Objetivo:** Evidenciar os fatores associados à baixa adesão e ao abandono do tratamento nutricional em indivíduos com diabetes mellitus tipo 2 acompanhados no Sistema Único de Saúde. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão bibliográfica descritiva, realizada por meio da análise de artigos científicos, publicações técnicas e documentos oficiais relacionados ao DM2, adesão terapêutica, educação alimentar e nutricional e atenção às doenças crônicas no SUS. Foram incluídos estudos em língua portuguesa disponíveis em bases eletrônicas e materiais institucionais do Ministério da Saúde publicados nos últimos anos. **Resultados:** Os estudos evidenciaram que a adesão ao tratamento nutricional está relacionada à educação em saúde, vínculo com a equipe multiprofissional, suporte familiar e acesso aos serviços de saúde. Observou-se que fatores como insegurança alimentar, vulnerabilidade socioeconômica, baixa escolaridade, dificuldade de acesso aos alimentos in natura e minimamente processados, além de aspectos emocionais e comportamentais, favorecem o abandono terapêutico e comprometem a adesão às mudanças alimentares. Verificou-se ainda que estratégias de educação alimentar e nutricional, escuta qualificada e acompanhamento longitudinal contribuem para melhora do controle glicêmico, redução de fatores de risco cardiometabólicos e fortalecimento do autocuidado. **Conclusão:** A baixa adesão ao tratamento nutricional no DM2 representa importante desafio para o SUS, impactando negativamente o controle metabólico e a qualidade de vida dos usuários. Dessa forma, torna-se fundamental fortalecer ações de educação alimentar e nutricional e acompanhamento multiprofissional, visando maior adesão terapêutica, autonomia e integralidade do cuidado.

Palavras-chave: **EDUCAÇÃO ALIMENTAR E NUTRICIONAL; TRANSTORNOS METABÓLICOS; SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

DOI: 10.51161/iv-conasus/80756

BIOSSEGURANÇA E SAÚDE COLETIVA: ESTRATÉGIAS PARA PREVENÇÃO DE RISCOS E AGRAVOS OCUPACIONAIS

FERNANDA DE SOUSA SOARES; GIZELLY AVELINO DA COSTA; CAMILA CARVALHO DE AZEVEDO; JOSE ROBERTO PEIXOTO FERREIRA FILHO

Introdução:
A saúde do trabalhador é um campo interdisciplinar da saúde coletiva voltado à promoção, prevenção e recuperação da saúde nos ambientes laborais. A integração entre biossegurança e saúde coletiva é fundamental para a implementação de medidas preventivas capazes de minimizar riscos ocupacionais e promover melhores condições de trabalho.
Objetivo:
Analisar a relação entre biossegurança e saúde coletiva na prevenção de agravos ocupacionais.
Metodologia:
Trata-se de uma revisão bibliográfica, realizada com base na análise de 20 artigos científicos sobre o tema. Como critérios de elegibilidade foram definidos: estudos originais disponíveis na íntegra, na língua inglesa, portuguesa e espanhola, bem como os publicados nos últimos cinco anos

Resultados:

-A biossegurança tem papel essencial na proteção dos trabalhadores diante de agentes biológicos, químicos, físicos, ergonômicos e psicossociais.
- Protocolos preventivos (uso de EPIs e EPCs, cumprimento de normas de segurança) reduzem significativamente os riscos ocupacionais e a morbimortalidade relacionada ao trabalho.
- Os agravos ocupacionais são um relevante problema epidemiológico e social, impactando qualidade de vida, produtividade e sistemas públicos de saúde.

- Principais agravos identificados: lesões por esforço repetitivo, pneumoconioses, intoxicações químicas, acidentes com perfurocortantes e transtornos mentais (Síndrome de Burnout, Transtorno Misto Ansioso e Depressivo), associados à precarização do trabalho, sobrecarga física/emocional e exposição contínua a riscos.
- A vigilância em saúde do trabalhador tem papel estratégico (monitoramento, investigação de agravos, educação em saúde), assim como a cultura organizacional de segurança, que fortalece a adesão às normas e a participação dos trabalhadores.

Conclusão:
A integração entre biossegurança e saúde coletiva é indispensável para prevenir o adoecimento ocupacional, promover a qualidade de vida e consolidar ambientes de trabalho mais seguros e saudáveis.

Palavras-chave: **TRABALHADOR; SAÚDE; PREVENÇÃO DE ACIDENTES**

DOI: 10.51161/iv-conasus/80761

MODELAGEM DE FERRAMENTA PARAMÉTRICA PARA *COMPLIANCE* E EFICIÊNCIA EM HOSPITAIS PÚBLICOS

GILVAN BORGES DE SOUZA DROGOMIRECKI[1]; FERNANDO ERNESTO UCKER[2]

RESUMO

Este trabalho foca na elaboração de uma arquitetura paramétrica voltada para o Sistema de Gestão Integrada, com aplicação direta nas unidades de saúde pertencentes ao Sistema Único de Saúde (SUS). A investigação nasce da percepção de que a administração pública lida constantemente com obstáculos orçamentários graves e que as métricas simplistas empregadas atualmente falham em capturar os reais desperdícios gerados pelas dinâmicas ambientais e sanitárias. Por meio de uma estruturação com viés qualitativo e quantitativo, apoiada nos preceitos dos sistemas complexos, na metodologia PDCA e em diretrizes de entidades como ANVISA e ISO, desenvolveu-se um algoritmo preditivo abastecido por informações de hospitais de alta complexidades localizadas no estado de Goiás. As análises simuladas revelam que a informatização do *compliance*, utilizando painéis de *Business Intelligence* (BI), possibilita a reparação imediata de distorções tarifárias, a exemplo do manejo equivocado de lixo hospitalar do Grupo E classificado erroneamente como Grupo A. O sistema também viabiliza o monitoramento apurado dos Gases de Efeito Estufa (GEE) emitidos pelas centrais de climatização (HVAC). Adicionalmente, a pesquisa consolida a ideia do "*Stop-Loss Assistencial*", estruturado como uma tática preventiva que interrompe o fluxo de pacientes em agendas médicas assim que laudos microbiológicos apresentam resultados adversos. Em síntese, conclui-se que a incorporação dessa modelagem funciona como uma barreira de proteção para os recursos do Estado e atua na mitigação de infecções no ambiente hospitalar. Dessa forma, obrigações burocráticas regulatórias são transformadas em instrumentos ativos de governança clínica e financeira, possuindo alto potencial de expansão para toda a rede pública.

Palavras-chave: Tecnologia da Informação; Sustentabilidade; Governança Corporativa.

1 INTRODUÇÃO

O repasse de verbas para o Sistema Único de Saúde (SUS) esbarra frequentemente em gargalos econômicos, quadro que se agrava diante de uma população que necessita de cuidados cada vez mais complexos. Inserida nessa realidade, a liderança hospitalar do setor público sofre forte pressão para entregar excelência operando com verbas severamente restritas. Historicamente, o sucesso dessas instituições é medido por parâmetros lineares, como a rotatividade dos centros cirúrgicos, a média de ocupação dos quartos e as despesas diárias por paciente.

Apesar de úteis, essas avaliações tradicionais falham ao ocultar deficiências crônicas nos fluxos de trabalho, gerando vazamentos financeiros invisíveis que esgotam o caixa da saúde. Tais prejuízos estão diretamente associados a problemas legais, ecológicos e de controle de infecções derivadas de uma governança frágil no cumprimento de normas (*compliance*). Setores como o descarte de materiais biológicos, o gasto de energia em áreas de risco e a vigilância de microrganismos demonstram que a falta de conectividade entre as áreas causa rombos no orçamento e eleva perigosamente as taxas de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS) (SILVA et al., 2015).

A busca por um cenário ambientalmente responsável demanda que o setor da saúde altere sua cultura organizacional, inserindo os impactos ecológicos e sanitários no centro do planejamento

DOI: 10.51161/iv-conasus/80795

estratégico (SACHS, 2009). Sob a ótica da Saúde 4.0, a implementação de softwares baseados em parâmetros preditivos torna-se uma exigência para modernizar os processos. O cruzamento de dados de múltiplas fontes confere agilidade às equipes, promovendo respostas apoiadas em cenários reais (PORTER; HEPPELMANN, 2014; 2015). Unir a conformidade exigida por lei ao equilíbrio financeiro é a base para garantir a sobrevivência e resiliência hospitalar.

Reconhecendo a carência no serviço público de sistemas que correlacionem normativas de saúde com gastos institucionais de forma automática, este estudo tem um propósito claro. O objetivo é exibir a estrutura lógica e teórica de uma ferramenta de Sistema de Gestão Integrada (SGI) focada na realidade do SUS, desenhada para monitorar de perto as ameaças à saúde pública, garantir a adesão às regulamentações e maximizar o rendimento financeiro das operações hospitalares.

2 MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de uma investigação descritiva e transversal, balizada por métodos qualitativos e quantitativos, com foco no mapeamento de fluxos organizacionais e arquitetura de dados. O cenário utilizado como inspiração prática envolveu a rede de hospitais com perfil de alta complexidade do Estado de Goiás. Foram observados os comportamentos das equipes de *facilities*, lideranças clínicas e comitês de qualidade para definir as bases lógicas do sistema. O pensamento computacional adotou as diretrizes dos sistemas complexos, partindo do princípio de que informações institucionais interagem mutuamente por meio de ciclos de *feedback* contínuos, moldando a performance global (MEADOWS, 2008; STERMAN, 2000).

O esqueleto do *software* fundamentou-se na lógica PDCA (Planejar, Fazer, Checar, Agir). No escopo do Planejamento, levantaram-se as obrigações legais. Durante a fase de Execução, criaram-se as rotinas para a inserção das informações. A Checagem operou de maneira autônoma mediante o cruzamento inteligente de variáveis, enquanto a Ação traduziu-se na programação de avisos e interrupções sistêmicas preventivas. Essa dinâmica transforma o software em uma ferramenta viva, capaz de reagir instantaneamente a qualquer quebra de padrão.

Na esfera regulatória, os cálculos preditivos respeitaram rigorosamente as normas em vigor. Para estruturar os indicadores de proteção ambiental aliados ao desempenho econômico, empregou-se a Norma ABNT NBR ISO 14001:2015. O controle das emissões atmosféricas utilizou os princípios da ISO 14064 e do *GHG Protocol*, passos essenciais para calcular a pegada de carbono do complexo hospitalar (WHO, 2020).

No tocante à biossegurança e ao manejo do lixo, as equações replicaram os ditames da RDC nº 222/2018 da ANVISA (BRASIL, 2018). Este documento estabelece as Boas Práticas de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde. A classificação dos materiais descartados e as rotas de descarte foram convertidas em lógicas boleanas no código do programa. Por fim, um ambiente de *Business Intelligence* (BI) foi projetado para condensar e exibir os *dashboards*. Os testes de resistência da plataforma contaram com bancos de dados artificiais que espelhavam situações cotidianas, como lotação máxima, falhas em auditorias e oscilações na pesagem do lixo, garantindo total anonimato ético aos hospitais envolvidos.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A testagem teórica evidenciou que transformar imposições burocráticas em informações dinâmicas confere um novo poder de tomada de decisão à gestão em saúde. A convergência entre despesas e cumprimento de normas expôs uma realidade crítica: pequenas violações sanitárias no

DOI: 10.51161/iv-conasus/80795

dia a dia causam prejuízos avassaladores, frequentemente ignorados pelas planilhas convencionais do SUS.

Na análise voltada ao descarte de materiais, a fiscalização digital baseada na RDC 222/2018 desnudou o custo real de separar o lixo de forma errada. Identificou-se nas projeções que a ausência de capacitação na base das equipes gera a destinação de itens recicláveis ou comuns (Grupo E) nas lixeiras de risco biológico (Grupo A). Essa distorção, comprovada pelo BI, encarece de forma fictícia a pesagem realizada por empresas de coleta, inflacionando violentamente os boletos referentes à incineração e autoclavagem dos hospitais (WHO, 2021). Como solução, o sistema aciona um aviso corretivo: ao notar variações de peso em um departamento específico, o gestor atua de modo cirúrgico no setor antes do faturamento do mês, estancando a perda monetária prontamente.

TABELA 1 – Eixos e impactos sistêmicos identificados.

Eixo Estratégico e Indicador Monitorado	Gargalo Identificado / Impacto Operacional	Ação Sistêmica da Ferramenta Paramétrica
Gestão de Resíduos (Eixo Financeiro) - Taxa de Geração Grupo A x Grupo E	Superfaturamento nos contratos de incineração devido à contaminação cruzada por falha na segregação de recicláveis.	Rastreabilidade da pesagem por centro de custo; aplicação de métricas corretivas e renegociação imediata da tarifa base.
Eficiência Energética (Eixo Ambiental) - Balanço de GEE e Consumo de HVAC	Alta emissão de gases e custos energéticos exorbitantes oriundos de sistemas de refrigeração ineficientes em UTIs e CMEs.	Inventário automatizado de emissões e cruzamento de picos de consumo com as escalas de ocupação dos blocos cirúrgicos.
Governança Clínica (Eixo Sanitário) - Laudos Microbiológicos (Ar/Água)	Riscos sistêmicos de surtos de IRAS e consequentes ações judiciais por falta de integração dos laudos com as equipes assistenciais.	Ativação do mecanismo *Stop-Loss* Assistencial com sugestão algorítmica de bloqueio cautelar das agendas até a desinfecção.

Fonte: Drogomirecki, G.B. SGI (Sistema de Gestão Integrada), Para Hospitais de Alta Complexidade 2026.

Sobre o controle climático, o inventário de GEE trouxe constatações singulares a respeito da planta física. O rastreamento revelou que o cerne da poluição e dos custos não estava no lixo, mas sim fortemente ligado ao gasto de energia e à fuga de gases dos aparelhos de ar-condicionado centrais (HVAC). Esses equipamentos funcionam ininterruptamente em sua capacidade máxima em alas sensíveis, como blocos cirúrgicos, CMEs e UTIs. O painel de controle desenvolvido conseguiu associar os horários de pico de energia com a grade de cirurgias, abrindo espaço para a economia inteligente sem colocar em risco a pressão e a climatização obrigatórias para ambientes estéreis.

O salto tecnológico mais expressivo deste modelo, entretanto, ocorreu na governança sanitária, consolidando a ideia do "*Stop-Loss Assistencial*". Importado do mercado de capitais para frear a queda de ações, o conceito de *stop-loss* foi readequado para conter a proliferação de doenças. A programação lê constantemente as análises bacteriológicas obrigatórias da água (hemodiálise e potabilidade) e a saturação dos filtros de ar (HEPA). Se o limite de colônias de bactérias estipulado

pela vigilância for ultrapassado, o software transcende o simples envio de e-mails: ele executa uma trava técnica no sistema de internações. Essa trava paralisa temporariamente a inserção de novos doentes em quartos comprometidos ou nas grades cirúrgicas afetadas, obrigando uma limpeza terminal imediata e a vistoria da engenharia clínica. Essa barreira sistêmica diminui substancialmente o risco de IRAS, preservando a saúde dos assistidos e resguardando a própria máquina pública contra vultosas indenizações por negligência.

4 CONCLUSÃO

O formato de prestação de serviços em nuvem (SaaS) escolhido para a arquitetura do programa rompe a barreira do isolamento de informações, impedindo que dados valiosos morram em planilhas esquecidas por departamentos. Essa inteligência retroalimenta comitês obrigatórios por lei, como a CIPA e a CCIH. Fica evidente que essa fluidez de dados eleva a instituição de um patamar meramente reativo no qual as adequações só ocorrem na véspera de inspeções da ONA ou *JCI* para uma cultura de conformidade diária e viva.

A formulação teórica dessa tecnologia cumpriu o que foi proposto na investigação, atestando que a administração embasada em dados possui vigor para reposicionar os complexos de saúde do SUS nos trilhos da eficácia e ecologia corporativa. Demonstrou-se que parâmetros matemáticos são hábeis em converter velhas obrigações textuais como relatórios de PGRSS e atestados de qualidade do ar em informações estratégicas preciosas para a alta diretoria. O ambiente digital construído atua simultaneamente como blindagem financeira e guardião da biossegurança.

Dentre os obstáculos para a adoção plena dessa inovação, destaca-se a defasagem tecnológica de muitas unidades do SUS, que ainda sofrem com redes de internet instáveis e baixa afinidade corporativa com painéis digitais. Para desdobramentos futuros, sugere-se a integração desse formato conceitual com dispositivos físicos de monitoramento em tempo real (Internet das Coisas Médicas) e aprendizado de máquina, visando antecipar surtos infecciosos com precisão ainda maior. É imperativo reconhecer que a integração tecnológica da conformidade hospitalar se apresenta como a ponte definitiva para manter a viabilidade econômica do SUS nas décadas vindouras.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Resolução RDC n° 222, de 28 de março de 2018. **Regulamenta as boas práticas de gerenciamento de resíduos de serviços de saúde e dá outras providências**. Brasília: ANVISA, 2018.

MEADOWS, D. H. ***Thinking in systems: a primer. White River Junction: Chelsea Green Publishing,*** 2008.

PORTER, M. E.; HEPPELMANN, J. E. ***How smart, connected products are transforming competition.*** *Harvard Business Review, Boston*, v. 92, n. 11, p. 64-88, 2014.

PORTER, M. E.; HEPPELMANN, J. E. ***How smart, connected products are transforming companies.*** *Harvard Business Review, Boston,* v. 93, n. 10, p. 96-114, 2015.

SACHS, I. **Caminhos para o desenvolvimento sustentável.** Rio de Janeiro: Garamond, 2009.

SILVA, C. E.; et al. Gerenciamento de resíduos de serviços de saúde: avaliação de práticas em hospitais brasileiros. Engenharia Sanitária e Ambiental, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 395-402, 2015.

STERMAN, J. D. ***Business dynamics: systems thinking and modeling for a complex world.*** *Boston:* Irwin McGraw-Hill, 2000.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). ***Operational framework for climate resilient health systems****. Geneva: WHO,* 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). ***Health care waste management and sustainable health systems.*** *Geneva*: WHO, 2021.

CORRELAÇÃO ENTRE FORÇA DE PREENSÃO MANUAL E OCORRÊNCIA DE QUEDAS EM IDOSOS PRATICANTES DE DIFERENTES MODALIDADES DE EXERCÍCIOS

LEIDE JANE HONORATO; AMANDA VIDO; MÁRIO MOLARI; HELLEN MAYSA DE OLIVEIRA PEDROZO; MARIA CLARA FAGUNDES LUCIO; MARINA CASAGRANDE DE CAMPOS; DENILSON DE CASTRO TEIXEIRA

Introdução: A força de preensão manual é amplamente utilizada na avaliação funcional de idosos, por ser um importante indicador funcional, enquanto a ocorrência de quedas representa um problema de saúde nessa população. Nesse contexto, investigar a correlação entre força de preensão manual e quedas em idosos praticantes de diferentes modalidades de exercícios pode contribuir para a compreensão de fatores relacionados ao envelhecimento saudável e à funcionalidade. **Objetivos: A**valiar a correlação entre força de preensão manual e quedas em idosos praticantes de diferentes modalidades de exercícios. **Metodologia:** Trata-se de um estudo transversal, realizado no município de Londrina-PR, Brasil, com aprovação do Comitê de Ética com seres humanos: CAAE: 74337623.9.0000.5231. Todos os voluntários assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Para avaliar a força de preensão manual, utilizou-se o dinamômetro hidráulico modelo Sahean® 5001 (Korea) e, na avaliação de quedas, foi aplicado um questionário de autorrelato. Em relação à análise estatística, o coeficiente de correlação de Spearman (r) foi utilizado para quantificar a correlação entre a força de preensão manual e o risco de quedas, considerados fraca (r=0,10 a 0,30), moderada (r=0,30 a 0,60), forte (r=0,60 a 0,90) e muito forte (r=0,90 a 1,00). Em todos os testes estatísticos foi adotado nível de significância de ($p<0,05$). **Resultados:** A mostra final do estudo foi composta por 47 idosos. Verificou-se que não houve correlação estatisticamente significativa ($p<0,05$), entre as variáveis de força de preensão manual e quedas com coeficiente de correlação de Pearson de r=0,085, demonstrando uma correlação fraca. **Conclusão:** Embora a força de preensão manual seja um importante indicador funcional, outros fatores podem estar mais relacionados ao risco de quedas nessa população, como equilíbrio, mobilidade e condições clínicas associadas. Dessa forma, ressalta-se a importância de avaliações multidimensionais dos fatores envolvidos nas quedas em idosos.

Palavras-chave: **FORÇA DE PREENSÃO; IDOSOS; EXERCÍCIO;**

DOI: 10.51161/iv-conasus/80796

REABILITAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA NA AMPUTAÇÃO TRANSFEMURAL: RELATO DE CASO

AUTOR: GILMARA VITÓRIA CAMPOS PINTO; GABRIEL WIEST FIGUEIREDO;
ORIENTADORES: CAIO FERNANDES LACERDA; DIEGO CONCEIÇÃO GONÇALVES

RESUMO

A amputação transfemural representa uma importante condição incapacitante, frequentemente associada à redução da funcionalidade, alterações da marcha, comprometimento do equilíbrio e diminuição da qualidade de vida. Entre as principais causas estão as complicações vasculares decorrentes do Diabetes Mellitus, especialmente em idosos. Dados epidemiológicos recentes demonstram que milhares de amputações de membros inferiores são realizadas anualmente no Brasil, evidenciando importante impacto para a saúde pública. No estado do Rio de Janeiro, entre os anos de 2020 e junho de 2024, foram registradas 5.914 amputações de membros inferiores, reforçando a relevância epidemiológica do tema. Nesse contexto, a fisioterapia exerce papel fundamental no processo de reabilitação, promovendo melhora funcional, independência e reintegração social. O presente estudo teve como objetivo relatar a evolução funcional de um paciente submetido à amputação transfemural após intervenção fisioterapêutica. Trata-se de um relato de caso realizado na Clínica Escola de Fisioterapia do Centro Universitário São José, no município do Rio de Janeiro, com um paciente do sexo masculino, 71 anos, submetido à amputação transfemural direita decorrente de complicações associadas ao Diabetes Mellitus. As intervenções terapêuticas envolveram fortalecimento muscular, treino de marcha, exercícios proprioceptivos, equilíbrio, descarga de peso, mobilidade articular, cinesioterapia e treinamento funcional. Após as intervenções, observou-se melhora da estabilidade postural, adaptação protética, coordenação motora e segurança durante a marcha, além de maior independência funcional nas atividades de vida diária.
A fisioterapia desempenha papel essencial na reabilitação funcional de pacientes submetidos à amputação transfemural, promovendo melhora funcional, ganho de equilíbrio, independência funcional e qualidade de vida.

Palavras-chave: Equilíbrio postural; Marcha; Reabilitação funcional.

INTRODUÇÃO

DOI: 10.51161/iv-conasus/80835

A amputação transfemural consiste na retirada parcial ou total do membro inferior acima da articulação do joelho, sendo considerada uma condição de grande impacto funcional, físico e psicossocial. Essa condição pode ocasionar limitações importantes na mobilidade funcional, alterações biomecânicas, comprometimento do equilíbrio e dificuldades na realização das atividades de vida diária (DE CASTRO BORGES *et al*., 2019).

Entre as principais causas de amputações de membros inferiores destacam-se as complicações vasculares decorrentes do Diabetes Mellitus, doenças arteriais periféricas, traumas e infecções. O aumento da incidência de doenças crônicas não transmissíveis, principalmente o diabetes, contribui significativamente para o crescimento dos índices de amputação no Brasil e no mundo, tornando-se um importante problema de saúde pública (OLIVEIRA *et a*l., 2023).

Dados epidemiológicos recentes demonstram que, entre os anos de 2020 e junho de 2024, foram registradas 5.914 amputações de membros inferiores no estado do Rio de Janeiro, sendo o ano de 2022 responsável pelo maior número absoluto de casos, com 1.314 registros (GOMES *et al*., 2025). Esses dados reforçam o impacto das complicações vasculares e metabólicas relacionadas ao Diabetes Mellitus, evidenciando a necessidade de estratégias preventivas, assistência multiprofissional e reabilitação funcional precoce (SOUZA *et al*., 2019).

Apesar da relevância clínica e epidemiológica das amputações transfemorais, ainda são limitados os estudos que abordam a atuação fisioterapêutica associada à continuidade do cuidado e à reintegração funcional de pacientes encaminhados através das redes assistenciais, especialmente no contexto da atenção primária e da reabilitação funcional (SILVA, 2023; VASCONCELOS, 2022).

. No âmbito clínico, vale destacar que pacientes amputados frequentemente apresentam alterações musculares, perda de propriocepção, insegurança durante a deambulação e redução da estabilidade postural, fatores que aumentam o risco de quedas e comprometem a funcionalidade (DIAS *et al*., 2019). Assim, o presente estudo contribui para ampliar a discussão sobre a importância da atuação fisioterapêutica na reabilitação baseada em fortalecimento muscular, treino de marcha, equilíbrio e propriocepção. de pacientes amputados e teve como objetivo relatar a evolução funcional de um paciente.

RELATO DE CASO

Trata-se de um relato de caso realizado na Clínica Escola de Fisioterapia do Centro Universitário São José, localizada no município do Rio de Janeiro. O estudo foi desenvolvido com um paciente do sexo masculino, 71 anos, submetido à amputação transfemural direita decorrente de complicações associadas ao Diabetes Mellitus.

O paciente foi encaminhado para acompanhamento fisioterapêutico após atendimento prévio realizado em unidade vinculada à rede pública de saúde, reforçando a importância da integração entre os serviços assistenciais e da continuidade do cuidado através da reabilitação fisioterapêutica.

Durante a avaliação fisioterapêutica inicial, o paciente apresentou limitação funcional importante, dificuldade para subir escadas, déficit de equilíbrio, alteração do padrão de marcha, insegurança durante a deambulação e dificuldade de adaptação à prótese. Também foram observadas limitações na mobilidade funcional e redução da estabilidade postural.

A avaliação incluiu inspeção, palpação, análise funcional, avaliação muscular e observação da marcha. A partir disso, foi elaborado um plano terapêutico individualizado voltado às necessidades funcionais do indivíduo.

As intervenções fisioterapêuticas envolveram exercícios de fortalecimento muscular de membros inferiores e tronco, treino de marcha em barras paralelas, exercícios proprioceptivos,

DOI: 10.51161/iv-conasus/80835

treino de equilíbrio estático e dinâmico, descarga de peso, mobilidade articular, cinesioterapia e treinamento funcional. Também foram utilizados recursos terapêuticos como mini bands, disco de equilíbrio, andador e muletas, visando maior independência funcional nas atividades de vida diária.

Durante os atendimentos, o paciente apresentou boa adesão às condutas fisioterapêuticas propostas, evoluindo progressivamente em relação à funcionalidade, equilíbrio e adaptação protética. O treino de marcha foi realizado gradativamente, respeitando os limites funcionais e as necessidades individuais do paciente.

Após as intervenções fisioterapêuticas, observou-se melhora significativa da mobilidade funcional, estabilidade postural, coordenação motora e segurança durante a deambulação. O paciente apresentou maior confiança durante a marcha com auxílio da prótese, além de evolução satisfatória na execução das atividades terapêuticas.

Também foi observada melhora da independência funcional nas atividades de vida diária, redução da insegurança durante a marcha e aumento da adaptação ao uso da prótese, favorecendo melhor qualidade de vida e reinserção funcional do indivíduo.

CONCLUSÃO

A fisioterapia desempenha papel essencial na reabilitação de pacientes submetidos à amputação transfemural, promovendo melhora funcional, ganho de equilíbrio, estabilidade postural e maior independência nas atividades de vida diária. As intervenções fisioterapêuticas propostas demonstraram efeitos positivos na adaptação protética, mobilidade funcional, coordenação motora e segurança durante a marcha, contribuindo diretamente para a recuperação funcional do paciente.

O presente estudo reforça ainda a necessidade de fortalecimento das políticas públicas voltadas à prevenção das complicações do Diabetes Mellitus, ampliação do acesso à reabilitação fisioterapêutica e valorização da atuação multiprofissional dentro das redes de atenção à saúde. Nesse contexto, destaca-se a importância da atenção primária e da continuidade do cuidado na promoção da funcionalidade, autonomia e qualidade de vida de pacientes amputados, além da necessidade de novos estudos que contribuam para o aprimoramento das estratégias terapêuticas e da assistência integral em saúde.

.

REFERÊNCIAS

DE CASTRO BORGES, Luís Carlos et al. ***Estudo etiológico e funcional de indivíduos com amputação transfemural***. Referências em Saúde do Centro Universitário Estácio de Goiás, v. 2, n. 02, p. 44-49, 2019.

DIAS, Jéssica Silva et al. ***Treinamento proprioceptivo e influência no equilíbrio estático e dinâmico na amputação transfemoral:*** *descrição de caso clínico*. Revista Eletrônica Acervo Saúde, v. 11, n. 1, p. e110-e110, 2019.

.

GOMES, Luisa Granato Ferreira et al. ***Amputações de membros inferiores no Estado do Rio de Janeiro entre 2020 e 2024.*** Anais da Semana Científica da Faculdade de Medicina de Campos, v. 4, 2025.

DOI: 10.51161/iv-conasus/80835

OLIVEIRA, Mariana Sales et al. ***Diabetes Mellitus tipo 2: uma revisão abrangente sobre a etiologia, epidemiologia, fisiopatologia, diagnóstico e tratamento***. Brazilian Journal of Health Review, v. 6, n. 5, p. 24074-24085, 2023.

SILVA, Ravanna Elizíe. ***Atuação da fisioterapia no paciente amputado: revisão de literatura.*** Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação, São Paulo, v. 9, n. 6, 2023.

SOUZA, Ylkiany Pereira de; SANTOS, Ana Célia Oliveira dos; ALBUQUERQUE, Luciana Camelo de. ***Caracterização das pessoas amputadas de um hospital de grande porte em Recife (PE, Brasil).*** Jornal Vascular Brasileiro, v. 18, p. e20190064, 2019.

VASCONCELOS, Ana Paula et al. ***A atuação da fisioterapia na atenção primária à saúde e sua contribuição na funcionalidade e qualidade de vida dos pacientes***. Revista Científica Multidisciplinar, v. 8, n. 3, p. 45-53, 2022.

INIQUIDADES RACIAIS NA TAXA DE MORTALIDADE NEONATAL NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

FRANCINI G. L. SOUZA; ARIANA DE O. TAVARES; GISELE C. ALEXANDRE; JACKELINE C. P. LOBATO

RESUMO

Introdução: A taxa de mortalidade neonatal (TMN) reflete a qualidade da assistência à saúde materno-infantil (SMI). Apesar dos avanços nas políticas públicas, o racismo estrutural persiste como um determinante social nas disparidades de sobrevivência do recém-nascido. Objetivos: examinar as taxas de mortalidade neonatal estratificadas por raça/cor da pele materna, no ano de 2024, das nove regiões de saúde do estado do Rio de Janeiro, a fim de fornecer subsídios para a gestão e o planejamento de políticas públicas voltadas ao enfrentamento das iniquidades raciais na saúde SMI. Além disso, pretende-se fortalecer a produção científica comprometida com a perspectiva antirracista. Metodologia: estudo ecológico, utilizando dados secundários dos seguintes sistemas: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC). Calculou-se a TMN total e a estratificada por raça/cor do estado do Rio de Janeiro em 2024, essa escolha fundamenta-se em estudos científicos antirracistas e nas diretrizes do IBGE, que reconhecem as desigualdades estruturais compartilhadas por esses grupos.Resultados: a TMN total e por raça/cor no estado apresenta variações regionais significativas. Discussão: Os dados apontam que, embora as taxas gerais atendam à meta do ODS 3.2 da ONU, persistem disparidades regionais e raciais. A região Noroeste apresentou desempenho superior, com indicadores cerca de 30% melhores que a Centro-Sul, que se aproxima do teto global estipulado. Ademais, observa-se uma desvantagem persistente da população negra em relação à branca, com assimetrias nas regiões Norte (9,78 vs. 8,29/1.000 nv), Serrana (9,60 vs. 8,59/1.000 nv) e Baixada Litorânea (8,62 vs. 7,90/1.000 nv). Conclusão: A sobrevivência neonatal no território fluminense aponta ser condicionada pela raça/cor, em especial nas regionais Baixada Litorânea, Norte e Serrana. Urge o fortalecimento de políticas públicas voltadas para a SMI da população negra.

Palavras-chaves: Saúde materno-infantil; Saúde da população negra; Planejamento regional.

1 INTRODUÇÃO

O racismo não se limita a atos isolados; ele é um organizador central das relações sociais, influenciando os âmbitos institucionais, históricos e interpessoais. No campo da saúde da população negra no Brasil, isso se traduz em um determinante social que contribui para o adoecimento e a mortalidade. Essa realidade converge com uma política de Estado que rege e subjuga a vida negra, resgatando a regulação histórica do corpo escravo e perpetuando sua objetificação e estereótipos, sob o capitalismo (Almeida, 2019; Mbembe, 2018).

No Brasil, o racismo estrutural compromete a saúde materno-infantil ao ampliar a vulnerabilidade a complicações graves e óbitos evitáveis. Esse cenário é agravado por

DOI: 10.51161/iv-conasus/80860

barreiras estruturais no fluxo de atendimento e por disparidades na qualidade dos cuidados *prestados* a populações negras e originárias, resultando em desfechos clínicos desfavoráveis (Alves *et al*., 2021; Goes *et al*., 2020; Leal *et al*., 2017; Werneck, 2016).

Evidências científicas demonstram que as taxas de mortalidade infantil no Brasil são historicamente atravessadas por desigualdades, resultando em maior vulnerabilidade para a população infantil negra (preta e parda) e indígena. Essa disparidade estrutural é retroalimentada pela intersecção entre classe, gênero e etnia, consolidando um padrão de exclusão na saúde infantil (Rebouças *et al*., 2022; Sousa; Hill; Dal Poz, 2010).

A escolha da Taxa de Mortalidade Neonatal como unidade de análise fundamenta-se pelo seu histórico em identificar iniquidades, apontando para as vulnerabilidades dos gargalos assistenciais, direcionando a atenção para as demandas que exigem revisões e fortalecimento das ações de saúde (Leal *et al*., 2018).

Ademais, o enfrentamento das iniquidades raciais inicia-se, necessariamente, pela produção de evidências e pelo reconhecimento do etnoracismo sistêmico como sua causa matriz (Werneck, 2016). Por este motivo, este estudo teve como objetivo examinar as taxas de mortalidade neonatal estratificadas por raça/cor da pele materna, no ano de 2024, no estado do Rio de Janeiro, a fim de fornecer subsídios para a gestão e o planejamento de políticas públicas voltadas ao enfrentamento das iniquidades raciais na saúde SMI. Além disso, pretende-se fortalecer a produção científica comprometida com a perspectiva antirracista.

2 MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo ecológico das iniquidades raciais na mortalidade neonatal nas nove regiões de saúde, das Comissões Intergestoras Regionais (CIR) do estado do Rio de Janeiro no ano de 2024. (imagem 1)

Os dados de mortalidade foram obtidos por meio do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) (http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/inf10rj.def) disponibilizados pela Secretaria de Saúde do estado do Rio de Janeiro. Quanto às estatísticas vitais, foram adquiridas através do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) e do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) (http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinasc/cnv/nvrj.def).

A taxa de mortalidade neonatal foi obtida através do cálculo de divisão, onde o numerador são os neonatos que morreram antes de completarem 28 dias de vida e o denominador é o número de nascidos vivos no mesmo período e local de residência, sendo o resultado multiplicado por 1.000.

Foram realizadas análises descritivas da taxa de mortalidade estratificada segundo raça/cor para cada CIR. Uma vez que foram computados apenas 1 óbito de neonato amarelo nas nove Regiões de Saúde fluminenses durante o ano do estudo, a estratificação foi realizada pelas categorias branco, preto e pardo.

Os dados dos neonatos pretos e pardos foram agregados sob a categoria negros. Essa escolha fundamenta-se em estudos científicos antirracistas e nas diretrizes do IBGE, que reconhecem as desigualdades estruturais compartilhadas por esses grupos. Ao unificar esses dados, é possível evidenciar de forma mais precisa os impactos do racismo (Brasil, 2010; Cunha *et al.*, 2024; IBGE, 2013; Silva *et al*., 2023).

DOI: 10.51161/iv-conasus/80860

Por utilizar dados de domínio público com informações agregadas que não possibilitam a identificação individual, não foi necessário submeter a pesquisa para aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, de acordo com a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa.

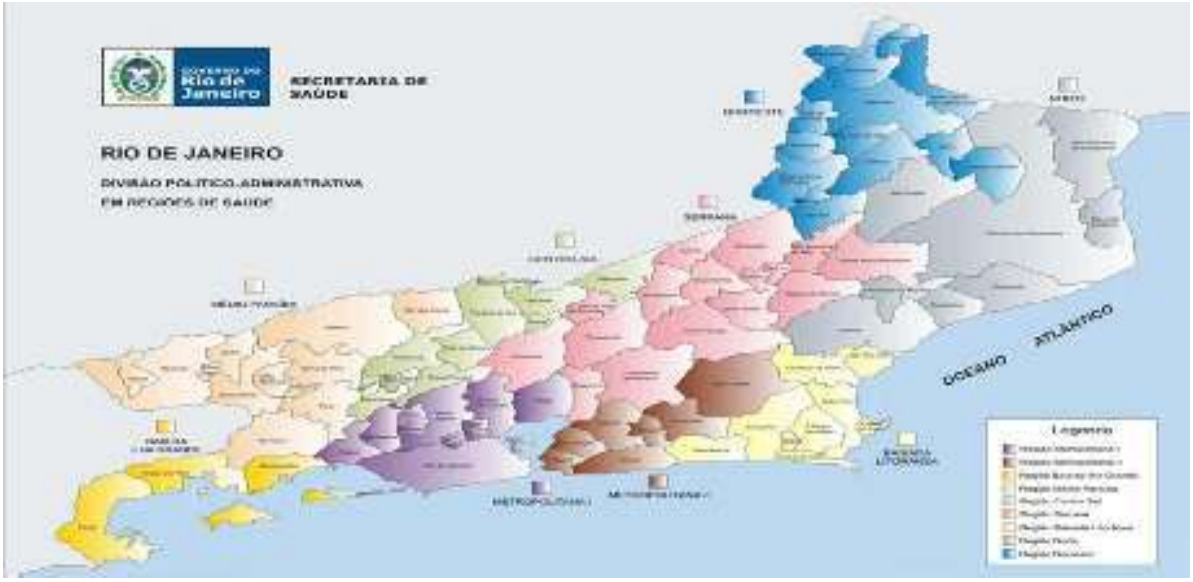


Imagem 1 - Regiões de Saúde (CIR) do estado do Rio de Janeiro (2013) Fonte: Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro, 2013.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A Região Metropolitana I concentra o maior volume absoluto de eventos (848 óbitos e 96.789 nascidos vivos), refletindo a elevada densidade demográfica da capital e seu entorno. Contudo, a análise das taxas revela que a maior Taxa de Mortalidade Neonatal (TMN) localiza-se na região Centro-Sul (10,42/1.000 NV), seguida pelas regiões Norte (9,87/1.000 NV) e Serrana (9,45/1.000 NV). Com relação aos menores riscos de mortalidade neonatal, estes foram observados nas regiões Noroeste (7,36/1.000 NV) e Metropolitana II (7,59/1.000 NV).

Embora as nove Regiões de Saúde do Rio de Janeiro operem abaixo do limite de 12 óbitos por 1.000 nascidos vivos, estabelecido pela meta 3.2 da Agenda 2030 da ONU (Brasil, 2025), a variação regional é significativa. Enquanto a região Noroeste apresenta desempenho superior, com indicadores quase 30% melhores que a Centro-Sul, esta última aproxima-se do teto estipulado pela meta global.

Essa disparidade é agravada por evidências de que a mortalidade neonatal é majoritariamente composta por causas evitáveis. Tais eventos decorrem de lacunas em intervenções de saúde de baixa complexidade, como o acompanhamento pré-natal insuficiente, manejo inadequado da prematuridade e falhas no controle de patologias maternas (por exemplo: hipertensão arterial, principalmente a pré-eclâmpsia e a eclâmpsia), além de deficiências na assistência ao parto e no cuidado pós-alta da maternidade (Brasil, 2025; Kale; Fonseca, 2022; Machado; Kale; Fonseca, 2024).

Os achados estratificados por raça/cor apontam o racismo estrutural e institucional como possíveis determinantes da sobrevivência neonatal. A persistente desvantagem da população negra apresentando valores superiores ao da população branca, com destaque para o observado na região da Baixada Litorânea (8,62 vs 7,90/1000 nv), Norte (9,78 vs 8,29/1000

nv) e Serrana (9,60 vs 8,59/1000 nv) sugere possíveis barreiras de acesso e uma menor qualidade no atendimento prestado às gestantes negras.

No que se refere à completude da variável raça/cor, observa-se um desempenho satisfatório nas regiões estudadas. Os percentuais de registros ignorados variaram entre 0,00% (Baixada Litorânea) e 9,35% (Metropolitana II), o que classifica a qualidade da informação entre excelente e boa, conforme os critérios de literatura epidemiológica vigente. Ressalta-se que a baixa subnotificação verificada no estudo é um avanço relevante, pois a omissão do quesito raça/cor configura-se como uma manifestação do racismo estrutural que inviabiliza o monitoramento de políticas e mascara desigualdades (Silva *et al*., 2023; Werneck, 2016).

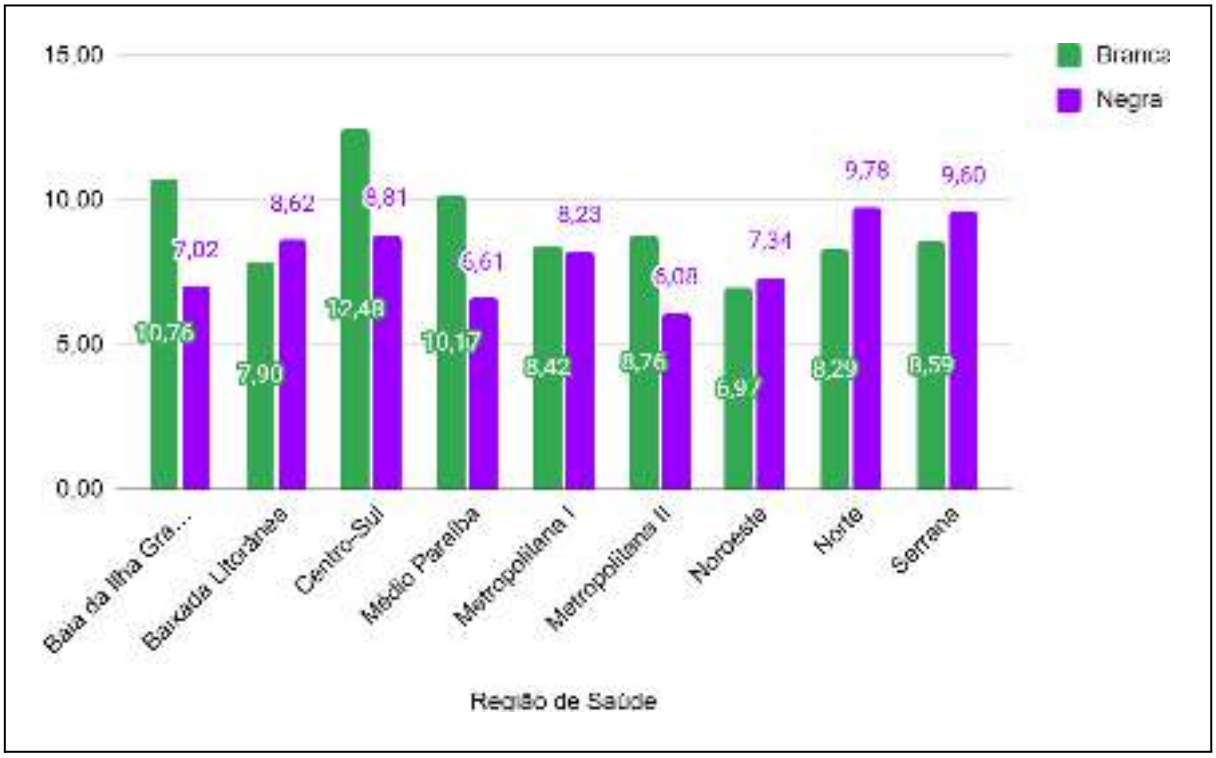


Gráfico 1 - Taxa de mortalidade neonatal estratificada por raça/cor branca e negra, estado do Rio de Janeiro segundo Regiões de Saúde, 2024.
Fonte: SIM/SINASC

4 CONCLUSÃO

A TMN no estado do Rio de Janeiro se apresentou abaixo das metas quantitativas da ONU. No entanto, existem iniquidades raciais importantes que merecem atenção, em especial nas regionais Baixada Litorânea, Norte e Serrana.

A persistência dessas disparidades, mesmo diante de uma boa qualidade de preenchimento dos sistemas de informação, evidencia que o racismo estrutural atua como um gargalo na rede de saúde materno-infantil. Portanto, a redução dessas iniquidades raciais exige, além dos avanços técnicos, que ocorra o fortalecimento de estratégias antirracistas estruturais no SUS. Medidas como a obrigatoriedade do recorte racial nos Comitês de Prevenção do Óbito em cada região de saúde e a potencialização da Rede Alyne, estratégia do Governo Federal que sucede e reestrutura a antiga Rede Cegonha (Brasil, 2024).

Como limitações, apontam-se o potencial sub-registro e a incompletude da variável raça/cor nos sistemas de informação, além da ausência de indicadores socioeconômicos individuais para refinar a análise causal. Ressalta-se a necessidade de estudos longitudinais

para monitorar a tendência dessas disparidades e de investigações qualitativas sobre os gargalos na assistência perinatal regional, visando subsidiar políticas públicas focadas na equidade racial e geográfica em saúde materno-infantil.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, S. Racismo Estrutural. São Paulo: Jandaíra, 2019.

ALVES, M. T. S. S. de B. e et al. Desigualdade racial nas boas práticas e intervenções obstétricas no parto e nascimento em maternidades da Rede Cegonha. Ciência & Saúde Coletiva, , v. 26, p. 837–846, 2021.

BRASIL. Lei no 12.288 de 20 de julho de 2010. 2010. Disponível em: https://legislacao.presidencia.gov.br/atos/?tipo=LEI&numero=12288&ano=2010&ato=e4eoXSq1keVpWT31d. Acesso em: 2 abr. 2026.

BRASIL. Painel de Monitoramento da Mortalidade Infantil e Fetal - Mortalidade - Painéis de Monitoramento - Central de Conteúdos - DAENT - SVSA/MS. 2025. Disponível em: https://svs.aids.gov.br/daent/centrais-de-conteudos/paineis-de-monitoramento/mortalidade/infantil-e-fetal/. Acesso em: 9 dez. 2025.

BRASIL, M. da S. Rede Alyne: conheça a história da jovem negra que deu nome ao novo programa de cuidado integral à gestante e bebê. 20 set. 2024. Ministério da Saúde. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2024/setembro/rede-alyne-conheca-a-historia-da-jovem-negra-que-deu-nome-ao-novo-programa-de-cuidado-integral-a-gestante-e-bebe. Acesso em: 6 abr. 2026.

CUNHA, R. de O. et al. Raça e racismo: aspectos conceituais, históricos e metodológicos para pesquisas antirracistas em saúde. Saúde e Sociedade, v. 33, p. e230590pt, 2024.

GOES, E. F. et al. Vulnerabilidade racial e barreiras individuais de mulheres em busca do primeiro atendimento pós-aborto. Cadernos de Saúde Pública, v. 36, n. suppl 1, p. e00189618, 2020.

IBGE; MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO, ORÇAMENTO E GESTÃO. Característica étnico-raciais da população: classificações e identidades: Ibge, 2013.

KALE, P. L.; FONSECA, S. C. Mortalidade neonatal específica por idade e fatores associados na coorte de nascidos vivos em 2021, no estado do Rio de Janeiro, Brasil. Revista Brasileira de Epidemiologia, v. 25, p. e220038, 2022.

LEAL, M. D. C. et al. Saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil nos 30 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). Ciência & Saúde Coletiva, v. 23, n. 6, p. 1915–1928, jun. 2018.

LEAL, M. do C. et al. A cor da dor: iniquidades raciais na atenç˜ ao pr\' e-natal e ao parto no Brasil. Cadernos de Sa\' ude P\' ublica, [s. l.], v. 33, n. suppl 1, 2017. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00078816.

MACHADO, S. S. de V.; KALE, P. L.; FONSECA, S. C. Evitabilidade e tendência temporal da mortalidade neonatal em Niterói/RJ, 2012 a 2022. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, v. 24, p. e20230273, 2024.

MBEMBE, A. Necropolítica. São Paulo, SP: n-1 edições, 2018.

REBOUÇAS, P. et al. Ethnoracial inequalities and child mortality in Brazil: a nationwide longitudinal study of 19 million newborn babies. The Lancet Global Health, v. 10, n. 10, p. e1453–e1462, out. 2022.

SILVA, D. F. L. da et al. Para além do Racismo Institucional? Uma análise do conteúdo da Política de Saúde para a População Negra. Ciência & Saúde Coletiva, v. 28, p. 2527–2535, 2023.

SOUSA, A.; HILL, K.; DAL POZ, M. R. Sub-national assessment of inequality trends in neonatal and child mortality in Brazil. International Journal for Equity in Health, v. 9, p. 21, 3 set. 2010.

WERNECK, J. Racismo institucional e saúde da população negra. Saúde e Sociedade, v. 25, n. 3, p. 535–549, set. 2016. , são importantes para assegurar um atendimento equitativo e efetivo no combate ao racismo na saúde materno-infantil.

POTENCIAL DO ZHAN ZHUANG QIGONG NA PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

ALINE MIREILLE DA CUNHA FIEVEZ; FRANCISCO JURANDIR NOGUEIRA FAMA JÚNIOR; FRANCISCA ROBERTA DE PAULA BLEASBY; MARIA MÁRCIA ORIÁ FERNANDES

Introdução: A saúde mental constitui um dos principais desafios contemporâneos dos sistemas de saúde, impactando a qualidade de vida, a produtividade e os custos assistenciais. Com o crescimento da população o Sistema Único de Saúde (SUS) poderá enfrentar limitações na oferta de estratégias acessíveis e eficazes para promoção e prevenção em saúde mental. Nesse contexto, práticas integrativas e complementares emergem como alternativas promissoras. O Zhan Zhuang Qigong, uma prática mente-corpo de origem chinesa, destaca-se por sua simplicidade, baixo custo e aplicabilidade em diferentes contextos sociais. Evidências indicam seu potencial na redução de estresse, ansiedade e burnout, além da promoção do equilíbrio emocional e fisiológico. **Objetivo:** Analisar o potencial do Zhan Zhuang Qigong como estratégia de promoção da saúde mental e prevenção de doenças no contexto do SUS. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão narrativa da literatura, baseada em estudos publicados entre 2010 e 2025, utilizando bases como PubMed, SciELO, Google Scholar e ScienceDirect. A análise concentrou-se em intervenções envolvendo Zhan Zhuang Qigong e seus efeitos sobre indicadores de saúde mental. **Resultados:** Os estudos analisados demonstram que o Zhan Zhuang Qigong apresenta efeitos positivos consistentes na saúde mental, incluindo: a) redução de ansiedade, estresse e depressão; b) diminuição de níveis de cortisol e frequência cardíaca, c) melhora da qualidade de vida e do bem-estar psicológico e d) aumento da resiliência emocional e capacidade de autorregulação. Além disso, evidências apontam benefícios cognitivos, como melhora da atenção e da função executiva, bem como impactos fisiológicos relevantes, incluindo regulação do sistema nervoso autônomo e promoção da homeostase. A prática apresenta vantagens estratégicas, tais como, o baixo custo operacional, a fácil implementação, a alta adesão e ausência de efeitos adversos relevantes sendo viável em ambientes como unidades básicas de saúde. **Conclusão:** O Zhan Zhuang Qigong configura-se como uma intervenção promissora, segura e acessível para promoção da saúde mental no SUS. Sua incorporação pode contribuir para a redução da carga de doenças mentais, fortalecimento da atenção primária e otimização dos recursos em saúde. Recomenda-se o desenvolvimento de estudos clínicos mais robustos e a ampliação de políticas públicas que incentivem sua implementação.

Palavras-chave: **SAÚDE MENTAL; PROMOÇÃO DA SAÚDE; QIGONG**

DOI: 10.51161/iv-conasus/80864

INTERVENÇÃO FONOAUDIOLÓGICA NA REABILITAÇÃO DO PACIENTE COM TRAUMA RAQUIMEDULAR CERVICAL EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

CREUSIMARA DOS SANTOS ALENCAR LEANDRO; MÁRCIA SOLANGE DOS SANTOS DE ARAÚJO; PAULA MARY LOPES DE ARRUDA CACAU; NICOLY RODRIGUES DOS SANTOS; CELIA MARIA CALIXTO TORRES

Introdução: O trauma raquimedular cervical representa uma condição neurológica grave, frequentemente associada a longos períodos de internação, ventilação mecânica prolongada e traqueostomia, muitas vezes sem possibilidade de decanulação. Além disso, podem apresentar alterações importantes na comunicação e na deglutição, impactando diretamente sua funcionalidade e qualidade de vida. Nesse contexto, a atuação fonoaudiológica torna-se essencial na assistência multiprofissional, contribuindo para a reabilitação funcional e para a promoção de um cuidado mais humanizado e centrado no paciente. **Objetivo:** Descrever a experiência da intervenção fonoaudiológica em um paciente com trauma raquimedular cervical, acompanhado desde a adaptação da válvula de fala e deglutição durante a ventilação mecânica até a reintrodução segura da via oral e a recuperação da comunicação durante a internação hospitalar. **Relato de experiência:** Trata-se de um estudo descritivo e qualitativo, do tipo relato de experiência. O paciente, do sexo masculino, 26 anos, sofreu trauma raquimedular cervical grave após acidente automobilístico, evoluindo com ventilação mecânica prolongada e traqueostomia, além de alterações na comunicação e na deglutição. Após avaliação fonoaudiológica e discussão multiprofissional, foram realizados desinsuflação do cuff, adaptação da válvula de fala e deglutição, manejo de secreções, monitoramento da proteção das vias aéreas, estímulos sensório-motores orais, treino e monitoramento da deglutição associados a exercícios miofuncionais orais, além de orientações à equipe e aos familiares. A adaptação da válvula de fala e deglutição ocorreu ainda durante a ventilação mecânica, proporcionando melhora da comunicação, maior interação com familiares e equipe assistencial, além de impacto positivo na humanização do cuidado. Observou-se também evolução funcional da deglutição, com progressão segura da dieta por via oral. **Conclusão:** A experiência demonstrou a relevância da atuação fonoaudiológica precoce na reabilitação do paciente com trauma raquimedular cervical, contribuindo para a melhora da comunicação, do gerenciamento de secreções e da reabilitação da deglutição. Além dos benefícios clínicos, a adaptação da válvula de fala e deglutição favoreceu a autonomia, a interação social e o bem-estar emocional, evidenciando a importância da Fonoaudiologia na assistência hospitalar.

Palavras-chave: **TRAUMA RAQUIMEDULAR; VÁLVULA DE FALA; FONOAUDIOLOGIA**

DOI: 10.51161/iv-conasus/80876

PRÁTICAS INTEGRATIVAS NO PRÉ-NATAL: EXPERIÊNCIA COM YOGA PARA VERSÃO FETAL ESPONTÂNEA EM GESTANTE DE TERCEIRO TRIMESTRE

MAYRA TADEU BORGES MARCELLINO; PATRÍCIA WORTTRICH PARENTI

Introdução: Os desafios durante o cuidado pré-natal no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS) são frequentes, especialmente ao final da gestação. Nesse cenário, as Práticas Integrativas de Saúde (PICS), como o Yoga, atuam como ferramentas para a conquista de desfechos clínicos favoráveis no processo de trabalho de parto e parto. **Objetivo**: Relatar a experiência de aplicação de exercícios preconizados no Yoga no processo de versão em bebê de apresentação córmica para cefálica, como recurso não invasivo em gestante de terceiro trimestre de gestação na APS. **Relato de caso:** A experiência foi desenvolvida, ao longo de vinte e um dias, com uma gestante de 37 semanas de idade gestacional, atendida em uma Unidade Saúde da Família, localizada na Zona Leste do município de São Paulo/SP. Foi realizado um plano de ação e orientações semanais com base nas posições do Yoga para estímulo à abertura da pelve, alongamento dos ligamentos uterinos e músculos abdominais. Essas práticas foram documentadas por meio de recurso audiovisual. Constatou-se, a partir da realização da propedêutica obstétrica a progressiva alteração da situação e apresentação fetal, bem como foi evidenciada a satisfação materna com a perspectiva de mudança da via de parto. Para além disso, esse fato contribuiu para que outras gestantes se interessassem na realização das PICS, as quais são oferecidas semanalmente junto às rodas da unidade. **Conclusão**: A experiência evidenciou que o uso das práticas integrativas de saúde durante o cuidado pré-natal contribui positivamente para o processo de mudança de situação fetal, tornando a possibilidade de fisiologia normal mais facilitada. Conclui-se que a prática de posições do Yoga pode ser uma aliada eficaz do pré-natalista, sendo recomendável sua incorporação para casos semelhantes na rede pública de saúde de Atenção Primária.

Palavras-chave: **ESTÁTICA FETAL; GESTAÇÃO; YOGA**

DOI: 10.51161/iv-conasus/80890

BURNOUT EM PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM: DESAFIOS PARA A SAÚDE DO TRABALHADOR

VITÓRIA MARIA PEREIRA GUEDES; MARIA BEATRIZ SILVA DE OLIVEIRA NASCIMENTO; KARLA APARECIDA DE OLIVEIRA; JÚLIO HENRIQUE OLIVEIRA CANDIDO DA SILVA.

RESUMO

A atuação da enfermagem é um pilar fundamental do Sistema Único de Saúde (SUS), mas a natureza do cuidado direto expõe esses profissionais a uma vulnerabilidade emocional e física constante dos mesmos. Este estudo nasceu da necessidade de entender como o ambiente laboral tem contribuído para o adoecimento desses trabalhadores, muitas vezes invisibilizados em sua própria exaustão. O objetivo geral desse trabalho foi identificar, na literatura científica, evidências concretas sobre a presença da Síndrome do Burnout na enfermagem, analisando os principais desafios atuais associados à saúde do trabalhador. Metodologicamente, se optou pela realização de uma revisão integrativa da literatura, que permite uma síntese mais ampla do conhecimento acumulado, com um recorte temporal abrangendo os últimos 13 anos (2013-2026). A busca foi conduzida nas plataformas digitais PubMed, SciELO e BVS, utilizando descritores controlados como "esgotamento psicológico", "burnout" e "enfermeiro". Após a aplicação rigorosa de critérios de inclusão e exclusão, foram selecionados 3 (três) artigos principais que resumem a realidade atual da categoria no Brasil. Os resultados mostram que a sobrecarga laboral intensa, a realização de jornadas múltiplas e a escassez constante de recursos básicos são fatores determinantes para o desencadeamento do discutido estresse ocupacional. Um ponto de destaque nos achados foi o impacto severo da pandemia de COVID-19, que funcionou como um “catalisador”, elevando a exaustão emocional a patamares críticos devido à clara precarização das condições de trabalho e ao suporte institucional inadequado e insuficiente. Além disso, a baixa remuneração e o acúmulo de diversas funções surgem como fatores de desmotivação que alimentam o ciclo do burnout. Conclui-se que o reconhecimento do burnout como doença ocupacional pela CID-11 é um avanço até necessário, mas ainda insuficiente sem mudanças estruturais nas instituições de saúde. É fundamental que os gestores promovam estratégias de intervenção precoce e programas reais de qualidade de vida, entendendo que cuidar da saúde de quem cuida é indispensável para garantir a qualidade da assistência prestada à toda população.

Palavras-chave: Estresse Ocupacional; Esgotamento Psicológico; Riscos Ocupacionais.

1 INTRODUÇÃO

Os profissionais de enfermagem são imprescindíveis no sistema de saúde (SUS), exercendo um papel crucial no que se refere a aplicação do cuidado direto aos pacientes. Todavia, estão sendo expostos a jornadas intensas de trabalho, com atribuição emocional elevada, além de muitas vezes estarem inseridos em condições precárias, como plantões

DOI: 10.51161/iv-conasus/80894

extensos e falta de recursos. Essa realidade evidencia que os profissionais de enfermagem estão sendo colocados em ambientes e/ou fatores estressantes que podem desencadear diversos problemas de saúde, com destaque para a síndrome de Burnout, que se tornou uma das condições mais prevalentes entre esses trabalhadores, fruto dos desafios associados à saúde do trabalhador (Rodrigues, L. M. et al., 2024).

A síndrome de Burnout (SB) ou síndrome do esgotamento profissional tem se tornado um relevante problema de saúde, principalmente entre profissionais da área da saúde (Jarruche; Mucci, 2021). Em 2022, a nova Classificação Internacional de Doenças (CID-11) da Organização Mundial da Saúde, passou a incluir o burnout na lista de doenças ocupacionais, reconhecida pelo código QD85 (Garcia et al., 2024). Essa mudança reforça a importância do tema e a necessidade de discutir seus impactos no ambiente profissional, especialmente na enfermagem, área marcada pela elevada carga emocional, longas jornadas e altas demandas (Santos et al., 2022).

O burnout é uma condição resultante do estresse crônico no ambiente de trabalho, caracterizada por exaustão emocional, despersonalização e redução da realização profissional. Entre os profissionais de enfermagem, essa síndrome pode comprometer tanto a saúde física e mental quanto a qualidade da assistência prestada aos pacientes. Além disso, está associada ao aumento da sobrecarga emocional, da insatisfação profissional, dos afastamentos do trabalho e da ocorrência de erros durante a assistência (Sá; Martins-Silva; Funchal, 2014).

A realização deste resumo expandido justifica-se pela necessidade de reconhecer quais são os desafios impostos aos enfermeiros, que levam ao desenvolvimento da SB no Brasil, sendo primordial o desenvolvimento de estratégias mais eficientes para a prevenção, identificação precoce e manejo dessa condição.

Nesse contexto, a presença da Síndrome de Burnout na enfermagem representa um desafio para a saúde do profissional e para os serviços de saúde, impactando diretamente os indicadores de qualidade da assistência e o bem-estar dos trabalhadores. Diante disso, o trabalho tem como objetivo identificar na literatura científica evidências da síndrome de burnout em decorrência dos desafios associados à saúde do trabalhador.

2 MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, a qual possui como objetivo reunir e fazer uma síntese das evidências científicas disponíveis acerca de um tema específico, possibilitando a análise de diferentes abordagens metodológicas. De acordo com Mendes (2008), esse tipo de revisão possibilita identificar padrões, contradições e lacunas no conhecimento existente, possibilitando o avanço da ciência.

Foram incluídos na revisão apenas artigos originais, publicados nos últimos 13 anos (2013-2026), no idioma português, disponíveis na íntegra, que faziam referência à síndrome de burnout nos profissionais de enfermagem e os desafios para a saúde do trabalhador. Foram excluídos artigos que não abrangiam a temática, não se referiam aos enfermeiros, fora do idioma português, fora do período pretendido e que estavam duplicados, a fim de garantir a exclusividade das análises realizadas.

A busca dos artigos foi feita pelos autores nas plataformas digitais National Library of Medicine (PubMed), Scientific Eletronic Library Online (SciELO) e Biblioteca Virtual em Saúde. Para tanto, utilizamos nas bases os descritores controlados (MeSH e DeCS). Os descritores utilizados foram: Esgotamento psicológico, profissionais de enfermagem, burnout e enfermeiro(s).

A extração dos dados foi compilada pelos pesquisadores por meio de uma tabela feita por intermédio da inteligência artificial, contendo as seguintes variáveis: título, autores, ano de

publicação, tipo de estudo, principais desafios enfrentados pelos enfermeiros, resultados e conclusões.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram encontrados 261 resultados de busca, após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, foram escolhidos 3 artigos que possuíam relação com a temática. Para demonstrar esse processo, foi feita a tabela apresentada a seguir:

Título	Autores	Ano de Publicação	Tipo de Estudo	Principais Desafios Enfrentados pelos Enfermeiros	Resultados	Conclusões
Desafios ocultos da síndrome de burnout em profissionais de enfermagem no Brasil: fatores de risco e impactos: uma revisão integrativa da literatura	Helton Camilo.; et al.	2025	Revisão integrativa	A pandemia de COVID-19 surgiu intensificando os desafios e potencializando fatores estressantes no ambiente de trabalho. Jornadas intensas e falta de recursos.	O local de trabalho, tipo de vínculo, turno e tempo de experiência influenciam os níveis de exaustão emocional, especialmente entre profissionais mais jovens. O contexto pandêmico agravou o desgaste emocional, devido à precarização das condições de trabalho e ao suporte institucional inadequado.	O desenvolvimento do burnout está relacionado a múltiplos fatores organizacionais e individuais. A pandemia agravou essa conjuntura, expondo os profissionais a cargas excessivas de trabalho e estresse.
Fatores desencadeantes da	Paiva, J. D.M.; et al.	2019	Revisão Integrativa	Jornadas de trabalho excessivas e	Ambientes de trabalho inadequados, jornada	A principal causa do burnout em enfermeiros

síndrome de Burnout em enfermeiros				insatisfação profissional	dupla de trabalho, gera exaustão e estresse crônico	são as jornadas excessivas de trabalho e insatisfação profissional.
Fatores desencadeantes de estresse ocupacional e síndrome de burnout em enfermeiros	Valeretto, F.A.;et al.	2013	Revisão qualitativa	Acúmulo de tarefas, sobrecarga laboral e baixa remuneração.	A enfermagem é uma profissão de risco para desenvolvimento de burnout, devido à ampla gama de funções atribuídas ao enfermeiro.	Deve ser feito o investimento em programas de qualidade de vida no trabalho e prevenção e controle do estresse para evitar o adoecimento.

A partir da análise dos achados, observamos que a Síndrome de Burnout em enfermeiros no Brasil caracteriza-se pelo esgotamento configurado por um problema estrutural e multifatorial, intrinsecamente relacionado às condições de trabalho. Os resultados inferem que variáveis como o local de trabalho, tipo de vínculo, turno e menor tempo de experiência, são circunstâncias que afetam especialmente os profissionais mais jovens, estão diretamente relacionados com os níveis de exaustão emocional. Essas evidências se associam com Sant'Ana et al (2023), que identifica a violência laboral e os acidentes de trabalho como determinantes do estresse ocupacional e à maior prevalência de Burnout em enfermeiros acima de 40 anos. Além disso, a enfermagem é defendida na literatura como uma profissão de alto risco para o desenvolvimento do Burnout por consequência da ampla gama de funções atribuídas ao enfermeiro, ao acúmulo de tarefas e à insatisfação profissional gerada pelo estresse crônico. Esse quadro foi agravado e catalisado pelo surgimento da pandemia de COVID-19, que expôs os profissionais a uma precarização das condições de trabalho e a um suporte institucional inadequado. No cotidiano, é evidente que os enfermeiros sofrem desafios crônicos que agravam esse sofrimento físico e psíquico, destacando-se as jornadas de trabalho excessivas, a sobrecarga laboral, a baixa remuneração e a falta de recursos básicos, além da jornada dupla de trabalho.

No campo da exploração científica, as descobertas demonstram a necessidade de que as próximas pesquisas se concentrem em estudos longitudinais de corte para monitorar a transição do estresse ocupacional para o esgotamento clínico, especificamente em enfermeiros recém-formados e mais jovens. A coleta de dados deve iniciar-se no último mês da faculdade, servindo como linha de base para avaliar traços de personalidade, saúde mental prévia e expectativas profissionais. Posteriormente, os acompanhamentos devem ser realizados a cada seis meses, a fim de equilibrar a necessidade de sensibilidade metodológica para captar as mudanças de fase, ou seja, do entusiasmo inicial à frustração.

As ferramentas de coleta de dados podem ser digitais, a partir da utilização de formulários eletrônicos ou aplicativos específicos. No viés das condições de trabalho, devem ser monitorados o tipo de vínculo contratual, a carga horária semanal, a presença de dupla jornada, o setor de lotação e o suporte recebido da chefia. Para enriquecer a análise, sugere-se a inclusão de diários de campo digitais de preenchimento rápido, onde os profissionais possam registrar eventos críticos do semestre, como episódios de violência verbal ou a falta de insumos na unidade.

Assim, esse estudo possibilitará a identificação e a relação da causa e efeito entre as condições de trabalho e o adoecimento mental, descobrindo quando, como e por que o enfermeiro desenvolve a síndrome.

Diante desse cenário, urge que a vigilância à saúde do trabalhador, o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) regional, juntamente com às secretarias municipais e estaduais de saúde, devem implementar a notificação compulsória de transtornos mentais relacionados ao trabalho como indicador prioritário nos sistemas de informação do SUS. Essa ação deve ocorrer sob a condição de buscas ativas semestrais com escalas de desgaste emocional em unidades de média e alta complexidade, transformando o adoecimento individual em dado epidemiológico para intervenções de gestão.

Faz-se primordial também que a gestão local das direções hospitalares e recursos humanos, produzam o Programa de Ergonomia Temporal e Pausas Protegidas. Por meio disso, o programa deve proibir escalas com mais de dois plantões noturnos consecutivos e determinar intervalos obrigatórios de descanso de vinte minutos a cada seis horas de trabalho em salas de descanso adequadas dentro dos hospitais.

No âmbito do suporte de intervenção clínica, as coordenações municipais de saúde mental e a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) podem produzir canais de acolhimento psicológico institucional. É essencial que os atendimentos e os grupos de apoio reflexivos ocorram fora do ambiente hospitalar, garantindo sigilo para que o medo de retaliações contratuais não impeça a busca precoce por ajuda, com o fito de diminuir o cenário alarmante da Síndrome de Burnout entre esses profissionais.

Sob a perspectiva das implicações práticas, os achados deste estudo reforçam que o enfrentamento da Síndrome de Burnout na enfermagem exige intervenções organizacionais contínuas e não apenas medidas pontuais voltadas ao indivíduo. Os estudos analisados convergem ao demonstrar que a redução do adoecimento mental depende diretamente do aprimoramento das condições laborais, do dimensionamento adequado das equipes, da valorização profissional e da implementação de estratégias institucionais permanentes de promoção da saúde mental (Paiva et al., 2019; Valeretto et al., 2013). Nesse sentido, a adoção de programas estruturados de qualidade de vida no trabalho, protocolos de monitoramento do desgaste emocional e mecanismos formais de acolhimento psicológico pode contribuir para a prevenção do esgotamento ocupacional, redução do absenteísmo, fortalecimento da permanência profissional e melhoria da segurança assistencial.

No campo das implicações políticas, os estudos evidenciam a necessidade de fortalecimento das políticas públicas voltadas à saúde do trabalhador no âmbito do Sistema Único de Saúde. O reconhecimento do burnout como doença ocupacional pela CID-11 representa um avanço normativo importante; entretanto, sua efetividade depende da consolidação de estratégias intersetoriais capazes de transformar esse reconhecimento em ações concretas de vigilância, prevenção e assistência. Dessa maneira, torna-se necessária a ampliação da atuação do CEREST, da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), das secretarias de saúde e dos serviços hospitalares na formulação de protocolos assistenciais específicos para rastreamento, acompanhamento e manejo do sofrimento psíquico relacionado ao trabalho.

Ademais, a produção científica analisada aponta que o adoecimento dos profissionais de enfermagem não deve ser compreendido como fragilidade individual, mas como

consequência de um processo de trabalho marcado por precarização, sobrecarga e insuficiência de suporte institucional. Essa interpretação possui importante repercussão política, pois desloca a responsabilidade exclusiva do trabalhador para a necessidade de mudanças estruturais nos modelos de gestão, financiamento, organização do trabalho e formulação das políticas de saúde ocupacional.

Por fim, os achados discutidos demonstram de forma consistente que a Síndrome de Burnout na enfermagem constitui um importante problema de saúde pública e de gestão em saúde, com repercussões diretas sobre o bem-estar dos profissionais, a qualidade da assistência e o funcionamento dos serviços. Assim, compreender os determinantes do esgotamento profissional ultrapassa o interesse acadêmico, configurando-se como etapa indispensável para subsidiar práticas institucionais, decisões políticas e futuras investigações científicas comprometidas com a proteção da saúde de quem sustenta cotidianamente o cuidado em saúde.

4 CONCLUSÃO

A presente revisão integrativa permitiu identificar evidências da Síndrome de Burnout em profissionais de enfermagem, demonstrando sua relação direta com os desafios impostos à saúde do trabalhador. Os achados mostram que fatores como jornadas excessivas, sobrecarga laboral, múltiplos vínculos empregatícios, baixa remuneração, ambientes de trabalho inadequados e escassez de recursos favorecem o desenvolvimento do esgotamento profissional, comprometendo a saúde física e mental dos enfermeiros e a qualidade da assistência prestada.

Observou-se ainda que o contexto da pandemia de COVID-19 intensificou significativamente esses fatores estressores, ampliando a exaustão emocional, a insegurança ocupacional e o desgaste psicológico da categoria. Os estudos analisados reforçam que o burnout na enfermagem possui caráter multifatorial, sendo influenciado tanto por aspectos organizacionais quanto por condições individuais e sociais, corroborando os achados de Paiva et al. (2019), Valeretto et al. (2013) e Rodrigues et al. (2024).

Embora o reconhecimento da Síndrome de Burnout como doença ocupacional na CID-11 represente um avanço importante, esse marco, isoladamente, não é suficiente para modificar a realidade enfrentada pelos profissionais. Torna-se imprescindível a implementação de políticas institucionais voltadas à valorização profissional, melhoria das condições laborais, redução da sobrecarga de trabalho e fortalecimento de programas de promoção da saúde mental e qualidade de vida no trabalho.

Como limitação, destaca-se a dependência de dados provenientes de estudos revisionais, o número reduzido de artigos selecionados e a heterogeneidade metodológica entre as pesquisas, fatores que podem restringir a amplitude e a generalização dos achados. Ainda assim, a análise da literatura permitiu compreender que a Síndrome de Burnout na enfermagem está fortemente associada à sobrecarga laboral, jornadas excessivas, baixa remuneração, múltiplos vínculos empregatícios e precarização das condições de trabalho, agravadas pelo contexto da COVID-19 como já supracitado acima.

Como perspectivas futuras, recomenda-se o desenvolvimento de estudos mais robustos, especialmente pesquisas longitudinais, multicêntricas e com instrumentos padronizados de avaliação do burnout, visando ampliar a compreensão da relação entre condições de trabalho e adoecimento mental dos enfermeiros. Ademais, investigações voltadas à avaliação de estratégias de prevenção, suporte psicológico institucional e programas de qualidade de vida laboral podem contribuir para o fortalecimento das políticas de saúde do trabalhador e para a melhoria das condições de trabalho na enfermagem.

DOI: 10.51161/iv-conasus/80894

REFERÊNCIAS

GARCIA, A.J. et al. Síndrome de Burnout em profissionais de enfermagem oncológica: estudo transversal. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 70, n. 4, p. 1-9, 2024.

JARRUCHE, L.T.; MUCCI, S. Síndrome de burnout em profissionais da saúde: revisão integrativa. **Revista Bioética**, v. 29, n. 1, p. 162-173, 2021.

RODRIGUES, L. M.; SILVA, L. C. da; BARROSO, S. M.; NASCIMENTO, L. C. G. do. Síndrome de Burnout em Profissionais de Enfermagem: Uma Revisão Integrativa. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, [S. l.], v. 37, p. 1, 2024.

SÁ, A.M.S.; MARTINS-SILVA, P.O.; FUNCHAL, B. Burnout: o impacto da satisfação no trabalho em profissionais de enfermagem. **Psicologia & Sociedade**, v. 26, n. 3, p. 664-674, 2014.

SANTOS, B.L.F. et al. Síndrome de burnout entre profissionais de enfermagem. **Enfermagem em Foco**, v. 13, n. esp.1, p. 1-7, 2022.

TEIXEIRA, H. C. et al. Desafios ocultos da síndrome de burnout em profissionais de enfermagem no Brasil: Fatores de risco e impactos-uma revisão integrativa da literatura. **Aracê**, v.7,n.1, p. 96-109,2025.

PAIVA, J.D.M. et al. Fatores desencadeantes da síndrome de burnout em enfermeiros. **Revista Enfermagem UFPE on line**, v.10, n.2, p. 483-490, 2019.

VALERETTO, F.A.; ALVES, D.F. Fatores desencadeantes do estresse ocupacional e da síndrome de burnout em enfermeiros. **Revista Saúde Física & Mental-ISSN 2317-1790**, v. 3, n. 2, p. 1-11, 2013.

DOI: 10.51161/iv-conasus/80894

DIREITO SEXUAL FEMININO NO CLIMATÉRIO: UMA ANÁLISE DA LITERATURA NACIONAL

CAMILA LIENDRA RAUSIS HIRANOBE; SABRINA DOS SANTOS ABE; TISSIANE PAULA ZEM IGESKI

RESUMO

Introdução: O direito sexual feminino durante a fase do climatério e o envelhecimento populacional representam questões relevantes, no contexto da saúde coletiva, apesar de serem tratadas como um tabu, sendo frequentemente negligenciadas pelos serviços de saúde e debates sociais. Assim, em relação ao aumento da longevidade e predomínio numérico de mulheres, no Brasil, torna-se imprescindível a discussão de como o machismo, a desigualdade de gênero e as barreiras de acesso na APS – Atenção Primária à Saúde, afetam diretamente o cotidiano e a sexualidade na senescência feminina. Objetivo: Compreender como as alterações físicas, hormonais e mentais influenciam a prática sexual feminina durante o climatério. Metodologia: Para a produção deste trabalho, realizou-se uma revisão narrativa de literatura, com uma abordagem de caráter qualitativo e descritivo, a partir da busca realizada nas bases de dados SciELO, Google Acadêmico e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Foram selecionados e interpretados comparativamente três referências teóricos nacionais: um manual oficial do Ministério da Saúde e dois artigos científicos específicos sobre o tema. Resultados: A análise dos dados evidenciou que a saúde sexual no climatério é permeada por diversos fatores excludentes, incluindo racismo estrutural, vulnerabilidade socioeconômica e discriminação por orientação sexual. Ademais, identificou-se uma forte pressão social pela jovialidade feminina e o desconhecimento conceitual, devido a utilização dos termos climatério e menopausa, como sinônimos, reforçando o estigma de assexualidade na senescência. Embora o hipoestrogenismo seja responsável por alterações no organismo feminino, reduzindo a lubrificação vaginal, verificou-se que tais mudanças fisiológicas não excluem o desejo e a continuidade da vida sexual. Conclusão: Constata-se que a fragilidade da garantia dos direitos sexuais no envelhecimento é uma consequência da educação em saúde ineficiente. Dessa forma, para romper esses padrões há necessidade de ações contínuas de educação em saúde e atuação interprofissional, visando garantir o acolhimento equânime e integral. Por fim, deve-se estimular a produção de novos trabalhos acerca da saúde feminina durante o envelhecimento, para que as lacunas desse tema sejam supridas.

Palavras-chave: Envelhecimento; Menopausa; Educação em Saúde.

1 INTRODUÇÃO

A atenção ao direito sexual da mulher durante o período da menopausa é um tabu na sociedade, uma vez que os assuntos vinculados a esse tema são negligenciados e pouco debatidos (Brasil, 2008). Nesse contexto, além de compreender os fatores que influenciam as mudanças, será abordado os aspectos que interferem na atividade sexual. Para tanto, a relevância desse tema está no fato de que a população feminina é a maioria, no Brasil, e a

DOI: 10.51161/iv-conasus/80895

expectativa de vida tem crescido nos últimos anos, uma vez que houve a ampliação do acesso aos cuidados médicos, que contribuem para uma maior longevidade (Brasil, 2008).

Sendo assim, decidiu-se unir as seguintes temáticas relacionadas à saúde feminina, envelhecimento e sexualidade, a fim de contemplar temas que são importantes e atuais, visto que, de acordo com o Censo do IBGE (2022), 21.966.304 mulheres estão no climatério. Ademais, a problematização da feminização do envelhecimento não é, apenas o fato de haver mais mulheres do que homens na faixa etária idosa, mas sim, como isso afeta a população feminina em sua vida cotidiana (Cepellos, 2021).

Por fim, deve-se destacar que o contexto de desigualdade de gênero também influencia no acesso do público feminino ao serviço de atenção primária à saúde, pois apesar da equidade ser um princípio do SUS, isso não ocorre nos ambientes de saúde (Brasil, 2008). Dessa forma, foi considerado neste resumo expandido, questões relacionadas ao machismo, antropocentrismo e aspectos sociais, que podem determinar como as mulheres acessam as informações relacionadas ao direito sexual, durante a senilidade. Por esse motivo, o objetivo geral deste trabalho foi compreender como as alterações físicas, hormonais e mentais influenciam a prática sexual feminina durante o climatério - período que corresponde ao final da idade reprodutiva até a senescência (OMS, 1996).

2 MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de uma revisão bibliográfica do tipo narrativa, delineada com o objetivo de contextualizar e analisar os direitos sexuais da mulher no período do climatério e o envelhecimento feminino, a fim de realizar uma análise a partir da teoria abordada nos referenciais selecionados. A busca e seleção da amostra textual ocorreram por meio do Google Acadêmico e da base de dados SciELO, aplicando-se como filtros: produções da coleção Brasil, idioma português e área temática das Ciências da Saúde. A amostra foi constituída por três fontes relevantes para o escopo do estudo: o "Manual de Atenção à Mulher no Climatério/Menopausa" do Ministério da Saúde, localizado na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS-MS); o artigo "Mulher no climatério: reflexões sobre desejo sexual, beleza e feminilidade" (Valença *et al.*, 2010); e o artigo "Feminização do Envelhecimento: um fenômeno multifacetado muito além dos números" (Cepellos, 2021).

Os critérios de inclusão priorizaram a profundidade com que os materiais abordavam o climatério. Como critérios de exclusão, foram excluídos os estudos que não focavam no tema central ou que exigiam pagamento para acesso ao texto completo, o que evidenciou a escassez de publicações sobre o assunto. Por fim, os dados foram submetidos a uma análise descritiva-qualitativa fundamentada na comparação e interpretação das fontes selecionadas face aos referenciais teóricos adotados.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir da análise dos artigos sobre direito sexual durante o climatério e sobre o envelhecimento feminino, constatou-se a influência de vários aspectos relacionados às temáticas, como: características culturais, desigualdade de gênero, discriminação por raça e/ou cor, machismo e marginalização relacionada a orientação sexual. Fato analisado nas três literaturas abordadas para a execução deste trabalho.

Assim, consoante, está o manual, desenvolvido pelo Ministério da Saúde, que informa sobre os papéis da mulher definidos pela sociedade. O mesmo evidencia como as situações profissionais e familiares influenciam e expõem a figura feminina a certos padrões de enfermidades, que são diferentes entre os dois gêneros biológicos. Além disso, o documento aborda a questão do racismo como uma “doença social”, que acomete vários setores, inclusive,

o sistema de saúde. Diante dessa perspectiva, são abordados dados que mostram que mulheres negras possuem menos chances de realizar consultas ginecológicas, de pré-natal e puerpério com qualidade (Brasil, 2005). Assim, torna-se evidente que, embora haja mais mulheres do que homens no Brasil, há uma desigualdade de gênero que elucida ainda mais a vulnerabilidade feminina, principalmente das mulheres menos abastadas (Brasil, 2008). Outro ponto relevante abordado no manual, diz respeito à discriminação de mulheres referente à orientação sexual, o que foi percebido pela falta de uma diretriz responsável por orientar e suprir as principais demandas de mulheres lésbicas, uma vez que a ausência de orientação pode expô-las a riscos maiores de adquirir Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs), por exemplo (Brasil, 2008).

Nesse sentido, pode-se compreender que os aspectos abordados anteriormente tornam-se ainda mais excludentes quando somados à questão do envelhecimento feminino, uma vez que segundo o "Manual de Atenção à Mulher no Climatério/Menopausa" (2008) e o artigo "Mulher no climatério: reflexões sobre desejo sexual, beleza e feminilidade" (2010), a pressão social para manter uma aparência jovial afeta mais as mulheres. O que pode ser agravado de maneira mais expressiva durante o climatério, já que o corpo feminino passa por alterações que são inalienáveis à senescência.

Assim, foi possível verificar que os conceitos de climatério e menopausa são cotidianamente utilizados como sinônimos, fato que exemplifica o desconhecimento da maioria da população acerca da temática da saúde sexual feminina durante a fase não reprodutiva (Brasil, 2020). Por esse motivo, deve-se compreender que o climatério, é um período biológico da vida e não uma patologia, processo que pode ser entendido como uma fase de transição entre o ciclo fértil e o estágio não reprodutivo (OMS, 1996). Em contrapartida, a menopausa simboliza um marco deste período, caracterizado pela última menstruação (Brasil, 2008).

Portanto, é essencial desmistificar a crença de que o término da fase reprodutiva significa o fim da sexualidade feminina, pois esses dois aspectos não estão ligados ao desejo sexual e sim ao relacionamento amoroso em si, desvinculados da idade. Outra perspectiva, é que as alterações ocorridas durante o climatério podem interferir na qualidade do ato sexual, pela redução da produção de estrogênio, que pode gerar a lentidão da lubrificação vaginal. Entretanto, tal situação não impede a continuidade da sexualidade feminina, mas é necessário o acompanhamento médico, a fim de minimizar os efeitos negativos provocados pela síndrome do climatério (Valença *et al.*, 2010).

4 CONCLUSÃO

Diante da análise realizada sobre o direito sexual feminino durante o climatério, constatou-se que apesar desta fase ser algo natural, há um tabu imposto socialmente que impede que esse tema seja abordado de forma ampla. Assim, considera-se necessário que essa temática seja mais abordada e enfatizada pelos sistemas de saúde, para que os profissionais, de forma interprofissional e interdisciplinar, possam compartilhar informações e cuidado à população, com maior qualidade.

Portanto, constatou-se que o restrito conhecimento a respeito dos direitos sexuais femininos está atrelado à falta de divulgação e de estratégias educativas voltadas à saúde da mulher. Entretanto, as estratégias de soluções não são simples, uma vez que envolvem questões culturais, sociais e de discriminações, que estão enraizadas na sociedade, sendo necessário um trabalho processual para romper tais padrões, a fim de promover o acolhimento das demandas femininas e o acesso integral, qualiquantitativo e equânime à saúde sexual da mulher durante o envelhecimento. Por fim, é importante ressaltar que mais pesquisas acerca dessa temática devem ser realizadas, para que a saúde feminina na senescência seja contemplada em sua totalidade.

DOI: 10.51161/iv-conasus/80895

REFERÊNCIAS

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico 2022: pirâmide etária da população brasileira.** Rio de Janeiro: IBGE, 2023. Disponível em: https://censo2022.ibge.gov.br/panorama/. Acesso em: 13 out. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de atenção à mulher no climatério / menopausa.** Série A. Normas e Manuais Técnicos; Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – Caderno, n. 9. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008. Acesso em: 13 out. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Menopausa e climatério.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/menopausa-e-climaterio/. Acesso em: 13 out. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Perspectiva da equidade no pacto nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal: atenção à saúde das mulheres negras.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/perspectiva_equidade_pacto_nacional.p df. Acesso em: 13 out. 2024.

CEPELLOS, V. M. Feminização do envelhecimento: um fenômeno multifacetado muito além dos números. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 61, n. 2, e20190861, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0034-759020210208. Acesso em: 13 out. 2024.

VALENÇA, C. N. et al. Mulher no climatério: reflexões sobre desejo sexual, beleza e feminilidade. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 273-285, 2010. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0104-12902010000200005. Acesso em: 13 out. 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Research on the menopause in the 1990s: report of a WHO Scientific Group.** Geneva: WHO, 1996. (WHO Technical Report Series, 866). Acesso em: 13 out. 2024.

PROCESSO DE TRABALHO E QUALIDADE DE VIDA DE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: RELATO DE EXPERIÊNCIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

LAIANA CAMILA PANTANO CARDOSO; ADRIANA GARCIA COSTA; NAIARA SCARIN DA SILVA CANADA; SONIA MARIA CARNEIRO DE MORAES FRANCO; MARLI DOS SANTOS ROSA MORETTI; PATRÍCIA MOITA GARCIA KAWAKAME; THAISA ARTUZO

Introdução: A Atenção Primária à Saúde (APS) constitui eixo estruturante do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo a Estratégia Saúde da Família (ESF) o principal modelo de reorganização da assistência em saúde no Brasil. Nesse cenário, os profissionais de enfermagem exercem funções fundamentais relacionadas ao cuidado integral da população, incluindo ações assistenciais, educativas, preventivas e gerenciais. Entretanto, o processo de trabalho na APS é frequentemente marcado por elevada demanda de atendimentos, múltiplas atribuições e desgaste físico e emocional, fatores que podem comprometer a qualidade de vida desses trabalhadores. **Objetivo:** O presente estudo teve como objetivo relatar experiências vivenciadas em unidades da Estratégia Saúde da Família acerca das condições de trabalho e dos fatores relacionados à qualidade de vida de profissionais de enfermagem atuantes na Atenção Primária à Saúde. **Relato de experiência:** Trata-se de um relato de experiência desenvolvido a partir de vivências acadêmicas e observacionais em unidades da Estratégia Saúde da Família de um município do interior paulista. Durante as atividades, observou-se intensa sobrecarga laboral dos profissionais de enfermagem, os quais realizavam assistência direta aos usuários, acolhimento, visitas domiciliares, procedimentos técnicos, ações educativas e atividades administrativas. Foram identificadas dificuldades relacionadas à alta demanda de atendimentos, déficit de profissionais, limitações estruturais das unidades e desgaste físico e emocional decorrente das exigências do trabalho cotidiano. Observou-se ainda a presença de sinais de estresse, cansaço excessivo e dificuldades em conciliar vida pessoal e profissional. Apesar das adversidades, verificou-se forte vínculo entre equipe e comunidade, além de compromisso ético e dedicação à assistência humanizada. **Conclusão:** Conclui-se que as condições e o processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família influenciam diretamente a qualidade de vida dos profissionais de enfermagem, evidenciando a necessidade de fortalecimento de políticas públicas voltadas à valorização do trabalhador da saúde, promoção da saúde mental, educação permanente e melhoria das condições laborais na APS.

Palavras-chave: **SAÚDE DO TRABALHADOR; ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA; QUALIDADE DE VIDA**

DOI: 10.51161/iv-conasus/80905

USO TERAPÊUTICO DA TOXINA BOTULÍNICA NA REABILITAÇÃO DE SEQUELAS FACIAIS DECORRENTES DE AVC E O RESGATE DA AUTOESTIMA

KETHELLYN GUIMARÃES DE AZEVEDO; GABRIEL ALECSANDERSON DOS SANTOS SILVA; ENOGHALLITON DE ABREU ARRUDA; LARISSA PEREIRA COSTA

Introdução: O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é uma das principais causas de incapacidade mundial, afetando milhões de pessoas e deixando sequelas que comprometem a funcionalidade global. Entre as manifestações mais impactantes estão as disfunções faciais, como a paralisia e a espasticidade, que geram assimetrias severas e dificultam a mímica facial. Tais condições não se restringem a limitações físicas, mas envolvem profundos aspectos psicológicos, podendo levar ao isolamento social, redução da autoestima e transtornos como depressão, devido à alteração da autoimagem e da percepção de si. **Objetivo:** O presente estudo tem como objetivo evidenciar a efetividade terapêutica da toxina botulínica como um instrumento reabilitador para pacientes com sequelas faciais pós-AVC, além de discutir a conduta, autonomia e o respaldo legal da enfermagem na prática estética. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa de caráter exploratório com abordagem qualitativa, configurando-se como uma revisão bibliográfica. A coleta de dados foi conduzida no banco de dados do Google Acadêmico, utilizando descritores como “toxina botulínica”, “enfermeiro esteta”, “sequelas pós-AVC” e “assimetria facial”, priorizando artigos publicados nos últimos cinco anos para garantir a atualidade do referencial. **Resultados:** A literatura demonstra que a toxina botulínica tipo A atua bloqueando a liberação de acetilcolina, reduzindo o tônus muscular excessivo e promovendo relaxamento muscular. Os resultados clínicos apontam melhorias significativas na simetria facial, na fala e na deglutição, impactando positivamente a autoestima e o convívio social. Paralelamente, observa-se que a enfermagem possui amplo amparo legal por meio de Resoluções do Conselho Federal de Enfermagem para atuar na estética, exigindo especialização e registro de título (Esteta), visando garantir segurança e eficácia no cuidado. **Conclusão:** Conclui-se que a toxina botulínica é uma estratégia terapêutica segura e eficaz, proporcionando benefícios funcionais e estéticos que auxiliam no resgate da dignidade humana. A atuação dos profissionais enfermeiros especialistas neste campo reafirma a relevância da profissão na promoção da saúde integral e na reabilitação humanizada.

Palavras-chave: **TOXINA BOTULÍNICA; AVC; REABILITAÇÃO FACIAL**

DOI: 10.51161/iv-conasus/80909

DESAFIOS NO ACESSO À ATENÇÃO ESPECIALIZADA PARA FAMÍLIAS ATÍPICAS NO SUS: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA SOBRE EQUIDADE E INCLUSÃO SOCIAL

KARLA FRANCINE MOREIRA DE JESUS DA COSTA; ALINE MOREIRA DE JESUS CARDOSO; IGOR DA SILVA GOIS

Introdução: O Sistema Único de Saúde (SUS) possui como princípios fundamentais a universalidade, integralidade e equidade, garantindo acesso à saúde como direito de todos. Entretanto, famílias atípicas ainda enfrentam importantes dificuldades para acesso à atenção especializada, especialmente no acompanhamento de crianças e adolescentes com deficiência e transtornos do neurodesenvolvimento. Barreiras relacionadas à demora na regulação, insuficiência de profissionais especializados e dificuldades de acessibilidade comprometem a continuidade do cuidado e impactam diretamente a qualidade de vida dessas famílias. **Objetivo:** Analisar os desafios enfrentados por famílias atípicas no acesso à atenção especializada no SUS, destacando aspectos relacionados à equidade e inclusão social. **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, desenvolvido a partir da atuação em ações sociais e comunitárias voltadas ao acolhimento e orientação de famílias atípicas em situação de vulnerabilidade social. As informações foram obtidas por meio de escuta qualificada, acompanhamento social e observação das principais demandas relacionadas ao acesso aos serviços especializados de saúde. **Resultados:** Observou-se dificuldade no acesso a consultas especializadas, terapias multiprofissionais, exames e serviços de reabilitação. Entre os principais desafios identificados destacaram-se a demora na regulação de atendimentos, limitação de vagas, ausência de informações claras sobre os fluxos de atendimento e fragilidades no acolhimento humanizado. Também foram identificadas situações de sobrecarga emocional e financeira enfrentadas pelas famílias cuidadoras, principalmente mães atípicas responsáveis pelo acompanhamento contínuo das crianças. Como estratégias de apoio, foram realizadas orientações sociais, encaminhamentos para a rede pública e ações educativas sobre direitos garantidos pelo SUS. **Conclusão:** Conclui-se que o fortalecimento da atenção integral à saúde e das políticas públicas inclusivas é essencial para garantir maior equidade no SUS. A ampliação da oferta de serviços especializados, a humanização do atendimento e o fortalecimento das ações intersetoriais podem contribuir significativamente para promoção da inclusão social e melhoria da qualidade de vida das famílias atípicas.

Palavras-chave: **VULNERABILIDADE SOCIAL; POLITICAS PUBLICAS; PESSOA COM DEFICIENCIA**

DOI: 10.51161/iv-conasus/80927

VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER: AUMENTO DOS ATENDIMENTOS EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NO DISTRITO FEDERAL

LAINA GABRIELA BELEM MARINHO; LAINA GABRIELA BELEM MARINHO; LUIZA LUCIANI PIRES ILORCA LOPES

Introdução: a violência contra a mulher reflete significativamente nos serviços de pronto socorro devido aos impactos na mortalidade e nos agravos à saúde, espelhando desigualdades de gênero e a cultura de agressão. **Objetivo:** destacar o aumento de casos de violência no Distrito Federal, com enfoque nos casos mais graves atendidos pela urgência e emergência no âmbito do SUS, relacionando com o impacto sociocultural, medidas de acolhimentos e melhor preparo de profissionais. **Metodologia:** historicamente no Distrito Federal, segundo o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), as agressões físicas representam mais de 70% em ambientes familiares. Dado da Secretaria de Saúde aponta que 60% dos agressores não possuíam antecedentes criminais registrados, expondo violência silenciosa; medo, falta de informação e dependência financeira calam as vítimas. De acordo com líder popular citada no Jornal Brasil de Fato DF, as mulheres desconfiam do sistema de justiça, pois relatam ficar sem amparo econômico ou pensão dos filhos. Conforme a diretoria de vigilância epidemiológica SES/DF, em 2025 obtiveram 3.145 casos e em 2026, 3.205, com alta acumulada de 9,4% no primeiro trimestre; porém, 20 tentativas de homicídio foram registradas e 47% das vítimas sobreviveram decorrente da intervenção de vizinhos. Em concordância com Santos 2023, sendo os serviços de saúde um dos principais cenários para a identificação de possíveis vítimas, para que a detecção da violência seja efetiva, é importante que os profissionais de saúde recebam treinamento adequado sobre como identificar os principais sinais de violência, como estabelecer uma relação de confiança com a vítima e notificar autoridades competentes. **Resultados:** diante desse impacto, é evidente a desestruturação familiar no DF, evidenciada pela cultura de violência, na qual o desprezo à mulher se tornou hábito entre homens, encorajando o controle da autonomia masculina por meio da violência, demonstrando a necessidade de educação social e intervenção preventiva urgente. **Conclusão:** em síntese, o atentado contra a mulher permeia várias dimensões da vida pessoal, retratando um fenômeno social complexo, marcado por desigualdades de gênero, barreiras socioculturais e fragilidade econômica. O aumento da incidência pede políticas públicas mais estruturadas na prevenção, acolhimento e assistência humanizada multiprofissional no enfrentamento dessa violência.

Palavras-chave: **DISTRITO FEDERAL; URGÊNCIA E EMERGÊNCIA; VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER**

DOI: 10.51161/iv-conasus/80936

ATUAÇÃO PSICOLÓGICA E INTERPROFISSIONAL NO CUIDADO EM SAÚDE A MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA: PROMOÇÃO DE FORMAS NÃO VIOLENTAS DE RELAÇÕES AFETIVO-CONJUGAIS – RELATO DE EXPERIÊNCIA

LUCAS RODRIGUES AZEVEDO PINHEIRO BORGES; MARIA MARILENE BEZERRA; CARLOS ROBERTO DE AQUINO; MANAÍRA MONTEIRO ALVES DO NASCIMENTO; JARDIELLY FARIA DE ARAÚJO; MARCOS VINÍCIOS DOS SANTOS; MARIA DILMA FELIZARDO FERREIRA

RESUMO

INTRODUÇÃO: A violência contra as mulheres é um fenômeno complexo que envolve aspectos históricos, sociais, culturais e econômicos, com impactos significativos na saúde mental, integridade física e sexual. A problemática representa grave violação de direitos humanos e desafio para a saúde pública. Diante dessa realidade, torna-se evidente a urgência de cuidado em saúde mental para mulheres em situação de violência. **OBJETIVOS:** Relatar a experiência da atuação psicológica e interprofissional no cuidado a mulheres em situação de violência de gênero, promovendo formas não violentas de relações afetivo-conjugais. **RELATO DE EXPERIÊNCIA:** Estudo qualitativo, do tipo Relato de Experiência, no qual foram delineadas estratégias de atuação na área da Psicologia: Plantão Psicológico, Psicoterapia Individual, Teleatendimento e Grupos Psicoterapêuticos. As atividades foram desenvolvidas em Centro Clínico Especializado que atende usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), em município do Rio Grande do Norte, Brasil. Realizou-se, entre julho de 2025 a maio de 2026, em parceria com a Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher (DEAM). Nesse período, foram atendidas 19 mulheres, com idades entre 13 e 55 anos. Todo o processo foi realizado na perspectiva da Abordagem Centrada na Pessoa (ACP). Ademais, foi supervisionado pela coordenadora do projeto, assegurando o suporte teórico e técnico. **RESULTADOS E DISCUSSÕES:** Evidenciou-se que o projeto proporcionou acolhimento, escuta e cuidado humanizado, assim como fortalecimento de vínculos, construção de redes de apoio, melhoria da autoestima e viabilizou reflexões de formas não violentas de relações afetivo-conjugais, bem como possibilitou atendimento especializado: psiquiatria, ginecologia, nutrição e endocrinologia. Entretando, observou-se como principais desafios para as mulheres comparecerem ao atendimento de forma regular, escassez de recursos financeiros para deslocamento, carência de rede de rede de apoio, principalmente com quem deixar os filhos no dia do atendimento, ter autorização dos empregadores para se afastar do trabalho e mudança de cidade. **CONCLUSÃO:** Por meio dos atendimentos psicológicos, atuação intersetorial e interprofissional, foi possibilitado o cuidado integral em saúde mental para as mulheres em situação de violência de gênero. Além disso, o projeto demonstrou grande potencial para formação profissional e acadêmica dos estagiários e extensionistas em Psicologia.

Palavras-chave: Abordagem Centrada na Pessoa; Saúde Mental; Violência Contra a Mulher.

DOI: 10.51161/iv-conasus/80937

1 INTRODUÇÃO

A violência contra as mulheres é um fenômeno complexo que envolve aspectos históricos, sociais, culturais e econômicos, com impactos significativos na saúde mental, integridade física e sexual. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (2005), a violência contra as mulheres é uma problemática de saúde pública, tendo em vista os atravessamentos na saúde mental e no bem-estar biopsicossocial, destaca, ainda, que em diversos países apresentou dados alarmantes, indicando que entre 15% e 71% das mulheres no mundo sofreram algum tipo de violência pelos respectivos parceiros ao longo da vida. Esta temática começou a ganhar maior visibilidade social e política, a partir da década de 1990, culminando posteriormente no reconhecimento da violência de gênero pela OMS.

De acordo com a Agência dos Direitos Fundamentais da União Europeia (2014), a violência de gênero é atravessada por problemas relacionados à subnotificação de casos, ou seja, apresenta uma parcela sem qualquer tipo de registro formal as autoridades, essa lacuna dificulta a compreensão real da problemática enfrentada, bem como pode ocasionar o agravamento do sofrimento mental e físico, destacando que apenas 14% das mulheres relataram à polícia o incidente mais grave de violência realizado pelo parceiro íntimo, revelando que o silenciamento está envolto em quentões relacionadas à vergonha, ao medo de represálias por parte dor agressor e na naturalização do abuso no ambiente doméstico (European Union Agency for Fundamental Rights, 2014).

Nesse sentido, o fenômeno da violência de gênero contra a mulher não pode ser compreendido de forma isolada ou descontextualizada, devendo ser observada através das manifestações desiguais de poder entre homens e mulheres, abrangendo as relações de classe, etnia, idade, cultura, nível educacional ou religião (Organização dos Estados Americanos, 1994).

Nessa perspectiva, a Convenção de Belém do Pará (1994) dispõe que violência de gênero contra as mulheres pode ser compreendida como "qualquer ação ou conduta, baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto no âmbito público como privado" (artigo 1º). Essa problemática é uma grave violação aos direitos humanos e ofensa contra a dignidade humana, que resulta no sofrimento emocional, físico ou sexual e pode resultar em silenciamento e dificuldades no exercício da liberdade.

Dados do Sistema Nacional de Agravos de Notificação (Sinan) apontam que, entre 2019 e 2021, foram registradas 8.373 notificações de violência contra mulheres no Rio Grande do Norte, sendo 55% relacionadas à violência física e 11% à violência sexual. Esses números reforçam a gravidade do problema, uma vez que 45% das ocorrências envolvem ameaças e 29% lesão corporal (Vital Strategies; Rio Grande do Norte, 2021).

A Lei nº 11.340 (Brasil, 2006), também conhecida como Lei Maria da Penha, considera os diferentes tipos de violência doméstica e familiar conta a mulher, a violência física, violência psicológica, violência sexual, violência patrimonial e violência moral. Essa legislação foi elaborada com intuito de prevenir e coibir qualquer tipo de violência vivenciada por uma mulher.

Os estudos de Oliveira e Gomes (2011) indicam que há diferentes motivos para os homens cometerem o ato de violência contra a mulher, como ciúmes, dificuldades financeiras, dependências químicas, discussões sobre filhos, divergências entre os papéis de gênero, dificuldade de comunicação e medo de perder o controle que exercem sobre a mulher.

No âmbito político e sociocultural, é imprescindível que o enfrentamento à violência contra a mulher perpasse a inclusão dos homens nas propostas de intervenção, demandando intervenções intersetoriais, punitivas e preventivas, tendo em vista que a compreensão de trabalhar apenas com as mulheres é lidar com apenas um lado da situação de violência. Nessa perspectiva, são necessárias ações holísticas que envolvam todas as partes presentes nesse

DOI: 10.51161/iv-conasus/80937

cenário. Logo, por meio da criação de espaços acolhedores que promovam a reflexão sobre a violência, é possível que o agressor, de modo ativo, almeje a superação do ciclo de violência, possibilitando a ressignificação e responsabilização sobre os atos (Prates; Andrade, 2013).

Portanto, faz-se necessário pensar em estratégias que não apenas envolvam as mulheres, que são vítimas dessas violências, como também deve-se pensar em novos modelos de intervenção e cuidado, envolvendo, também, aqueles que são os propagadores e protagonistas desse tipo de violência, os homens. Essa estratégia tem grande potencial de ser ferramenta para enfrentar essa violência, podendo promover a transformação dos padrões de masculinidade enraizados na sociedade, assim como na relação de poder desigual que existe entre homens e mulheres. Além disso, responsabilizar esses indivíduos, contribuir para diminuição dos casos de violência contra a mulher e promover a equidade de gênero (Scott, 2018).

Ao considerar o reconhecimento da gravidade da violência contra as mulheres e o impacto profundo na saúde mental, física e sexual, este trabalho tem como objetivo relatar a experiência da atuação psicológica e interprofissional no cuidado em saúde mental a mulheres em situação de violência. A iniciativa visou proporcionar espaço seguro de acolhimento e escuta, para que essas mulheres possam compartilhar vivências, receber apoio emocional e fortalecer a autoestima, promovendo formas não violentas de relações afetivo-conjugais.

2 RELATO DE EXPERIÊNCIA

Estudo qualitativo, do tipo Relato de Experiência, no qual foram delineadas estratégias de atuação na área da Psicologia, dentre os quais, o Plantão Psicológico, Psicoterapia Individual, Teleatendimento (TelePsi) e Grupos Psicoterapêuticos. As atividades foram desenvolvidas em Centro Clínico Especializado que atende a usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), em município do estado do Rio Grande do Norte, Brasil. A equipe foi composta por psicólogos, estagiários e extensionistas.

Realizaram-se os atendimentos psicológicos, entre julho de 2025 e maio de 2026, em parceria com a Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher (DEAM) do município. Desta forma, foram acolhidas tanto as mulheres encaminhadas pela DEAM, como as demandas espontâneas, todas reguladas pelo sistema PREVSUS. Nesse período, foram encaminhadas 18 mulheres, contudo, algumas optaram por não dar continuidade. Logo, foram atendidas com regularidade 13 mulheres e outras seis respectivamente da demanda espontânea, com idades entre 13 e 55 anos, totalizando 18 mulheres e um adolescente.

O processo foi realizado sob a orientação da Abordagem Centrada na Pessoa (ACP), que possibilitou o desenvolvimento de atitudes facilitadoras, compreensão empática, aceitação incondicional e congruência (Rogers, 2009). Ademais, esse processo foi supervisionado pela coordenadora do projeto, psicóloga com ampla experiência clínica, assegurando o suporte teórico e técnico.

As atividades desenvolvidas se iniciaram com a realização da triagem (Ancona-Lopez, 1996), tendo em vista a necessidade de compreender a demanda psicológica e emocional das mulheres, bem como a realização da supervisão clínica, objetivando encaixá-las na modalidade de atendimento psicológico que fosse mais adequado diante da queixa principal.

Os atendimentos ocorreram em blocos de cinco encontros, com frequência semanal, nas modalidades de plantão psicológico presencial (11 mulheres), teleatendimento (três mulheres), com duração de 30 minutos, podendo dar continuidade em mais de um bloco, caso necessário, após a supervisão clínica.

Para implantação do TelePsi, foram elaborados o Termo de Ciência do Teleatendimento em Saúde Mental, assinado preferencialmente presencial, ou assinatura digital pelo usuário, e o Protocolo de Teleatendimento em Saúde Mental, que estabelece normas e procedimentos para orientar o atendimento on-line e seguindo as normativas do Conselho Federal de Psicologia.

DOI: 10.51161/iv-conasus/80937

O Grupo Psicoterapêutico teve cinco encontros, com 02 horas de duração, já a Psicoterapia Individual seguiu curso normal a longo prazo, atendendo 01 adolescente.

No grupo psicoterapêutico, participaram seis mulheres, quatro mulheres que passaram por violência de gênero, uma facilitadora e uma relatora, os instrumentos utilizados incluíram recursos audiovisuais, como vídeos sobre o ciclo da violência e a história de Maria da Penha, músicas reflexivas e a distribuição da Cartilha Maria da Penha. Além disso, foi desenvolvida a dinâmica do "Correio das Mudanças", em que, no primeiro encontro, foi solicitado pela facilitadora do grupo a escrita de cartas para si mesma, que posteriormente foram depositas em uma caixa específica e lidas no último encontro.

Figura 1: Momento do início do grupo

Fonte: Acervo do Projeto Estamos Aqui! Acolhimento, Escuta e Cuidado em Saúde Mental em Município do RN (2025).

No último encontro, procedeu-se à leitura das cartas depositadas no Correio das Mudanças que foram lidas em grupo e serviu como disparadora de reflexões e feedbacks no encerramento das atividades. Durante a partilha, foram destacadas conquistas significativas vivenciadas após participação no grupo. Uma participante relatou que conseguiu perder peso, reorganizar parte de sua rotina e permitir que o filho tivesse contato com o genitor, o que lhe possibilitou vivenciar momentos de autocuidado e qualidade de vida. Entre as vivências mencionadas, pelas mulheres, destacou-se ir ao salão de beleza, realizar caminhadas e até mesmo tomar banho com calma, atividades que há muito tempo não conseguia desfrutar.

Figura 2: Correio das Mudanças

DOI: 10.51161/iv-conasus/80937

Fonte: Acervo do Projeto Estamos Aqui! Acolhimento,
Escuta e Cuidado em Saúde Mental em
Município do RN (2025).

No Grupo Psicoterapêutico, observou-se, ainda, que as participantes demonstraram sentir confiança, ao conseguirem falar sobre os próprios desafios, sentimentos e dificuldades. Situações como traumas, bullying na infância e racismo surgiram durante o processo. No momento de compartilhamentos do processo terapêutico, as participantes vivenciaram momentos de insight, no qual puderam reconhecer que parte do sofrimento também estava ligada à forma como permitia que certas experiências passadas continuassem presentes na vida, mesmo sem a presença física do agressor.

Figura 3: Momento do encerramento do grupo

Fonte: Acervo do Projeto Estamos Aqui! Acolhimento,
Escuta e Cuidado em Saúde Mental em
Município do RN (2025).

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Evidenciou-se, por meio da experiência, que o projeto proporcionou acolhimento, escuta e cuidado humanizado, assim como fortalecimento de vínculos, construção de redes de apoio, favorecendo a ressignificação de vivências traumáticas, melhoria da autoestima e viabilizando reflexões de formas não violentas de relações afetivo-conjugais. Possibilitou, ainda, encaminhamentos das mulheres que necessitavam de atendimento especializado para psiquiatria, ginecologia, nutrição e endocrinologia, favorecendo, assim, o cuidado integral e interprofissional, no âmbito da saúde mental.

Entretando, observou-se como principais desafios para as mulheres comparecerem ao atendimento de forma regular: escassez de recursos financeiros para o deslocamento, carência de rede de apoio, principalmente com quem deixar os filhos no dia do atendimento, ter autorização dos empregadores para se afastar do trabalho.

As experiências permitiram compreender, de forma crítica, a realidade enfrentada pelas mulheres. Essa constatação reforça a compreensão de que esse tipo de violência constitui fenômeno multifacetado e estrutural, manifestando-se em diferentes contextos e relações sociais. Independentemente do agente agressor, os relatos demonstraram que todas as formas de violência, sejam psicológicas, verbais, patrimoniais, físicas ou simbólicas, exercem impactos significativos e duradouros na vida das mulheres, afetando dimensões emocionais, sociais e de saúde.

A realização deste projeto piloto criou bases para identificar os desafios inerentes à execução, bem como o reconhecimento das potencialidades dos Grupos Psicoterapêuticos e

DOI: 10.51161/iv-conasus/80937

Plantão Psicológico, tendo em vista as reflexões e os aprendizados obtidos pelas mulheres, nesse contexto, reverbera, em grande medida, no cotidiano, promovendo novas formas de perceber e elaborar suas experiências.

4 CONCLUSÃO

A atuação psicológica e interprofissional, no cuidado em saúde a mulheres em situação de violência, constatou que o fenômeno se apresenta de forma complexa e multifacetada, atravessando relações conjugais, familiares, comunitárias e sociais. Essa pluralidade de manifestações demanda escuta atenta e sensível, que ultrapasse a compreensão individualizante e o situe como questão estrutural e de saúde pública.

Por fim, considera-se que este projeto piloto contribuiu não apenas para o cuidado em saúde mental das mulheres atendidas, mas também para produção de reflexões importantes das práticas psicológicas na promoção de ressignificações pessoais e coletivas. A continuidade de iniciativas como esta poderá fortalecer estratégias de enfrentamento à violência contra a mulher e ampliar o alcance de práticas de cuidado comprometidas com a dignidade, a autonomia e os direitos humanos.

Concluiu-se, portanto, que por intermédio dos atendimentos psicológicos, atuação intersetorial e interprofissional, foi possibilitado o cuidado em saúde mental das mulheres em situação de violência de gênero. Ademais, observou-se a ampliação do conhecimento acerca dos direitos e recursos disponíveis no território para busca de ajuda. Além disso, o projeto demonstrou grande potencial para formação profissional e acadêmica dos estagiários e extensionistas de Psicologia.

Como proposição para continuidade e aperfeiçoamento desta iniciativa, enfatiza-se a necessidade de tratativas que viabilize o fornecimento de transporte gratuito que permita o deslocamento das mulheres para atendimento psicológico. Assim como, urge pensar em estratégias que não apenas envolvam as mulheres, que são vítimas dessas violências, como também deve-se pensar em novos modelos de intervenção e cuidado, envolvendo, também, os homens, aqueles que são os propagadores e protagonistas desse tipo cruel de violência.

REFERÊNCIAS

ANCONA-LOPEZ, S. Reflexões sobre entrevistas de triagem ou: na prática a teoria é outra. **Interações: Estudos e Pesquisas em Psicologia**, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 47-57, jan./jun. 1996.

BRASIL. Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 8 ago. 2006. Disponível em: http://www.planalto.gov.br. Acesso em: 17 maio 2026.

EUROPEAN UNION AGENCY FOR FUNDAMENTAL RIGHTS (FRA). **Violence against women**: an EU-wide survey: main results. Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2014. Disponível em: http://fra.europa.eu/sites/default/files/fra-2014-vaw-survey-main-results-apr14_en.pdf. Acesso em: 16 maio 2025.

GARCIA, L. P. *et al.* **Violência contra a mulher**: feminicídios no Brasil. Brasília, DF: Ipea, 2013.

KRONBAUER, J. F. D.; MENEGHEL, S. N. Perfil da violência de gênero perpetrada por companheiro. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 5, p. 695-701, 2005.

OLIVEIRA, K. L. C.; GOMES, R. Homens e violência conjugal: uma análise de estudos brasileiros. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 5, p. 2401-2413, 2011.

ORGANIZAÇÃO DOS ESTADOS AMERICANOS. **Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher**: "Convenção de Belém do Pará". Belém, PA: OEA, 1994. Disponível em: http://www.cidh.org/Basicos/Portugues/m.Belem.do.Para.htm. Acesso em: 16 maio 2025.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women**: initial results on prevalence, health outcomes, and women's responses. Geneva: World Health Organization, 2005. Disponível em: http://www.who.int/gender/violence/who_multicountry_study/summary_report/summary_report_English2.pdf. Acesso em: 16 maio 2025.

PRATES, P.; ANDRADE, L. Grupos reflexivos como medida judicial para homens autores de violência contra a mulher: o contexto socio-histórico. *In*: SEMINÁRIO INTERNACIONAL FAZENDO GÊNERO 10, 2013, Florianópolis. **Anais eletrônicos** [...] Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2013.

ROGERS, C. **Tornar-se pessoa**. 6. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2009.

SCOTT, J. B. **Grupos reflexivos com homens autores de violência doméstica contra as mulheres:** limites e potencialidades. 2018. Tese (Doutorado em Psicologia) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2018.

VITAL STRATEGIES; SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA DO RIO GRANDE DO NORTE (SESAP/RN). **Violência de gênero no Rio Grande do Norte (2019 a 2021):** violência contra a mulher e intersetorialidade: caminhos possíveis a partir da análise de dados. Rio Grande do Norte: Vital Strategies, 2021. Disponível em: https://www.vitalstrategies.org. Acesso em: 17 maio 2025.

SAÚDE NA ESCOLA: EXPERIÊNCIA INTEGRADA ENTRE ESF, E-MULTI E COMUNIDADE ESCOLAR

ELIAS DOS SANTOS CAMARÃO; STEPHANIE MARIA DO NASCIMENTO DIAS

Introdução: A atuação integrada da Estratégia Saúde da Família (ESF) e da equipe e-Multi no Programa Saúde na Escola (PSE) é uma importante estratégia de promoção da saúde e prevenção de agravos no ambiente escolar. A articulação entre profissionais da atenção primária e instituições de ensino possibilita o desenvolvimento de ações educativas, acompanhamento multiprofissional e fortalecimento do vínculo entre comunidade, escola e serviços de saúde. Em creches municipais, essas atividades tornam-se ainda mais relevantes por contribuírem para o desenvolvimento saudável das crianças desde os primeiros anos de vida. **Objetivo:** Descrever a experiência da atuação conjunta entre uma equipe ESF e de uma equipe e-Multi, composta por farmacêutico, nutricionista, educador físico e psicóloga, no desenvolvimento de ações do PSE em uma creche municipal em Manaus, Amazonas. **Relato de Experiência:** As atividades foram desenvolvidas por uma Unidade de Saúde da Família (USF) localizada na zona oeste de Manaus, em parceria com profissionais da educação, envolvendo crianças, pais e colaboradores. A equipe e-Multi e ESF trabalharam de forma interdisciplinar, desenvolvendo assim atividades lúdicas e educativas voltadas ao referido público. O farmacêutico abordou o uso correto de medicamentos e prevenção de intoxicações domésticas. A nutricionista realizou orientações sobre alimentação saudável e hábitos alimentares adequados na infância. O educador físico promoveu atividades recreativas voltadas ao estímulo da coordenação motora e incentivo à prática de atividades físicas. A psicóloga realizou ações relacionadas à saúde emocional, socialização e fortalecimento de vínculos. Paralelamente, a equipe da ESF fez a coleta e registro de dados antropométricos, verificação das cadernetas de vacinação, seguido de aplicação de vacinas em atraso, bem como pela promoção de saúde bucal. Dessa forma, notou-se o fortalecimento da integração entre unidade de saúde e a comunidade escolar. **Conclusão:** A atuação multiprofissional no ambiente escolar contribuiu significativamente para a promoção da saúde infantil, fortalecimento das práticas educativas e aproximação entre serviços de saúde e escola. A experiência evidenciou a importância do trabalho interdisciplinar no cuidado integral às crianças e na construção de hábitos saudáveis desde a infância.

Palavras-chave: **ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE; PROMOÇÃO DA SAÚDE; SAÚDE NA ESCOLA**

DOI: 10.51161/iv-conasus/80954

EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO CICLO GRAVÍDICO-PUERPERAL EM COMUNIDADE VULNERÁVEL: IMPACTO POTENCIAL NA REDUÇÃO DE MORBIDADES MATERNAS E NEONATAIS.

RUAN DA SILVA FEITOSA; ALINE CRISTINA DA SILVA PAIM

Introdução: O puerpério é um período de intensas mudanças fisiológicas, emocionais e sociais, no qual a mulher apresenta maior vulnerabilidade a agravos. A falta de orientações adequadas sobre amamentação, autocuidado e cuidados com o recém-nascido pode gerar insegurança e impactar negativamente a saúde materno-infantil, especialmente em contextos de vulnerabilidade social. **Objetivo:** Promover a saúde integral de gestantes e puérperas por meio de ações educativas sobre amamentação, autocuidado e cuidados com o recém-nascido. **Metodologia:** Trata-se de um relato de experiência de ação extensionista realizada na ONG "Um Gesto de Amor Muda uma Vida", em Pau da Lima, Salvador-BA. Participaram 20 gestantes assistidas pela instituição. As intervenções ocorreram em dois encontros presenciais, totalizando 10 horas. No primeiro encontro, realizou-se roda de conversa para identificação de dúvidas e demandas. No segundo, adotou-se metodologia de estações educativas, abordando: aleitamento materno, autocuidado no puerpério (incluindo saúde mental e planejamento reprodutivo) e cuidados com o recém-nascido. Foram utilizados manequins, kits de higiene e materiais educativos. A coleta de dados ocorreu por meio de questionário aplicado antes das ações. **Resultados:** Observou-se participação ativa das gestantes, com esclarecimento de dúvidas frequentes sobre pega correta, manejo de intercorrências mamárias, sinais de alerta no recém-nascido e mitos culturais. Houve relatos de redução da ansiedade e aumento da confiança para o cuidado com o bebê e com a própria saúde. O questionário inicial evidenciou necessidades relacionadas a apoio emocional, orientação profissional e segurança no pós-parto. **Conclusão:** A intervenção educativa contribuiu para o fortalecimento da autonomia materna, a promoção da saúde mental e a prevenção de riscos no período gravídico-puerperal, alinhando-se aos ODS 3, 4, 5 e 12. Ações como essa são essenciais para qualificar a atenção ao ciclo gravídico-puerperal no âmbito do SUS.

Palavras-chave: **PUERPÉRIO 1; VULNERABILIDADE SOCIAL 2; CUIDADOS COM O RECÉM-NASCIDO 3**

DOI: 10.51161/iv-conasus/80977

DIAGNÓSTICO SITUACIONAL EM INSTITUIÇÃO DE ACOLHIMENTO PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES: UMA ABORDAGEM MULTIPROFISSIONAL SOB A ÓTICA DA GESTÃO EM SAÚDE

ALEXANDRE DANIEL ZAAK ROCHA DOS SANTOS; JAQUELINE OLIVEIRA DA SILVA[1]; NADIERE CAMPELO DA SILVA; RONALDO CAINE MARINHO; MARIÂNGELA ABATE DE LARA SOARES

RESUMO

Introdução: A extensão universitária cumpre um papel fundamental na formação acadêmica ao conectar os conhecimentos da sala de aula com as demandas práticas da comunidade. No contexto da Enfermagem, essa inserção aproxima o estudante de cenários reais que exigem escuta ativa, sensibilidade social e competência técnica. Este trabalho aborda a experiência de graduandos em Enfermagem durante o desenvolvimento de atividades extensionistas em um abrigo para crianças e adolescentes em São Vicente, São Paulo. A ação central consistiu na elaboração de um diagnóstico situacional para mapear as principais necessidades de saúde e gargalos operacionais no cuidado institucional. Essa imersão prática trouxe uma compreensão real sobre as vulnerabilidades sociais desse público e os desafios que envolvem a gestão desses espaços acolhedores. Objetivo: Relatar a vivência dos estudantes de Enfermagem na construção do diagnóstico situacional, destacando os indicadores de saúde coletiva, as condições de infraestrutura e a dinâmica gerencial do serviço, além de analisar o impacto dessa prática na formação ética dos futuros profissionais. Metodologia: Estudo descritivo do tipo relato de experiência, com abordagem qualitativa. As atividades ocorreram ao longo de quatro meses, com visitas semanais ao local, observação direta da rotina, entrevistas com a equipe técnica e análise de documentos, como as cadernetas de vacinação. O projeto envolveu onze alunos do sétimo semestre, sob supervisão docente direta. A análise fundamentou-se em diretrizes normativas federais, incluindo a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais e os manuais do Ministério da Saúde, além de revisão bibliográfica nas bases BVS e SciELO. Considerações finais: O diagnóstico evidenciou pontos críticos no cotidiano do abrigo, com destaque para a baixa cobertura vacinal dos acolhidos, inconformidades no armazenamento de psicotrópicos, inadequações na infraestrutura predial e falta de capacitação continuada para os cuidadores. Apesar desses entraves gerenciais, ficou evidente o compromisso dos funcionários em manter o acolhimento seguro. A vivência consolidou habilidades de auditoria e gestão em saúde coletiva, permitindo aplicar na prática os princípios de equidade e integralidade do Sistema Único de Saúde. O projeto terá continuidade no próximo semestre, direcionando as ações para o suporte em saúde mental dos próprios educadores do serviço.

Palavras-chave: Auditoria em Enfermagem; Vulnerabilidade Social; Ativação Comunitária.

DOI: 10.51161/iv-conasus/80994

1 INTRODUÇÃO

A extensão universitária atua como um elo prático entre o aprendizado acadêmico e as reais necessidades da comunidade. No âmbito da graduação em Enfermagem, essas ações ganham relevância ao inserir os estudantes em cenários sociais complexos, indo além do ambiente hospitalar tradicional. Essa imersão profissional estimula o desenvolvimento de competências voltadas à escuta qualificada, à análise crítica de vulnerabilidades e à compreensão dos determinantes sociais que impactam diretamente a saúde coletiva de grupos historicamente marginalizados (ALMEIDA, 2016; OLIVEIRA; ALMEIDA, 2016).

A sustentação legal dessa inserção curricular baseia-se nas diretrizes do Plano Nacional de Educação (PNE). A estratégia 12.7 do PNE estipula que as instituições de ensino superior devem destinar, no mínimo, 10% de sua carga horária total para atividades extensionistas, voltando o foco prioritariamente para territórios com vulnerabilidade social. Essa meta regulatória assegura o cumprimento da função social da universidade, gerando retornos práticos imediatos para a sociedade por meio da intervenção dos acadêmicos.

Como ferramenta operacional aplicada à gestão e à auditoria em saúde pública, o diagnóstico situacional funciona como um método sistemático de planejamento regionalizado. Sua execução envolve o mapeamento da infraestrutura predial, a avaliação dos fluxos de trabalho, o levantamento epidemiológico e a identificação de demandas prioritárias de um serviço ou comunidade. Em equipamentos de assistência social, como abrigos institucionais, o diagnóstico fornece os subsídios necessários para planejar intervenções gerenciais resolutivas, fundamentadas nos preceitos de equidade e integralidade do Sistema Único de Saúde (SUS) (LIMA et al., 2017; MACEDO et al., 2022).

A partir do cenário observado, este estudo estabeleceu como objetivo relatar a experiência prática de discentes de Enfermagem durante o desenvolvimento de atividades extensionistas voltadas à elaboração de um diagnóstico situacional em um equipamento de assistência social. De forma específica, buscou-se mapear as demandas prioritárias de saúde coletiva, as condições da infraestrutura predial e a dinâmica gerencial de uma instituição de acolhimento infantojuvenil localizada no município de São Vicente, São Paulo. Pretendeu-se, a partir desses dados, analisar as contribuições pedagógicas dessa imersão para a consolidação de uma formação profissional crítica, ética e voltada à resolução de problemas em cenários de alta vulnerabilidade social.

2 RELATO DE EXPERIÊNCIA

Este estudo consiste em um relato de experiência com natureza descritiva , focado nas atividades práticas desenvolvidas por um grupo extensionista de Enfermagem. O projeto foi vivenciado em uma Casa de Acolhimento Institucional voltada a crianças e adolescentes no município de São Vicente, litoral de São Paulo, que atua em regime de convênio com a rede socioassistencial do município. As atividades de campo estenderam-se por quatro meses, por meio de imersões técnicas semanais. O grupo de trabalho foi composto por onze acadêmicos do sétimo semestre da graduação, contando com a supervisão direta de uma enfermeira docente.

O levantamento das informações necessárias para traçar o diagnóstico situacional ocorreu a partir de três frentes: observação em campo da rotina e das dependências físicas; entrevistas semiestruturadas com a gerência e os cuidadores; além da verificação de prontuários clínicos , relatórios e cadastros vacinais. Para a sustentação técnica e cruzamento dos achados, foram utilizadas como parâmetros a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais, a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do SUAS (NOB-RH/SUAS) e as diretrizes de desenvolvimento infantil do Ministério da Saúde, além de

suporte bibliográfico via SciELO e BVS.

3 DISCUSSÃO

Ao iniciarmos a coleta de dados, constatou-se que a instituição operava no limite de sua capacidade, com 20 acolhidos (13 adolescentes e 7 crianças), número máximo admitido pela NOB-RH/SUAS. Desse total, cinco possuíam diagnóstico de Pessoa com Deficiência (PCD). No aspecto gerencial, notou-se um fluxo administrativo misto: a infraestrutura e os insumos dependem da Secretaria de Desenvolvimento Social, enquanto os funcionários pertencem a uma empresa terceirizada. Esse modelo impõe entraves burocráticos severos na compra de materiais devido à lentidão dos processos de licitação pública, fazendo com que a equipe recorra frequentemente a rateios e compras solidárias para resolver faltas imediatas.

No monitoramento da assistência à saúde, o histórico de enfermagem expôs um cenário epidemiológico preocupante. A avaliação nutricional por meio do cálculo do IMC indicou que treze acolhidos tinham peso adequado, cinco estavam em sobrepeso e um em baixo peso. A falta de dietas adaptadas chamou a atenção, já que o cardápio executado era unificado. No subgrupo das adolescentes, identificou-se que duas possuíam vida sexual ativa e usavam o implante anticoncepcional subdérmico fornecido pela rede municipal, sendo que uma delas relatou tabagismo e histórico de uso de substâncias ilícitas. Quanto às queixas agudas, observamos três crianças com sintomas respiratórios óbvios (e roncos à ausculta) dividindo o quarto com os demais acolhidos sem o uso de máscaras protetoras, evidenciando uma falha básica na contenção de infecções em espaços coletivos.

As inconformidades mais graves do diagnóstico situacional surgiram na auditoria das medicações e do status vacinal. Verificou-se que sete acolhidos usavam psicotrópicos contínuos (como risperidona, clonazepam e sertralina), contudo, os medicamentos ficavam armazenados de forma totalmente inadequada em um armário sem tranca localizado na passagem entre a cozinha e a área de serviço. O fato viola a Portaria nº 344/1998 da Vigilância Sanitária, que exige guarda sob chave para evitar trocas, acessos indevidos e intoxicações. Na imunização, os dados foram alarmantes: apenas duas crianças tinham a caderneta física em dia; nove estavam com doses atrasadas, nove não tinham o documento na casa e uma estava inteiramente em branco. Esse panorama demandou uma articulação direta do grupo com a UBS de referência para iniciar a busca ativa e a multivacinação.

O mapeamento da estrutura predial revelou riscos físicos claros que colocam em xeque a segurança de quem reside e trabalha no local. A rede elétrica apresentava tomadas danificadas e fiação exposta, além de uma limitação técnica gritante: o disjuntor desarmava se dois chuveiros fossem ligados juntos, ferindo as diretrizes de segurança da NBR 5410. No quesito incêndio, os extintores estavam parcialmente obstruídos por caixas e objetos e os funcionários não passavam por treinamento de brigada há tempos, descumprindo a NBR 16820. Para completar, identificamos ralos abertos sem telas (portas de entrada para vetores e pragas) e o descarte improvisado da água de condensação dos aparelhos de ar-condicionado em baldes espalhados pelo chão, acumulando umidade no piso e aumentando o risco real de quedas, que figuram entre os principais acidentes na infância.

4 CONCLUSÃO

A construção deste diagnóstico situacional permitiu mapear com precisão gargalos assistenciais, gerenciais e estruturais crônicos no abrigo. Para o grupo de graduandos, a imersão prática consolidou competências essenciais em saúde coletiva e auditoria, evidenciando como falhas operacionais básicas a exemplo de a falta de trancas em armários de psicotrópicos e o atraso vacinal impactam diretamente a segurança e a equidade no cuidado de crianças e adolescentes institucionalizados.

DOI: 10.51161/iv-conasus/80994

Como limitação da experiência, destaca-se o período de apenas quatro meses de acompanhamento, tempo que se mostrou restrito para articular e consolidar as correções junto à rede municipal de saúde e à secretaria de assistência social. Apesar disso, o projeto cumpriu seu papel de responsabilidade social ao disparar ações emergenciais de atualização vacinal com a UBS local.

Como perspectiva futura, as atividades extensionistas terão continuidade no próximo semestre. O foco das próximas intervenções será direcionado ao suporte e acolhimento em saúde mental dos próprios educadores e cuidadores da casa, reconhecendo que a qualidade da assistência prestada aos abrigados depende diretamente do equilíbrio e do preparo emocional de quem cuida no cotidiano.

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 5410**: Instalações elétricas de baixa tensão. Rio de Janeiro: ABNT, 2004.

BRASIL. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 16 jul. 1990.

BRASIL. Ministério da Educação. **Plano Nacional de Educação (PNE) 2014-2024**. Brasília: MEC, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da criança**: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Campanha nacional de multivacinação para crianças e adolescentes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 344, de 12 de maio de 1998. Regulamento Técnico sobre substâncias sujeitas a controle especial. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 15 maio 1998.

CHAVES, C. M. P. et al. Avaliação do crescimento e desenvolvimento de crianças institucionalizadas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, n. 5, p. 668–674, 2013.

LIMA, C. A. et al. Diagnóstico situacional na unidade de saúde: uma experiência na perspectiva de graduandos em enfermagem. **Revista Gestão & Saúde**, Brasília, v. 5, n. 3, p. 1109–1119, 2017.

MINISTÉrio DA DESENVOLVIMENTO SOCIAL. **Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do SUAS (NOB-RH/SUAS)**. Brasília: MDS, 2007.

DOI: 10.51161/iv-conasus/80994

UTILIZAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE COMO PORTA DE ENTRADA DO SUS: ANÁLISE TEMPORAL E REVISÃO NARRATIVA SOBRE A COORDENAÇÃO DO CUIDADO NO PERÍODO PÓS-PANDÊMICO

LUANA MATIAS MOREIRA; YASMIN PAULA BALDO FERES; LORENA DE CARVALHO FERREIRA; LAIANA CAMILA PÂNTANO CARDOSO; MARLI DOS SANTOS ROSA MORETTI; GABRIELA CAROLINE MORETTI

RESUMO

A Atenção Primária à Saúde (APS) constitui a principal porta de entrada e ordenadora do cuidado no Sistema Único de Saúde (SUS), contudo, a pandemia de COVID-19 impôs reorganizações que afetaram sua capacidade de coordenação. Este estudo objetivou analisar a utilização da APS como porta de entrada no estado de São Paulo entre 2019 e 2025, verificando a conformidade do acesso com o modelo das Redes de Atenção à Saúde (RAS). A metodologia consistiu em um estudo descritivo de série temporal com abordagem quantitativa, utilizando dados secundários do DATASUS (SIH, SIA e CNES), integrado a uma revisão narrativa da literatura. Para a análise, calculou-se a razão entre os atendimentos realizados na APS e o total de acessos ao sistema, considerando a soma dos fluxos de APS e urgência/emergência. Os resultados demonstraram uma redução significativa no indicador, que declinou de 0,58 em 2019 para 0,46 em 2020. Esse período foi marcado por um processo de descaracterização da APS, que priorizou o pronto-atendimento de sintomáticos respiratórios em detrimento do acompanhamento longitudinal de condições crônicas. Observou-se uma recuperação gradual a partir de 2021, com o indicador estabilizando-se próximo a 0,52 no período de 2023 a 2025, permanecendo abaixo dos níveis registrados no período pré-pandêmico. A revisão narrativa indicou que fatores como o medo da contaminação, a fragilização dos espaços de cogestão e as barreiras no letramento em saúde digital dificultaram o pleno restabelecimento dos atributos da APS. Conclui-se que a pandemia gerou impactos persistentes na organização do cuidado, reforçando temporariamente o modelo hospitalocêntrico. O fortalecimento da APS no cenário pós-pandêmico demanda a consolidação das RAS, investimentos em saúde digital e o resgate do acolhimento como postura ética para assegurar o acesso qualificado e a integralidade no SUS.

Palavras-chave: Acesso aos Serviços de Saúde; Redes de Atenção à Saúde; COVID-19.

1 INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) constitui a principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS), exercendo papel estratégico na coordenação do cuidado e na organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS), conforme preconizado pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Entre seus atributos essenciais destacam-se o primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade e a coordenação do cuidado, fundamentais para a consolidação de um modelo assistencial integrado e resolutivo. Entretanto, a persistente utilização de serviços de urgência e emergência como primeiro acesso ao sistema evidencia

DOI: 10.51161/iv-conasus/80997

fragilidades na consolidação da APS como ordenadora dos fluxos assistenciais, reforçando características historicamente associadas ao modelo hospitalocêntrico.

Esse cenário tornou-se ainda mais evidente durante a pandemia de COVID-19, período marcado por reorganizações assistenciais, sobrecarga dos serviços de saúde, interrupções do cuidado longitudinal e ampliação das dificuldades de acesso à APS.

Apesar da relevância do tema, ainda há limitada produção científica que utilize indicadores comparativos para avaliar a conformidade do acesso aos serviços de saúde com o modelo teórico das RAS no período pós-pandêmico. Nesse contexto, torna-se relevante analisar o comportamento da APS como porta de entrada do SUS no estado de São Paulo entre 2019 e 2025, discutindo os impactos da pandemia sobre a organização do cuidado e as implicações para o fortalecimento da APS no cenário pós-pandêmico.

Portanto, o presente estudo objetiva analisar a utilização da Atenção Primária à Saúde (APS) como porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS) no estado de São Paulo entre 2019 e 2025, avaliando a conformidade do acesso aos serviços de saúde com o modelo teórico das Redes de Atenção à Saúde (RAS) no período pós-pandêmico.

2 MATERIAL E MÉTODOS

Estudo descritivo de série temporal, com abordagem quantitativa e revisão narrativa da literatura, realizado a partir de dados secundários obtidos no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), incluindo os sistemas Sistema de Informações Hospitalares (SIH), Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) e Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Foram analisados registros anuais consolidados referentes ao estado de São Paulo no período de 2019 a 2025.

Foram considerados como “APS como porta de entrada” os atendimentos realizados em unidades básicas de saúde, unidades de saúde da família, centros de atenção psicossocial e procedimentos ambulatoriais eletivos hospitalares referenciados pela APS. Como “porta de entrada por urgência/emergência”, incluíram-se atendimentos hospitalares caracterizados como urgência e procedimentos ambulatoriais realizados em unidades de pronto atendimento e prontos-socorros.

Calculou-se a razão APS/(APS + urgência/emergência) para cada ano do período analisado, utilizando-se análise descritiva da tendência temporal para avaliação da evolução do indicador ao longo da série histórica.

Complementarmente, realizou-se revisão narrativa da literatura por meio do Google Acadêmico, utilizando descritores relacionados à Atenção Primária à Saúde, Redes de Atenção à Saúde, coordenação do cuidado, acesso aos serviços de saúde e pós-pandemia. Foram selecionados artigos publicados em português, com enfoque na organização da APS, no funcionamento das RAS e nos impactos da pandemia sobre os fluxos assistenciais do SUS.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Observou-se redução da utilização da Atenção Primária à Saúde (APS) como porta de entrada do SUS no início da pandemia de COVID-19, seguida de recuperação gradual nos anos subsequentes, sem retorno aos níveis observados no período pré-pandêmico. Em 2019, a razão APS/(APS + urgência/emergência) foi de 0,58, reduzindo-se para 0,46 em 2020. A partir de 2021, verificou-se tendência de recuperação do indicador, com estabilização próxima a 0,52 entre 2023 e 2025.

Tabela 1: Resultados dos dados secundários obtidos pelo DATASUS

Período	Ano	Razão APS/(APS+urgência/emergência)
Pré-Pandêmico	2019	0,58
Pandêmico	2020	0,46
	2021	0,49
Pós-Pandêmico	2022	0,51
	2023	0,52
	2024	0,52
	2025	0,52

Os resultados evidenciam impacto significativo da pandemia de COVID-19 sobre a organização do acesso aos serviços de saúde no estado de São Paulo, com redução expressiva da utilização da Atenção Primária à Saúde (APS) como porta de entrada do SUS em 2020 e recuperação apenas parcial nos anos subsequentes. Esse comportamento sugere fragilização temporária da capacidade coordenadora da APS nas Redes de Atenção à Saúde (RAS), favorecendo maior utilização relativa dos serviços de urgência e emergência.

A literatura analisada demonstra que a pandemia promoveu importantes reorganizações assistenciais na APS, incluindo redirecionamento de equipes para atendimento de sintomáticos respiratórios, suspensão de atividades coletivas, interrupção parcial do acompanhamento longitudinal e alterações nos fluxos de encaminhamento. Esses fatores contribuíram para dificuldades de acesso qualificado e para o enfraquecimento de atributos essenciais da APS, como longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado.

A reorganização do processo de trabalho na Atenção Primária à Saúde (APS) em 2020, forçada pela crise sanitária, deve ser analisada como o ápice de um processo de "descaracterização da APS". Os dados quantitativos desse período demonstram esse processo com a menor razão calculada na análise temporal, essa escala de tragédia evidencia que o deslocamento do eixo assistencial da ESF — da longitudinalidade e do vínculo para o monitoramento agudo de sintomas respiratórios — não foi apenas uma contingência, mas uma ruptura estrutural. Como aponta Adilson Rocha Campos (2025): "Nas unidades de APS, o processo de trabalho passou a ser reorganizado para assistência voltada ao pronto atendimento e monitoramento dos casos de COVID-19. Seus trabalhadores tiveram que se reinventar, sentiram-se sobrecarregados e temiam pelas mudanças que comprometiam a ESF."

Essa transição para um modelo de "pronto-atendimento" desidratou a capacidade da APS de coordenar o cuidado de condições crônicas, resultando em uma retração da vigilância e um aumento nas iniquidades de acesso para usuários não-COVID.

A revisão narrativa também evidenciou a relevância das ações territoriais, comunitárias e de educação em saúde desenvolvidas pela APS durante a pandemia, especialmente no fortalecimento do vínculo com a população e na disseminação de informações em saúde. Entretanto, a sobrecarga assistencial e as limitações estruturais impostas pelo contexto pandêmico dificultaram a manutenção plena dessas estratégias.

No cenário pós-pandemia, a telessaúde estabilizou-se como recurso complementar. No entanto, conforme Vinícius Paes da Silva Bispo et al. (2025), a eficácia dessa ferramenta é condicionada pelo "letramento em saúde digital" (Digital Health Literacy), definido como a capacidade de usuários e profissionais de compreender e utilizar ferramentas digitais de forma segura e eficaz. Grupos em situação de vulnerabilidade, especialmente idosos e indivíduos com baixa escolaridade, enfrentam um risco acentuado de "descontinuidade do cuidado" devido a barreiras tecnológicas.

Portanto, apesar da tendência de recuperação observada após 2021, a estabilização do indicador abaixo do nível pré-pandêmico sugere que os impactos da pandemia sobre os fluxos assistenciais e sobre a coordenação do cuidado podem persistir no período pós-pandêmico. Nesse sentido, os achados reforçam a necessidade de fortalecimento estrutural da APS e

consolidação das RAS como estratégias fundamentais para garantia de acesso qualificado, integral e coordenado no SUS.

4 CONCLUSÃO

A pandemia de COVID-19 impactou significativamente a utilização da Atenção Primária à Saúde (APS) como porta de entrada do SUS no estado de São Paulo, promovendo uma redução na participação relativa da APS e ampliando a utilização de serviços de urgência e emergência. Embora tenha sido observada uma recuperação gradual após 2021, a estabilização do indicador em níveis inferiores aos do período pré-pandêmico sugere a persistência de fragilidades na capacidade coordenadora do cuidado.

A análise evidencia que os efeitos da crise sanitária ultrapassaram os aspectos epidemiológicos, resultando em um processo de descaracterização do serviço que comprometeu a Estratégia Saúde da Família (ESF) ao priorizar o pronto-atendimento agudo em detrimento da longitudinalidade e do vínculo. Portanto, o fortalecimento da APS no cenário pós-pandêmico depende do resgate do modelo da ESF como centro ordenador das RAS, superando a lógica assistencial imediatista e fragmentada consolidada durante a emergência.

Além disso, destaca-se a necessidade de investimentos contínuos em ações territoriais, comunitárias e de letramento em saúde digital, capazes de recompor o vínculo com a população e ampliar a compreensão sobre o funcionamento da rede assistencial. Conclui-se que a retomada plena dos atributos da APS é fundamental para assegurar o acesso qualificado e a integralidade do cuidado no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

REFERÊNCIAS

BISPO, Vinícius Paes da Silva et al. Telessaúde e letramento em saúde digital na Atenção Primária pós-pandemia: o que se consolidou e o que ainda é promessa. In: **Avanços na saúde**: pesquisas e práticas transformadoras. [S. l.]: [s. n.], 2025. v. 2, cap. 56, p. 562-567. **Acesso em: 21 maio 2026.**

BRAGA, Jiane Soares. **O acolhimento na Atenção Primária em Saúde**: uma análise da diretriz antes e durante o período da pandemia por COVID-19. Orientador: Ronaldo Bordin. 2021. 42 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Gestão em Saúde) – Escola de Administração, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2021. **Acesso em: 19 maio 2026.**

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde – DATASUS. **Informações de Saúde (TABNET)**: estatísticas vitais, morbidade, assistência à saúde, rede assistencial. Brasília, DF, 2026. Disponível em: https://datasus.saude.gov.br/. Acesso em: 1 abr. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 1 abr. 2026.

CAMPOS, Adilson Rocha. **Gestão e organização do cuidado na APS no SUS e os desafios decorrentes da pandemia**. Orientador: Gastão Wagner de Sousa Campos. 2025. 216 f. Tese

(Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2025. **Acesso em: 19 maio 2026.**

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. 2. ed. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2017. 549 p.

ROSA-CÓMITRE, Ana Carolina Diniz et al. Processo de descaracterização da Atenção Primária durante a Pandemia no SUS, Campinas-SP, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 28, n. 12, p. 3553-3562, 2023. DOI: 10.1590/1413-812320232814.06342023. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1413-812320232814.06342023. **Acesso em: 21 maio 2026.**

SALES, Carolina Maia Martins; SILVA, Adriana Ilha da; MACIEL, Ethel Leonor Noia. Vigilância em saúde da COVID-19 no Brasil: investigação de contatos pela atenção primária em saúde como estratégia de proteção comunitária. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 29, n. 4, e2020373, 2020. DOI: 10.5123/S1679-49742020000400011. Disponível em: https://doi.org/10.5123/S1679-49742020000400011. **Acesso em: 19 maio 2026.**

SHIMIZU, Helena Eri; SOUSA, Yuri Sá Oliveira; APOSTOLIDIS, Thémis. As representações sociais da COVID-19 dos usuários dos serviços da atenção primária no contexto da pandemia. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 30, n. 2, p. 1-10, 2025. DOI: 10.1590/1413-81232025302.14132023. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1413-81232025302.14132023. **Acesso em: 19 maio 2026.**

SILVA, Sabrina Goretti da; BULGARELI, Jaqueline Vilela. Acesso à APS no contexto da pandemia COVID-19: uma revisão de literatura sobre as ações de saúde no mundo. **Journal of Management & Primary Health Care**, [s. l.], v. 15, e021, 2023. DOI: 10.14295/jmphc.v15.1364. Disponível em: https://doi.org/10.14295/jmphc.v15.1364. **Acesso em: 19 maio 2026.**

ALFABETIZAÇÃO EMOCIONAL NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA: RELATO DE EXPERIÊNCIA DE UMA AÇÃO EDUCATIVA PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL

KAREN HELENA DA SILVA OLIVEIRA DE MELO; LAURA CORREIA GUEDES MALTEMPI; LEONARDO VINTENA ESTEVES; LEO SACOMANO; LUIZA DE FREITAS SHINZATO; MATHEUS DERITO SARTO ATIK ABDALLA; FABIANA GONZALEZ MENDES

Introdução: O aumento dos problemas de saúde mental entre crianças e adolescentes evidencia a necessidade de estratégias preventivas voltadas ao desenvolvimento socioemocional. Nesse cenário, a alfabetização emocional emerge como uma potente ferramenta de promoção da saúde, permitindo o reconhecimento, a nomeação e a expressão saudável de afetos, estimulando o autocuidado e mitigando agravos à saúde mental desde a infância. **Objetivo:** Promover a alfabetização emocional de crianças e adolescentes por meio de uma abordagem lúdica e interativa, favorecendo o reconhecimento e a expressão saudável das emoções e o fortalecimento das habilidades socioemocionais. **Relato de Experiência:** A atividade foi realizada por discentes do 2 ano do curso de Medicina envolveu nove crianças e adolescentes (7 a 14 anos) atendidos pela Ação de Recuperação Social, em Santos (SP). Como recurso pedagógico, utilizaram-se os personagens dos filmes *Divertida Mente 1 e 2* para facilitar a compreensão das emoções e estimular a participação. Inicialmente, foi promovida uma roda de conversa sobre diferentes emoções e suas manifestações no cotidiano. Os participantes foram incentivados a compartilhar experiências e refletir sobre situações relacionadas aos sentimentos apresentados. Posteriormente, por meio de metodologias ativas (mímicas, dramatizações e partilha de vivências em pequenos grupos guiados pelos acadêmicos), estimulou-se a expressão segura das emoções. Ao final, promoveu-se uma reflexão coletiva sobre a importância do reconhecimento emocional, da comunicação dos sentimentos e da construção de ambientes seguros para o diálogo e acolhimento. **Conclusão:** A ação promoveu um espaço de diálogo sobre as emoções, favorecendo o reconhecimento e a expressão dos sentimentos entre crianças e adolescentes. As atividades lúdicas fortaleceram habilidades socioemocionais, estimulando a comunicação, a empatia e a busca por apoio em situações de sofrimento emocional. A experiência evidenciou a importância da educação em saúde na promoção da saúde mental desde a infância. Para os graduandos de Medicina, a vivência reforçou a relevância da escuta ativa, do acolhimento e da abordagem preventiva em saúde mental, fortalecendo o compromisso social e a atuação voltada às necessidades da comunidade.

Palavras-chave: **INFÂNCIA; PROMOÇÃO DA SAÚDE; SAÚDE MENTAL**

DOI: 10.51161/iv-conasus/81010

VOZES E CORPOS DA RESISTÊNCIA: O LEGADO DE MARIA SOLDADO E A LUTA POR DIGNIDADE E EQUIDADE RACIAL NA ENFERMAGEM BRASILEIRA

ENOGHALLITON DE ABREU ARRUDA; LARA DE OLIVEIRA MOREIRA VIEIRA; LANAH ALICIA NASCIMENTO DA SILVA; MARLY TORRES RODRIGUES DA SILVA; ARANDIR DE SOUZA CARVALHO; LARISSA PEREIRA DA COSTA

Resumo: Introdução: A enfermagem brasileira, majoritariamente feminina e negra, composta por cerca de 53% de profissionais que sustentam o cotidiano do cuidar, embora suas trajetórias sejam frequentemente marcadas pelo silenciamento e pela invisibilidade. O racismo institucional e o sexismo estruturam barreiras que transcendem a técnica, afetando a alma e a saúde daquelas que dedicam suas vidas ao próximo. Resgatar a memória de Maria Soldado — enfermeira negra que enfrentou as trincheiras de 1932 com coragem e teve sua identidade camuflada — é um ato de humanização necessário para converter o trauma histórico em uma ferramenta de luta por justiça e pertencimento. **Objetivo:** Investigar a potência simbólica de Maria Soldado como pilar de resistência, conectando seu legado às urgências contemporâneas de equidade racial e proteção da saúde mental das enfermeiras negras. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa qualitativa, do tipo revisão documental e bibliográfica, realizada em bases como SciELO, Google Acadêmico e documentos oficiais do Cofen e CAPES. O estudo priorizou evidências dos últimos cinco anos, analisando as interseccionalidades de raça e gênero no ambiente laboral. **Resultados:** Os achados revelam uma realidade dolorosa: o racismo no trabalho manifesta-se em desigualdades salariais e agressões perpetradas por pacientes, colegas e gestores, resultando em adoecimento físico e psíquico. Contudo, o resgate histórico de Maria Soldado surge como uma força epistemológica capaz de inspirar políticas de acolhimento e currículos antirracistas que valorizem a identidade negra. A visibilidade desta mártir profissional permite que a categoria se reconheça em sua maioria numérica, reivindicando espaços de liderança e reconhecimento. **Conclusão:** Humanizar a enfermagem exige enfrentar o racismo com a mesma coragem com que Maria Soldado enfrentou a guerra. A valorização de sua história não é apenas um registro do passado, mas um imperativo ético para a construção de um SUS verdadeiramente inclusivo. O cuidado integral só se consolida quando as mãos que cuidam são respeitadas em sua dignidade, garantindo que a resistência negra continue sendo o alicerce de uma saúde pública mais justa, afetuosa e equânime.

Palavras-chave: **ENFERMAGEM NEGRA; MARIA SOLDADO; RACISMO INSTITUCIONAL**

DOI: 10.51161/iv-conasus/81013

A DIMENSÃO DO SAGRADO NO CUIDADO ONCOLÓGICO: ESPIRITUALIDADE E RELIGIOSIDADE COMO PILARES DE HUMANIZAÇÃO NO ENFRENTAMENTO AO CÂNCER DE MAMA

ENOGHALLITON DE ABREU ARRUDA; ERASMO MARIM JÚNIOR; EDUARDO SILVA MARTINS; GABRIELA PLAZZI SARMENGHI

Introdução: O câncer de mama se configura como uma das condições crônicas de maior impacto na saúde feminina, gerando repercussões profundas que alcançam a corporeidade, a subjetividade e os vínculos sociais da mulher. O diagnóstico oncológico frequentemente desencadeia uma sensação de ruptura biográfica, marcada por medos e inseguranças relacionados à autoimagem e ao horizonte existencial. Nesse contexto de extrema vulnerabilidade, a espiritualidade e a religiosidade emergem como dimensões centrais de enfrentamento, oferecendo recursos simbólicos e relacionais que permitem à paciente ressignificar a dor e encontrar propósito durante o percurso terapêutico. **Objetivo:** Analisar a influência da espiritualidade e da religiosidade no enfrentamento do câncer de mama por meio de uma revisão integrativa da literatura nacional, articulando os achados conceituais a um relato de caso clínico que evidencia o papel da equipe multiprofissional no cuidado integral. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa e descritivo-analítica, composta por dois eixos metodológicos: uma revisão integrativa conduzida nas bases LILACS, MedLine e SciELO, e a construção de um relato de caso clínico estruturado conforme as diretrizes CARE. A metodologia valorizou a interdisciplinaridade, integrando as perspectivas da medicina, enfermagem, psicologia e serviço social na elaboração de um plano assistencial humanizado. **Resultados:** A literatura evidencia que a espiritualidade favorece a aceitação, a resiliência e o fortalecimento das redes de apoio, funcionando como um amortecedor para o sofrimento psíquico. No Caso Clínico analisado, a integração entre o tratamento biomédico e o acolhimento das necessidades espirituais da paciente resultou em uma estabilidade emocional significativamente maior e em uma adesão terapêutica fortalecida. O papel dos profissionais da equipe multidisciplinar é destacado como núcleo de sustentação longitudinal, capaz de identificar demandas espirituais no cotidiano e transformá-las em instrumentos de conforto e esperança. **Conclusão:** O acolhimento da dimensão espiritual na oncologia não anula o rigor científico; pelo contrário, humaniza o cuidado ao alinhar a competência técnica à escuta do transcendente. Essa integração responde aos princípios do SUS e respeita os direitos e a totalidade da mulher, transformando o adoecimento em uma trajetória de dignidade onde fé e ciência caminham juntas por uma assistência verdadeiramente integral.

Palavras-chave: **CÂNCER DE MAMA; ESPIRITUALIDADE E RELIGIOSIDADE; EQUIPE MULTIPROFISSIONAL**

DOI: 10.51161/iv-conasus/81019

O PAPEL DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA COMO FERRAMENTA DE PREVENÇÃO E AUTOCUIDADO NO CÂNCER COLORRETAL

GABRIELA PLAZZI SARMENGHI; EDUARDO SILVA MARTINS; ERASMO MARIM JÚNIOR; ENOGHALLITON DE ABREU ARRUDA

Introdução: O câncer colorretal (CCR) representa um importante problema de saúde pública no Brasil, sobretudo devido ao diagnóstico frequente em estágios avançados, o que reduz as chances de tratamento eficaz e compromete a qualidade de vida dos pacientes. Por estar associado a fatores de risco modificáveis, como sedentarismo, alimentação inadequada, obesidade e tabagismo, a doença possui elevado potencial de prevenção. Nesse contexto, a Estratégia Saúde da Família (ESF) destaca-se como instrumento fundamental da Atenção Básica na promoção da educação em saúde, fortalecimento do vínculo com a comunidade e incentivo ao autocuidado por meio de práticas preventivas e humanizadas. **Objetivo:** Analisar as evidências científicas acerca dos impactos das ações educativas desenvolvidas no âmbito da Estratégia Saúde da Família na prevenção primária do câncer colorretal e na promoção do autocuidado da população. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, com abordagem descritiva e qualitativa, realizada a partir das bases de dados PubMed, SciELO, LILACS e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Foram incluídos artigos publicados nos últimos dez anos, nos idiomas português e inglês, relacionados às estratégias educativas da Atenção Básica voltadas à prevenção do CCR. O material selecionado foi submetido à análise crítica qualitativa, visando identificar a efetividade das intervenções educativas na conscientização dos usuários e na mudança de hábitos de vida. **Resultados:** Os estudos analisados demonstraram que as ações educativas promovidas pelas equipes de Saúde da Família favorecem a identificação de fatores de risco associados ao CCR e estimulam a adoção de hábitos saudáveis. O vínculo estabelecido entre profissionais e comunidade mostrou-se essencial para ampliar a adesão às campanhas preventivas e fortalecer a participação ativa dos usuários no cuidado à saúde. Além disso, intervenções adaptadas à realidade sociocultural de cada território apresentaram maior efetividade. Entretanto, persistem desafios relacionados ao baixo letramento em saúde, limitações estruturais e necessidade de capacitação permanente das equipes. **Conclusão:** Conclui-se que a educação em saúde no contexto da ESF constitui estratégia fundamental para a prevenção do câncer colorretal, promovendo conscientização, autocuidado e melhoria da qualidade de vida da população.

Palavras-chave: **CANCER COLORRETAL; EDUCAÇÃO EM SAÚDE; ESF**

DOI: 10.51161/iv-conasus/81020

ENTRE A ESCOLA E O SUS: O AUTOCONHECIMENTO DA TIPAGEM SANGUÍNEA COMO INSTRUMENTO NA CONSTRUÇÃO DA CIDADANIA

ENOGHALLITON DE ABREU ARRUDA; JOÃO PAULO DE OLIVEIRA FARIA; WAGNER LUIZ FERREIRA LIMA; JÉSSICA DE ABREU ARRUDA; KÁSSIO DE SOUZA FERREIRA ESTANISLAU

Introdução: A escola pública contemporânea transcende a mera instrução curricular, consolidando-se como um território vital para a promoção da cidadania e da saúde coletiva. Nesse espaço estratégico, a educação em saúde atua como um instrumento de transformação, capacitando jovens para o autocuidado e para a compreensão de sua função na sociedade. A inquietação que fundamenta este estudo nasceu de uma experiência real no cotidiano escolar do CIEP 263 - Dr. Jair de Siqueira Bittencourt, onde alunos da 3ª série do ensino médio evidenciam que maior parte da turma desconhecia informações biológicas básicas e essenciais para a segurança clínica e o exercício da solidariedade social, como a própria tipagem sanguínea. **Objetivo:** O presente estudo se propõe a discutir a relevância do autoconhecimento dos sistemas ABO e Rh entre alunos do Ensino Médio, refletindo sobre estratégias de integração entre escolas, universidades e o Sistema Único de Saúde (SUS) para o fortalecimento de ações educativas permanentes. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa de revisão bibliográfica com abordagem qualitativa e caráter reflexivo. O estudo fundamentou-se em observações colhidas no município de Itaperuna-RJ, onde se identificou que apenas nove estudantes, em uma turma de trinta e quatro alunos, possuíam conhecimento sobre seu grupo sanguíneo, motivando uma análise profunda sobre a integração ensino-serviço-comunidade. **Resultados:** Os achados evidenciam que o desconhecimento da tipagem sanguínea reflete um distanciamento entre o conteúdo curricular e a realidade prática dos jovens. A partir dessa lacuna, surgiram propostas humanizadas de ações intersetoriais, incluindo parcerias com universidades locais para projetos de extensão, mutirões de tipagem e campanhas de conscientização sobre a doação de sangue. O engajamento dos próprios estudantes demonstrou que o protagonismo de estudantes é fundamental ao campo da saúde pública. **Conclusão:** Conclui-se que a articulação entre educação e saúde é indispensável para humanizar o conhecimento científico e promover o pertencimento ao SUS. O autoconhecimento dos sistemas ABO e Rh, para além do dado clínico, configura-se como um ato de cidadania que salva vidas e fortalece o sistema público. Ao incentivar o olhar crítico e o cuidado integral, a escola reafirma seu papel social, preparando jovens para uma vida consciente e solidária.

Palavras-chave: **ENSINO MÉDIO; SISTEMA ABO E RH; EDUCAÇÃO EM SAÚDE**

DOI: 10.51161/iv-conasus/81033

CÂNCER COLORRETAL NO BRASIL CONTEMPORÂNEO: FISIOPATOLOGIA, EPIDEMIOLOGIA E O DESAFIO DA PREVENÇÃO HUMANIZADA

SAULO GARCIA DE MELO; MARIANA DIAS CARREIRA; BEATRIZ LIBERATO FELICIANO; PATRÍCIA CONCEIÇÃO DA CUNHA; MARLY TORRES RODRIGUES DA SILVA; ENOGHALLITON DE ABREU ARRUDA

Introdução: O câncer colorretal (CCR) configura-se como uma das neoplasias de maior impacto na saúde pública global, apresentando no Brasil um cenário preocupante de crescimento acelerado e rejuvenescimento da base epidemiológica. Para além do desafio biológico, a patologia expõe vulnerabilidades sociais e disparidades regionais que retardam o diagnóstico precoce e comprometem a sobrevida dos usuários do Sistema Único de Saúde. Humanizar o enfrentamento ao CCR exige que o sistema de saúde transponha a barreira meramente técnica, reconhecendo o impacto psicossocial do diagnóstico e a urgência de estratégias que acolham as realidades socioculturais de cada território. **Objetivo:** Analisar os avanços fisiopatológicos, os padrões epidemiológicos atuais e as medidas de prevenção do CCR no Brasil, fornecendo subsídios para o fortalecimento de políticas públicas integradas e equânimes. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, de caráter qualiquantitativo, fundamentada na análise de produções científicas, cartilhas e manuais técnicos do Ministério da Saúde. A busca abrangeu as bases SciELO, Google Acadêmico e o portal CAPES, priorizando documentos publicados a partir de 2019 que abordassem a biologia molecular e o perfil epidemiológico nacional. **Resultados:** Os achados evidenciam mecanismos complexos que envolvem mutações genéticas (APC, KRAS, TP53), alterações na microbiota intestinal e fatores de risco modificáveis, como o consumo de carnes ultraprocessadas e o sedentarismo. Dados do SUS revelam uma incidência crescente em adultos jovens e uma prevalência da doença em indivíduos com menor escolaridade e renda, indicando que o estigma e a falta de acesso à colonoscopia são barreiras críticas. A educação em saúde e a inteligência artificial para estratificação de risco emergem como oportunidades para humanizar o rastreamento. **Conclusão:** Conclui-se que a projeção de crescimento do CCR até 2040 impõe a necessidade de políticas nacionais de rastreamento organizadas e descentralizadas. A abordagem transdisciplinar é o caminho para humanizar o cuidado, integrando o rigor da ciência molecular à compreensão das dimensões sociais e econômicas da população. Investir na rede de atenção básica é imperativo para garantir que a prevenção seja um direito acessível e digno.

Palavras-chave: **CÂNCER COLORRETAL; FISIOPATOLOGIA; HUMANIZAÇÃO**

DOI: 10.51161/iv-conasus/81348

INTERVENÇÃO LÚDICA NA PRIMEIRA INFÂNCIA EM TERRITÓRIO VULNERÁVEL: ESTRATÉGIA DE PROMOÇÃO DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL E PREVENÇÃO DE ATRASOS PSICOMOTORES NO ÂMBITO DO SUS

ALINE CRISTINA DA SILVA PAIM; RUAN DA SILVA FEITOSA; PATRICIA APARECIDA DA SILVA BARBOSA

Introdução: O desenvolvimento infantil é um processo amplo que envolve aspectos motores, cognitivos e socioemocionais. Em contextos de vulnerabilidade social, o ambiente escolar pode suprir lacunas e promover saúde. O uso de atividades lúdicas na APS e em espaços comunitários alinha-se aos princípios do SUS e ao ECA, favorecendo a detecção precoce de atrasos e o fortalecimento de vínculos. **Objetivo**: Avaliar a qualidade do padrão de movimento e identificar possíveis atrasos motores por meio da utilização de instrumentos padronizados de avaliação motora. Para tal, foi empregado o *Test of Gross Motor Development – Second Edition* (TGMD-2), proposto por Ulrich (2000). instrumento amplamente utilizado para análise das habilidades motoras em crianças. **Metodologia:** Trata-se de um projeto de extensão realizado na Creche União, localizada em Pau da Lima, Salvador (BA). Participaram 25 crianças de 5 a 7 anos. As ações foram conduzidas por estudantes de medicina ao longo de dois encontros, utilizando brincadeiras orientadas, músicas de comando e fichas avaliativas adaptadas para coordenação motora fina, coordenação motora grossa e cognição. O teste contempla componentes relacionados às habilidades locomotoras (correr, galopar, saltar e deslocar-se lateralmente) possibilitando uma avaliação abrangente do desempenho motor e de sua progressão ao longo do acompanhamento. Não houve tratamento estatístico inferencial; a análise foi qualitativo-descritiva, baseada na observação direta, nos registros das atividades e na comparação do desempenho observado com os critérios de execução do TGMD-2 (presente/não presente), sem conversão em escores padronizados ou percentis devido ao caráter exploratório e lúdico do projeto **Resultados:** Observaram-se avanços na coordenação motora (equilíbrio, manipulação de objetos, saltos), na cognição (atenção, memória, raciocínio lógico e comunicação) e no aspecto socioemocional (autoestima, socialização e cooperação). Foram produzidos relatórios descritivos do desempenho, portfólio fotográfico, instrumentos educativos adaptados e reaplicáveis pelos cuidadores, além do fortalecimento da parceria entre universidade e comunidade. **Conclusão:** As atividades lúdicas mostraram-se eficazes para promover o desenvolvimento integral infantil na APS, funcionando como ponte entre saúde e educação. A estratégia contribui para a detecção precoce de alterações e para o estímulo contínuo, alinhando-se às diretrizes do SUS e à Agenda 2030 (ODS 3 e 4).

Palavras-chave: **DESENVOLVIMENTO NEUROPSICOMOTOR; ATIVIDADES LÚDICAS; VULNERABILIDADE SOCIAL**

DOI: 10.51161/iv-conasus/81368

AVALIAÇÃO DA EFICÁCIA DO ATENDIMENTO PSICOLÓGICO EM UM SERVIÇO-ESCOLA INSERIDO NA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (RAPS)

GABRIELA CALDART; GABRIEL BOFF TRUBIAN; ALICE MAGGI; ELIZABETE BERTELE; RAQUEL DE MELO BOFF

Introdução: A RAPS, estabelecida em 2011, tem como objetivo criar, ampliar e articular pontos de atenção em saúde mental. Os serviços-escola em psicologia podem estar inseridos na rede como serviços ambulatoriais, articulando o ensino com a prática clínica. Diante da crescente demanda em saúde mental, é fundamental avaliar a eficácia dos atendimentos realizados nos diferentes pontos da RAPS, principalmente naqueles com número delimitado de atendimentos, visto que a alta deve ser qualificada e é preciso haver continuidade no cuidado. Nesse contexto, o presente estudo integra um projeto guarda-chuva sobre itinerários terapêuticos de usuários da RAPS. **Objetivo:** Avaliar indicadores de eficácia do atendimento psicológico prestado em um serviço-escola inserido na RAPS. **Metodologia:** Trata-se de um estudo prospectivo de abordagem quantitativa realizado em um serviço-escola de psicologia inserido na RAPS. Participam os usuários entre 12 e 59 anos que iniciam psicoterapia individual no serviço em 2026, permanecem vinculados ao processo terapêutico ao longo da pesquisa e recebem alta. Casos de evasão e desligamento por faltas são registrados separadamente. São avaliados indicadores relacionados à sintomatologia em saúde mental e uso de substâncias psicoativas, aliança terapêutica, necessidade de cuidado em saúde mental, percepções sobre o serviço e sobre os efeitos do atendimento, por meio de questionários, escalas padronizadas e dados de prontuário. A coleta ocorre em três momentos: pré-intervenção, antes da primeira sessão; avaliação intermediária, entre a sexta e a sétima sessão; e pós-intervenção, após a sessão de alta. **Resultados:** Até o momento observou-se alto grau de sofrimento mental nos usuários em início de acompanhamento psicológico no serviço. Espera-se que as avaliações pós-intervenção identifiquem alterações nos indicadores de sintomatologia e necessidade de cuidado em saúde mental. **Conclusão:** A avaliação estruturada de eficácia e desfechos clínicos é uma estratégia consolidada em sistemas públicos de saúde mental de países como Reino Unido, Austrália e Holanda e pode contribuir para o monitoramento das políticas públicas, para o estabelecimento de critérios claros para a alta qualificada e para o fortalecimento de práticas psicológicas baseadas em evidências no contexto do SUS, apresentando forte potencial em serviços com número delimitado de sessões.

Palavras-chave: **SERVIÇO-ESCOLA; SAÚDE MENTAL; AVALIAÇÃO DE DESFECHOS**

DOI: 10.51161/iv-conasus/81373

ANÁLISE HISTÓRICA DO MOVIMENTO ANTIVACINA E OS DESAFIOS DA COMUNICAÇÃO EM SAÚDE

LUÍSA BRAGA LIMA; DINART ROCHA FILHO; ENOGHALLITON DE ABREU ARRUDA; PATRÍCIA CONCEIÇÃO DA CUNHA; ARANDIR DE SOUZA CARVALHO; LUIZA COZENDEY SOUZA; VANESSA GUTERRES SILVA

Introdução: A vacinação, pilar fundamental da saúde coletiva, enfrenta historicamente movimentos de oposição que transcendem a era digital, consolidando-se como sistemas de crenças complexos e cíclicos. A resistência vacinal fundamenta-se em tensões persistentes entre a autoridade das instituições e a defesa da autonomia individual, sendo muitas vezes alimentada pelo paradoxo do próprio sucesso das imunizações: ao erradicar a memória coletiva de doenças devastadoras, o foco social desloca-se do risco da patologia para os possíveis eventos adversos do imunizante. Nesse cenário de vulnerabilidade, humanizar a assistência exige compreender as raízes históricas do medo e do ceticismo para reconstruir o diálogo essencial entre ciência e sociedade. **Objetivo:** Analisar a trajetória histórica do movimento antivacina, identificando as bases discursivas e socioculturais que permeiam esse fenômeno em escala global. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa bibliográfica e documental, de caráter qualitativo e exploratório, fundamentada em bases como SciELO e portal CAPES, sob o referencial teórico de autores como Kinch, Larson, Sevcenko e MacDonald. **Resultados:** Os achados demonstram que a hesitação vacinal é regida pelo modelo dos "3 Cs" (complacência, conveniência e confiança), onde a desconfiança institucional atua como o principal elo entre diferentes épocas. Narrativas contemporâneas replicam argumentos do século XVIII, agora potencializados pela infodemia digital. Identificou-se que estratégias diagnósticas como o Guia TIP são fundamentais para humanizar a comunicação, permitindo intervenções sensíveis às subjetividades e contextos de cada comunidade. **Conclusão:** Conclui-se que o movimento antivacina é uma estrutura de pensamento cíclica que se fortalece em crises de confiança pública. Superar esse desafio requer ultrapassar campanhas informativas genéricas, adotando abordagens empáticas que acolham o receio do usuário. A enfermagem deve mediar o saber técnico com a sensibilidade ética, garantindo que o cuidado proteja a dignidade humana e assegure a proteção das gerações futuras.

Palavras-chave: **MOVIMENTO ANTIVACINA; HESITAÇÃO VACINAL; SAÚDE COLETIVA**

DOI: 10.51161/iv-conasus/81404

AS INTERFACES DA AVALIAÇÃO DE SINAIS E SINTOMAS EM VÍTIMAS DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL NO PRÉ-HOSPITALAR: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

GILMAR PEREIRA BATISTA; MONIQUE BESSA DE OLIVEIRA PRUCOLI; ENOGHALLITON DE ABREU ARRUDA; MARLY TORRES RODRIGUES DA SILVA; LARISSA PEREIRA DA COSTA; ARANDIR DE SOUZA CARVALHO

Introdução: O Acidente Vascular Cerebral (AVC) está entre as maiores causas de mortalidade e incapacidade prolongada no cenário global, impondo desafios devastadores à autonomia e à dignidade do ser humano. No ambiente pré-hospitalar, o paradigma "tempo é cérebro" exige que a identificação de sinais e sintomas seja imediata e precisa para minimizar sequelas neurológicas irreversíveis. Assim, o enfermeiro emerge como protagonista fundamental, atuando como o primeiro elo de uma assistência humanizada e tecnicamente qualificada, capaz de realizar triagens rápidas, definindo o desfecho clínico e a qualidade de vida do paciente. **Objetivo:** Mapear e analisar os instrumentos de avaliação de sinais e sintomas de AVC utilizados por enfermeiros no ambiente pré-hospitalar, visando qualificar a tomada de decisão clínica. **Metodologia:** Revisão sistemática baseada nas diretrizes do Instituto Joanna Briggs (JBI). A busca ocorreu nas bases MEDLINE, CINAHL, EMBASE e RCAAP, selecionando estudos em português, inglês, francês e espanhol, sem restrição de tempo, sobre ferramentas utilizadas por enfermeiros no atendimento pré-hospitalar de adultos com suspeita de AVC. **Resultados:** Identificaram-se diversos instrumentos, com destaque para as escalas FAST, LAPSS, MASS, RACE, LAMS, CPSSS, FAST-ED, NIHSS e PASS. As escalas RACE, LAMS e VAN mostraram alta sensibilidade e especificidade para detectar oclusões de grandes vasos. A padronização desses recursos otimiza o raciocínio clínico e a eficácia das intervenções, embora faltem estudos comparativos para definir um padrão-ouro. Por fim, a coordenação da equipe multidisciplinar foi indispensável para o sucesso da reabilitação e o acolhimento do paciente vulnerável. **Conclusão:** Conclui-se que o uso criterioso de escalas de avaliação pelo enfermeiro no pré-hospitalar é vital para otimizar o fluxo assistencial e proteger a viabilidade cerebral. Humanizar esse atendimento significa unir a precisão técnica à rapidez necessária para preservar vidas e reduzir incapacidades, reafirmando o compromisso ético da enfermagem com o cuidado integral e a dignidade humana desde o primeiro contato.

Palavras-chave: **AVC; ASSISTÊNCIA PRÉ-HOSPITALAR; ENFERMAGEM**

DOI: 10.51161/iv-conasus/81486

FÍSTULA ARTERIOVENOSA CERVICAL ASSOCIADA A VARIANTE ANATÔMICA VENOSA COMO CAUSA DE EVENTOS ISQUÊMICOS CEREBRAIS RECORRENTES: RELATO DE CASO

ALANA GUIMARÃES DE AQUINO; LUCIANA GALVÃO PORTO; DAIANA AHMAD ZEIDAN SALEH; FILIPE KONRADT RODRIGUES; CARLOS ANDRÉ SUDO ESAU; ANNA CAROLINA KIRST; CARLA ALBERECI PASTORE

Introdução: As malformações arteriovenosas são caracterizadas por comunicações diretas entre artérias e veias, sem interposição de leito capilar, resultando em alterações hemodinâmicas potencialmente associadas a manifestações neurológicas. As fístulas arteriovenosas cervicais constituem uma forma rara dessas anomalias e podem manifestar-se por cefaleia, crises convulsivas e eventos isquêmicos transitórios. Quando associadas a variantes anatômicas do sistema venoso cervical, podem favorecer fenômenos isquêmicos recorrentes, tornando o diagnóstico etiológico um desafio. Relata-se um caso de fístula arteriovenosa cervical associada a variante anatômica venosa profunda em paciente com eventos isquêmicos cerebrais recorrentes. **Objetivo:** Relatar um caso raro de eventos isquêmicos cerebrais recorrentes associados à fístula arteriovenosa cervical envolvendo a artéria vertebral e variante anatômica venosa profunda, destacando os desafios diagnósticos, a importância da investigação vascular na elucidação etiológica e os possíveis mecanismos fisiopatológicos relacionados à recorrência dos eventos. **Relato de Caso:** Paciente feminina, 72 anos, hipertensa e osteoporótica, com antecedente de etilismo em abstinência há cinco anos e exposição prévia ao tabagismo passivo. Apresentava histórico de três episódios de acidente isquêmico transitório (AIT) e uma crise convulsiva em 2023 associada a traumatismo cranioencefálico e pico hipertensivo. Foi admitida com cefaleia intensa, desvio de rima labial à direita, disartria e paresia à direita, com início há aproximadamente 24 horas. Ao exame neurológico, apresentava Glasgow 15, NIHSS 1 e discreta paresia facial central à direita. Durante a internação, houve melhora parcial dos déficits, porém ocorreu novo episódio transitório de rebaixamento do nível de consciência, interpretado como AIT após exclusão de outras etiologias. A investigação complementar com angiotomografia cervical, evidenciou variante anatômica da veia cervical profunda direita comunicando-se com a veia jugular interna, associada a fístula arteriovenosa envolvendo a artéria vertebral direita ao nível de C1-C2. A ressonância magnética revelou foco de isquemia lacunar subaguda no lobo frontal direito e sinais de microangiopatia crônica. A paciente foi encaminhada para avaliação neurocirúrgica vascular especializada. **Conclusão:** A associação entre fístula arteriovenosa cervical e variante anatômica venosa constitui causa rara de eventos isquêmicos cerebrais recorrentes. O caso reforça a importância da investigação vascular avançada em pacientes com recorrência de AIT sem etiologia definida, possibilitando diagnóstico preciso e direcionamento terapêutico adequado.

Palavras-chave: **ACIDENTE ISQUÊMICO TRANSITÓRIO; FÍSTULA ARTERIOVENOSA; VARIANTES ANATÔMICAS.**

DOI: 10.51161/iv-conasus/81911

A UTILIZAÇÃO DE JOGOS PEDAGÓGICOS NA ABORDAGEM DA SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA DE ADOLESCENTES: RELATO DE EXPERIÊNCIA

RAQUEL VIEIRA LORENZONI; ANA CAROLINA LORENÇO MENDONÇA; ANA PAULA CUMINATI DOS SANTOS; CARLA BRAGA LEITE; INÊS APARECIDA TOZETTI; ALDA MARIA TEIXEIRA FERREIRA; CACILDA TEZELLI JUNQUEIRA PADOVANI

Introdução: Nas escolas brasileiras, observam-se dificuldades na abordagem de temas relacionados à saúde sexual e reprodutiva, especialmente entre adolescentes. Nesse contexto, têm se observado que as ações educativas aliadas à realização de jogos pedagógicos são técnicas interessantes utilizadas para estimular a participação dos estudantes dessa faixa etária e favorecer a conscientização sobre práticas de autocuidado e prevenção. **Objetivo:** Dessa maneira, o objetivo desse estudo é relatar a experiência da condução de uma ação educativa sobre HPV e gravidez na adolescência, utilizando jogos pedagógicos como estratégias de educação em saúde com estudantes do ensino médio. **Relato de experiência:** A atividade foi desenvolvida em três turmas do ensino médio de uma escola estadual, totalizando 53 estudantes. Inicialmente, foi realizada uma breve palestra abordando aspectos relacionados ao HPV e à gravidez na adolescência, com o objetivo de promover conhecimento e conscientização sobre essas temáticas. Em seguida, os alunos receberam placas identificadas com as opções “Verdadeiro” e “Falso” e participaram de uma dinâmica interativa, na qual foram apresentadas diferentes afirmações sobre os temas discutidos, como: “O HPV causa uma infecção sexualmente transmissível?”. Os estudantes deveriam avaliar cada afirmação e indicar se a consideravam verdadeira ou falsa, estimulando a participação ativa no processo de aprendizagem. Durante a atividade, foram identificadas lacunas significativas no conhecimento dos alunos acerca do papel da Unidade Básica de Saúde no contexto do planejamento familiar e da prevenção da gravidez na adolescência. Poucos estudantes sabiam, por exemplo, que adolescentes a partir dos 14 anos podem acessar métodos contraceptivos e orientações em saúde sexual de forma sigilosa, conforme as diretrizes vigentes. **Conclusão:** A experiência evidenciou a importância da realização de ações educativas voltadas à promoção da saúde sexual e reprodutiva no ambiente escolar, contribuindo para a ampliação do conhecimento dos estudantes sobre HPV e gravidez na adolescência. A utilização de jogos educativos favoreceu a participação dos alunos e possibilitou a identificação de lacunas de conhecimento relacionadas aos temas abordados. Conclui-se que estratégias que incentivam a participação dos adolescentes constituem ferramentas eficazes para a educação em saúde, promovendo um ambiente lúdico para o esclarecimento de dúvidas sobre temas relevantes à saúde sexual e reprodutiva.

Palavras-chave: **EDUCAÇÃO EM SAÚDE; PAPILOMAVÍRUS HUMANO; GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA**

DOI: 10.51161/iv-conasus/81945

ENTRE O MOSQUITO E O VÍRUS: O DUPLO DESAFIO DO AGENTE DE COMBATE ÀS ENDEMIAS DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19

CRISTIANA ALENCAR

Introdução: A pandemia de COVID-19 provocou profundas mudanças na organização dos serviços de saúde. No Brasil, além da emergência relacionada ao SARS-CoV-2, permaneceu a necessidade de vigilância e controle das arboviroses urbanas, especialmente dengue, zika e chikungunya. Nesse contexto, os Agentes de Combate às Endemias (ACE) mantiveram atividades essenciais nos territórios, conciliando ações de vigilância ambiental com medidas de prevenção da COVID-19. **Objetivo:** Relatar a experiência da atuação do Agente de Combate às Endemias durante a pandemia de COVID-19, destacando desafios enfrentados e contribuições para a vigilância em saúde e educação da população. **Relato de Experiência:** Trata-se de um relato baseado na atuação profissional da autora como Agente de Combate às Endemias no município de Cristalina-GO durante o período pandêmico. O relato contempla visitas domiciliares, inspeção e eliminação de criadouros do Aedes aegypti, orientações educativas sobre prevenção das arboviroses e esclarecimentos à população sobre medidas de prevenção da COVID-19, vacinação e cuidados relacionados à doença. A experiência evidenciou que, mesmo diante das restrições impostas pela pandemia, as atividades de vigilância ambiental permaneceram essenciais para a prevenção das arboviroses. Durante as visitas domiciliares, muitos moradores apresentavam dúvidas relacionadas à COVID-19, especialmente diante de sintomas como febre, cefaleia e dores no corpo, comuns também em diversas arboviroses. Em um cenário marcado pelo medo e pela ampla circulação de informações, os ACEs passaram a desempenhar papel ampliado de educação em saúde, fornecendo orientações sobre prevenção, vacinação e cuidados individuais. Dessa forma, contribuíram para a disseminação de informações confiáveis, redução da desinformação e fortalecimento do vínculo entre os serviços de saúde e a comunidade, sem interromper as ações de controle vetorial. **Conclusão:** A atuação dos ACEs durante a pandemia demonstrou a relevância desses profissionais para a vigilância em saúde. O trabalho desenvolvido ultrapassou o controle de vetores, abrangendo ações educativas e apoio às respostas locais em uma emergência sanitária, reforçando sua importância para a proteção da saúde coletiva e o fortalecimento do Sistema Único de Saúde.

Palavras-chave: **AGENTE DE COMBATE ÀS ENDEMIAS; COVID-19; VIGILÂNCIA EM SAÚDE**

DOI: 10.51161/iv-conasus/82164

ENTRE O CUIDADO E O SENTIDO: ESPIRITUALIDADE, RELIGIOSIDADE E O FORTALECIMENTO DA ADESÃO TERAPÊUTICA EM UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE

VITÓRIA MENDONÇA MARÇAL SANTOS; IGOR PASSOS APOLINÁRIO; RAIANE FERREIRA COSTA; CHRISTIAN FELICIO GRANITO; ENOGHALLITON DE ABREU ARRUDA

RESUMO

A espiritualidade e a religiosidade têm sido progressivamente reconhecidas como dimensões capazes de influenciar positivamente a saúde, os mecanismos de enfrentamento do adoecimento e a adesão aos tratamentos propostos. No contexto das Unidades Básicas de Saúde (UBS), onde a construção de vínculos entre profissionais e usuários constitui um dos pilares da Atenção Primária à Saúde, o reconhecimento dessas dimensões pode favorecer práticas assistenciais mais integrais, humanizadas e centradas na pessoa. O presente estudo teve como objetivo analisar a relação entre espiritualidade, religiosidade e fortalecimento da adesão terapêutica nas UBS, discutindo suas contribuições para o cuidado integral no Sistema Único de Saúde. Trata-se de uma revisão narrativa da literatura, de natureza descritiva e abordagem qualitativa, desenvolvida a partir da análise de publicações científicas, livros e documentos institucionais relacionados à espiritualidade em saúde e atenção primária. Os resultados evidenciaram que o reconhecimento das necessidades espirituais dos usuários favorece a construção de vínculos de confiança, fortalece a comunicação entre profissionais e comunidade e amplia o engajamento nos planos terapêuticos. Observou-se ainda que abordagens culturalmente sensíveis, pautadas no respeito à diversidade religiosa e à autonomia individual, contribuem para a humanização do cuidado e para a promoção da integralidade em saúde. Conclui-se que a incorporação ética e responsável da dimensão espiritual na prática assistencial das UBS constitui importante estratégia para fortalecimento da adesão terapêutica e qualificação da atenção à saúde no âmbito do SUS.

Palavras-chave: Adesão ao tratamento; Atenção Primária à Saúde; Espiritualidade.

1 INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) constitui o principal nível organizador do Sistema Único de Saúde (SUS), desempenhando papel fundamental na promoção da saúde, prevenção de agravos e acompanhamento longitudinal dos usuários. Por meio do vínculo contínuo estabelecido entre equipes multiprofissionais e comunidade, a APS possibilita a construção de práticas assistenciais que ultrapassam a dimensão biológica do cuidado, incorporando aspectos psicológicos, sociais, culturais e espirituais relacionados ao processo saúde-doença.

Nesse contexto, a espiritualidade e a religiosidade vêm sendo progressivamente reconhecidas como componentes relevantes para compreensão das experiências de adoecimento e recuperação. Embora frequentemente utilizadas como sinônimos, essas dimensões apresentam características distintas. A espiritualidade refere-se à busca individual

DOI: 10.51161/iv-conasus/82309

por significado, propósito e conexão com valores existenciais, enquanto a religiosidade está relacionada à participação em sistemas organizados de crenças, práticas e tradições religiosas.

Diversos estudos têm demonstrado que essas dimensões exercem influência significativa sobre a forma como os indivíduos enfrentam situações de sofrimento, lidam com doenças crônicas e se relacionam com os tratamentos propostos. Segundo Koenig (2008), a espiritualidade pode atuar como importante recurso de enfrentamento, contribuindo para redução do sofrimento emocional, fortalecimento da esperança e ampliação da capacidade de adaptação diante das adversidades.

A adesão terapêutica constitui um dos principais desafios enfrentados pelos serviços de saúde, especialmente no acompanhamento de condições crônicas que demandam mudanças comportamentais e continuidade do tratamento ao longo do tempo. Nesse cenário, fatores subjetivos relacionados às crenças, valores e experiências de vida dos usuários podem influenciar diretamente a aceitação das orientações profissionais e o comprometimento com os cuidados recomendados.

A valorização da espiritualidade e da religiosidade no contexto assistencial não implica a adoção de práticas confessionais ou a imposição de crenças. Pelo contrário, pressupõe o reconhecimento da diversidade cultural e religiosa da população, respeitando a autonomia dos indivíduos e fortalecendo abordagens centradas na pessoa. Tal perspectiva encontra respaldo nos princípios da humanização e da integralidade que orientam o SUS.

Além disso, a literatura contemporânea aponta que profissionais capazes de reconhecer e acolher necessidades espirituais tendem a desenvolver relações terapêuticas mais sólidas, favorecendo a construção da confiança e ampliando a participação ativa dos usuários nos processos de cuidado. Essas relações tornam-se particularmente relevantes no contexto das UBS, onde o acompanhamento longitudinal permite maior proximidade entre equipes e comunidade.

Diante da crescente relevância do tema, torna-se necessário aprofundar as discussões acerca das contribuições da espiritualidade e da religiosidade para a adesão terapêutica na Atenção Primária à Saúde. Assim, o presente estudo tem como objetivo analisar a relação entre essas dimensões e o fortalecimento do vínculo terapêutico, discutindo suas implicações para a qualidade da assistência prestada nas Unidades Básicas de Saúde.

2 MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de uma revisão narrativa da literatura, de natureza descritiva e abordagem qualitativa. A escolha desse método fundamentou-se na possibilidade de reunir diferentes contribuições científicas relacionadas à espiritualidade, religiosidade e adesão terapêutica no contexto da Atenção Primária à Saúde.

Foram analisadas publicações científicas nacionais e internacionais, livros e documentos institucionais relacionados à temática. A seleção dos materiais considerou sua relevância científica, atualidade e contribuição para compreensão dos aspectos conceituais e assistenciais envolvidos na abordagem da espiritualidade em saúde.

Após leitura exploratória e interpretativa das obras selecionadas, os conteúdos foram organizados em categorias temáticas relacionadas ao vínculo terapêutico, à adesão ao tratamento, à humanização da assistência e à atuação dos profissionais de saúde diante das necessidades espirituais dos usuários. Posteriormente, realizou-se análise crítica dos achados, buscando identificar convergências e implicações para a prática assistencial.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

DOI: 10.51161/iv-conasus/82309

Os estudos analisados evidenciam que a espiritualidade e a religiosidade exercem influência significativa sobre a percepção de saúde, os mecanismos de enfrentamento das doenças e a adesão aos tratamentos propostos. Essas dimensões constituem recursos importantes para construção de significado diante do sofrimento, favorecendo processos de adaptação e fortalecimento emocional.

No contexto das doenças crônicas, a espiritualidade frequentemente atua como elemento motivador para manutenção dos cuidados e enfrentamento das limitações impostas pelo adoecimento. Usuários que encontram suporte em suas crenças tendem a desenvolver maior esperança, resiliência e disposição para participar ativamente dos tratamentos. Segundo Lucchetti, Lucchetti e Koenig (2011), a espiritualidade pode influenciar positivamente indicadores de saúde, inclusive quando comparada a outras intervenções voltadas à promoção do bem-estar.

A construção de vínculos terapêuticos constitui outro aspecto amplamente discutido na literatura. A confiança estabelecida entre profissionais e usuários representa um dos fatores mais importantes para adesão às recomendações clínicas. Quando os profissionais demonstram interesse genuíno pelas experiências, valores e crenças dos indivíduos, ocorre fortalecimento da relação terapêutica e ampliação da participação do usuário no planejamento do cuidado.

Nas Unidades Básicas de Saúde, onde a longitudinalidade é um dos princípios fundamentais da assistência, o reconhecimento das necessidades espirituais favorece o desenvolvimento de relações mais próximas e humanizadas. O acolhimento dessas dimensões permite que os usuários se sintam respeitados em sua integralidade, fortalecendo o sentimento de pertencimento e confiança nos serviços de saúde.

Entretanto, a abordagem da espiritualidade exige preparo técnico e sensibilidade ética. A literatura enfatiza que os profissionais devem atuar de forma respeitosa, evitando qualquer forma de imposição religiosa ou interferência indevida nas escolhas individuais dos usuários. A autonomia, a diversidade cultural e a liberdade de crença constituem princípios fundamentais para condução adequada dessa dimensão do cuidado.

Puchalski et al. (2014) destacam que a espiritualidade deve ser compreendida como componente da atenção integral à saúde, sendo possível incorporá-la ao cuidado por meio da escuta qualificada, do acolhimento e da identificação das necessidades existenciais dos pacientes. Essa abordagem não requer adesão religiosa por parte dos profissionais, mas sim disponibilidade para reconhecer aspectos subjetivos que influenciam o processo terapêutico.

Outro aspecto relevante refere-se à formação profissional. Muitos trabalhadores da saúde relatam insegurança ao abordar temas relacionados à espiritualidade devido à ausência de preparo específico durante a formação acadêmica. Essa lacuna pode limitar a capacidade de identificar necessidades espirituais e de utilizar recursos comunicacionais adequados para abordar a temática de forma ética e respeitosa.

Nesse sentido, a educação permanente em saúde surge como estratégia importante para qualificação da assistência. Capacitações voltadas à comunicação terapêutica, humanização do cuidado e abordagem culturalmente sensível podem ampliar a competência dos profissionais para lidar com a diversidade de crenças presente na população atendida.

A Política Nacional de Humanização também oferece fundamentos importantes para essa discussão ao enfatizar a valorização da subjetividade, do diálogo e da construção compartilhada do cuidado. O reconhecimento da espiritualidade como dimensão legítima da experiência humana encontra consonância com os princípios da integralidade e da humanização previstos no SUS.

Além dos benefícios individuais, a valorização dessas dimensões contribui para fortalecimento da participação comunitária e para ampliação das redes de apoio social. Comunidades religiosas frequentemente desempenham papel relevante no suporte emocional

e social aos indivíduos em situação de adoecimento, favorecendo processos de cuidado compartilhado.

Os resultados analisados demonstram que a espiritualidade e a religiosidade podem atuar como importantes aliadas da prática assistencial quando abordadas de forma ética, respeitosa e centrada na pessoa. Sua incorporação responsável favorece a construção de vínculos mais sólidos, fortalece a adesão aos tratamentos e amplia a qualidade da assistência prestada nas Unidades Básicas de Saúde.

4 CONCLUSÃO

A espiritualidade e a religiosidade configuram dimensões relevantes para compreensão das experiências de saúde e adoecimento, exercendo influência significativa sobre os mecanismos de enfrentamento e sobre a adesão aos tratamentos propostos.

Os achados desta revisão demonstram que o reconhecimento das necessidades espirituais dos usuários favorece a construção de vínculos terapêuticos mais sólidos, amplia a confiança nos profissionais e fortalece o engajamento nos planos de cuidado. Essas contribuições mostram-se especialmente relevantes no contexto da Atenção Primária à Saúde, onde a longitudinalidade e a proximidade com a comunidade constituem características fundamentais da assistência.

Entretanto, a abordagem dessas dimensões requer preparo profissional, sensibilidade ética e respeito à diversidade cultural e religiosa. A incorporação da espiritualidade ao cuidado não deve ocorrer por meio da imposição de crenças, mas sim pelo reconhecimento da singularidade de cada indivíduo e de seus recursos pessoais de enfrentamento.

Como limitação, destaca-se a necessidade de ampliação da produção científica nacional voltada à aplicação prática dessas estratégias nas Unidades Básicas de Saúde. Recomenda-se o desenvolvimento de novas pesquisas que aprofundem a compreensão dos impactos da espiritualidade sobre a adesão terapêutica e sobre os resultados em saúde.

Conclui-se que a valorização ética e responsável da espiritualidade e da religiosidade representa importante ferramenta para fortalecimento da humanização, da integralidade e da qualidade da assistência prestada no Sistema Único de Saúde.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

KOENIG, H. G. Medicine, religion, and health: where science, spirituality, and healing meet. West Conshohocken: **Templeton Press**, 2008.

LUCCHETTI, G.; LUCCHETTI, A. L. G.; KOENIG, H. G. Impact of spirituality/religiosity on mortality: comparison with other health interventions. **Explore**, v. 7, n. 4, p. 234-238, 2011.

PUCHALSKI, C. M. et al. Improving the spiritual dimension of whole person care: reaching national and international consensus. **Journal of Palliative Medicine**, v. 17, n. 6, p. 642-656, 2014.

DOI: 10.51161/iv-conasus/82309

EDUCAÇÃO EM SAÚDE SOBRE DESENGASGO NO ÂMBITO ESCOLAR: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

TAMYRIS ALVES DE ALBUQUERQUE VIEIRA; JÚLIO CEZAR MENDES DOS SANTOS

Introdução: O engasgo constitui uma emergência respiratória potencialmente fatal, podendo evoluir rapidamente para hipóxia grave e parada cardiorrespiratória quando não há intervenção imediata. O ambiente escolar representa um cenário importante para a ocorrência desses acidentes, tornando indispensáveis ações educativas que promovam conhecimentos básicos em primeiros socorros e ampliem a capacidade de resposta diante de situações de urgência. **Objetivo:** Relatar a experiência de uma ação extensionista voltada à orientação teórica e prática sobre prevenção, identificação e manejo inicial do engasgo com estudantes do Ensino Fundamental II de uma escola pública de Luís Eduardo Magalhães-BA. **Relato de caso/experiência:** A atividade foi desenvolvida por acadêmicos do curso de Medicina em três visitas à Escola Municipal Ottomar Schwengber, envolvendo quatro turmas do 9º ano. Inicialmente, foi realizado planejamento das estratégias educativas e dos materiais didáticos. As intervenções contemplaram exposição dialogada, demonstração prática e treinamento dos estudantes sobre identificação do engasgo parcial e total, além da execução das técnicas de desobstrução das vias aéreas, incluindo golpes dorsais, compressões torácicas e manobra de Heimlich. Os participantes puderam praticar as manobras em atividades simuladas, esclarecer dúvidas e interagir em dinâmicas educativas, favorecendo a aprendizagem ativa e a construção da autonomia. **Conclusão:** A experiência demonstrou que a educação em primeiros socorros no ambiente escolar contribui para o desenvolvimento de conhecimentos e habilidades essenciais para o enfrentamento de emergências respiratórias. Além de promover maior segurança e protagonismo entre os estudantes, a ação fortaleceu a integração entre universidade e comunidade, estimulando a multiplicação do conhecimento e a construção de uma cultura de prevenção. A continuidade de iniciativas semelhantes pode ampliar o impacto social e contribuir para a redução de agravos relacionados ao engasgo.

Palavras-chave: **ENGASGO; PRIMEIROS SOCORROS; EDUCAÇÃO EM SAÚDE**

DOI: 10.51161/iv-conasus/82325

OFICINA DE BELEZA E AUTOCUIDADO COMO ESTRATÉGIA DE PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL DA PESSOA IDOSA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

TAMYRIS ALVES DE ALBUQUERQUE VIEIRA; JÚLIO CEZAR MENDES DOS SANTOS

Introdução: O envelhecimento populacional impõe novos desafios à promoção da saúde, especialmente no que se refere à saúde mental da pessoa idosa. Fatores como isolamento social, baixa autoestima e redução dos vínculos afetivos podem comprometer a qualidade de vida, tornando necessárias estratégias que favoreçam o autocuidado, a convivência social e o fortalecimento do bem-estar. Nesse contexto, atividades coletivas voltadas à valorização da imagem pessoal representam uma importante ferramenta de promoção da saúde e inclusão social. **Objetivo:** Relatar a experiência de uma ação extensionista desenvolvida no Programa Municipal de Atenção à Terceira Idade (PROMATI), em Luís Eduardo Magalhães-BA, voltada à promoção da saúde mental e do bem-estar de pessoas idosas por meio de uma oficina de beleza e autocuidado. **Relato de caso/experiência:** A atividade foi realizada por acadêmicos do curso de Medicina e ocorreu durante o período da manhã, sendo organizada em diferentes estações de atendimento. Inicialmente, houve acolhimento dos participantes, seguido de momentos de alongamento e relaxamento. Em seguida, os idosos puderam escolher livremente entre os serviços oferecidos, que incluíam corte de cabelo feminino e masculino, manicure, limpeza de pele e maquiagem. Durante os atendimentos, foram promovidos momentos de escuta, interação e troca de experiências entre os participantes, acadêmicos e profissionais parceiros. A elevada adesão às atividades exigiu reorganização do fluxo por meio da distribuição de senhas, garantindo conforto e melhor organização. Observou-se grande satisfação dos idosos, melhora da autoestima, fortalecimento dos vínculos sociais e participação ativa nas atividades propostas.**Conclusão:** A experiência evidenciou que ações extensionistas voltadas ao autocuidado e à valorização pessoal podem contribuir significativamente para a promoção da saúde mental da pessoa idosa. Além de estimular autoestima, autonomia e convivência social, a atividade fortaleceu a integração entre universidade e comunidade e proporcionou aos acadêmicos o desenvolvimento de competências relacionadas ao cuidado humanizado. A continuidade de iniciativas semelhantes pode ampliar seus benefícios e contribuir para um envelhecimento mais saudável e participativo.

Palavras-chave: **SAÚDE MENTAL; PESSOA IDOSA; EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA**

DOI: 10.51161/iv-conasus/82326

QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO DE PROFISSIONAIS ATUANTES EM SETORES DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA – UMA NARRATIVA CONTEMPORÂNEA

ROGER CARDOSO DA SILVA; KETHELY MAGALHÃES DA ROCHA; THAMIRES SOUZA SORRENTINO; ISADORA ANTUNES CHAPIM DE SOUZA; RODRIGO DE MELO FÍNGOLO; ENOGHALLITON DE ABREU ARRUDA

RESUMO

A Qualidade de Vida no Trabalho (QVT) constitui um importante indicador da sustentabilidade das práticas assistenciais em saúde, especialmente nos setores de urgência e emergência, caracterizados por elevada complexidade, intensa demanda assistencial e necessidade constante de tomada de decisões rápidas. A exposição contínua a situações críticas, associada à sobrecarga laboral e às limitações estruturais dos serviços, pode comprometer significativamente a saúde física e mental dos trabalhadores. O presente estudo teve como objetivo analisar os principais fatores relacionados à qualidade de vida no trabalho dos profissionais atuantes em serviços de urgência e emergência, discutindo seus impactos sobre a saúde ocupacional e sobre a assistência prestada aos usuários. Trata-se de uma revisão narrativa da literatura, de natureza descritiva e abordagem qualitativa, desenvolvida a partir da análise de publicações científicas nacionais e internacionais relacionadas à saúde do trabalhador e à assistência em urgência e emergência. Os resultados evidenciaram que jornadas prolongadas, déficit de recursos humanos, sobrecarga física e emocional, exposição frequente ao sofrimento e à morte, além de condições organizacionais inadequadas, constituem fatores associados à redução da qualidade de vida desses profissionais. Em contrapartida, estratégias voltadas ao fortalecimento do apoio institucional, educação permanente, suporte psicossocial e valorização profissional demonstraram potencial para minimizar o adoecimento ocupacional e promover ambientes laborais mais saudáveis. Conclui-se que a promoção da qualidade de vida no trabalho deve integrar as políticas de gestão em saúde, contribuindo para o fortalecimento da assistência, da segurança do paciente e da permanência de profissionais qualificados nos serviços de urgência e emergência.

Palavras-chave: Bem-estar ocupacional; Enfermagem em emergência; Saúde do trabalhador.

1 INTRODUÇÃO

Os serviços de urgência e emergência representam um dos cenários mais complexos da assistência em saúde, exigindo dos profissionais elevado nível de competência técnica, rapidez na tomada de decisões e capacidade de atuar diante de situações frequentemente marcadas pela imprevisibilidade. A dinâmica desses ambientes caracteriza-se por intensa demanda assistencial, necessidade de respostas imediatas e contato constante com situações de sofrimento, risco iminente de morte e instabilidade clínica.

Nesse contexto, os trabalhadores encontram-se expostos a múltiplos fatores estressores capazes de comprometer sua saúde física, emocional e social. A pressão contínua por resultados, associada à responsabilidade sobre decisões que podem influenciar diretamente a

DOI: 10.51161/iv-conasus/82332

vida dos pacientes, torna os setores de urgência e emergência espaços particularmente vulneráveis ao desenvolvimento de desgaste ocupacional.

A qualidade de vida no trabalho emerge como um conceito fundamental para compreensão dessas experiências. Mais do que aspectos relacionados à remuneração, a QVT envolve condições organizacionais, relações interpessoais, reconhecimento profissional, autonomia, equilíbrio entre vida pessoal e laboral e oportunidades de desenvolvimento profissional. Trata-se de uma dimensão ampla que influencia diretamente a satisfação, o desempenho e o bem-estar dos trabalhadores.

Segundo Lacaz (2000), a qualidade de vida no trabalho deve ser compreendida a partir da interação entre condições objetivas e subjetivas do processo laboral, incluindo aspectos relacionados à organização do trabalho, às condições ambientais e às experiências individuais dos trabalhadores. Essa perspectiva torna-se especialmente relevante nos serviços de urgência e emergência, onde as exigências assistenciais frequentemente ultrapassam os limites físicos e emocionais dos profissionais.

A literatura contemporânea demonstra que ambientes laborais desfavoráveis favorecem o desenvolvimento de estresse ocupacional, absenteísmo, adoecimento psíquico e síndrome de burnout. Além dos impactos sobre os trabalhadores, essas condições podem comprometer a qualidade da assistência prestada, aumentando riscos para pacientes e instituições.

Por outro lado, estratégias institucionais voltadas à promoção do bem-estar profissional apresentam potencial para fortalecer a satisfação no trabalho, reduzir o adoecimento ocupacional e melhorar os indicadores assistenciais. Investimentos em educação permanente, apoio psicossocial, gestão participativa e valorização das equipes têm sido apontados como medidas relevantes para construção de ambientes mais saudáveis.

Diante da crescente preocupação com a saúde dos trabalhadores da área da saúde, torna-se necessário ampliar as discussões sobre a qualidade de vida no trabalho em contextos de elevada complexidade assistencial. Assim, o presente estudo tem como objetivo analisar os principais fatores relacionados à qualidade de vida no trabalho dos profissionais atuantes em setores de urgência e emergência, discutindo desafios contemporâneos e estratégias voltadas à promoção da saúde ocupacional.

2 MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de uma revisão narrativa da literatura, de natureza descritiva e abordagem qualitativa. A escolha desse método permitiu reunir diferentes perspectivas científicas relacionadas à qualidade de vida no trabalho, saúde ocupacional e assistência em serviços de urgência e emergência.

Foram consultadas publicações científicas nacionais e internacionais, além de documentos institucionais relacionados à saúde do trabalhador e às condições laborais em ambientes de elevada complexidade assistencial. A seleção dos materiais considerou sua relevância temática e contribuição para compreensão dos fatores que influenciam a qualidade de vida dos profissionais.

Após leitura exploratória e análise crítica das publicações selecionadas, os conteúdos foram organizados em categorias temáticas relacionadas aos fatores de risco ocupacionais, às repercussões do adoecimento laboral e às estratégias de promoção da qualidade de vida no trabalho. Em seguida, procedeu-se à interpretação dos achados, buscando identificar elementos relevantes para qualificação da gestão e da assistência.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os estudos analisados evidenciam que os profissionais atuantes em setores de urgência e emergência encontram-se entre os grupos mais vulneráveis ao desgaste ocupacional no contexto da saúde. A natureza dinâmica e imprevisível desses serviços impõe exigências físicas, cognitivas e emocionais que frequentemente ultrapassam a capacidade adaptativa dos trabalhadores.

A sobrecarga laboral destaca-se entre os fatores mais frequentemente associados à redução da qualidade de vida no trabalho. O elevado número de atendimentos, aliado à insuficiência de recursos humanos e à necessidade de resposta imediata às demandas assistenciais, contribui para aumento dos níveis de estresse e fadiga. Em muitos serviços, a sobrecarga é agravada pela realização de jornadas prolongadas e pelo acúmulo de vínculos empregatícios.

Outro aspecto amplamente discutido na literatura refere-se ao impacto emocional decorrente da convivência cotidiana com situações críticas. A exposição frequente à dor, ao sofrimento e à morte produz importantes repercussões psicológicas, especialmente quando associada à ausência de espaços institucionais para acolhimento e elaboração dessas experiências.

Carlotto e Câmara (2008) destacam que a exposição contínua a fatores estressores pode favorecer o desenvolvimento da síndrome de burnout, caracterizada por exaustão emocional, despersonalização e redução da realização profissional. Essa condição tem sido identificada com frequência entre profissionais que atuam em ambientes assistenciais de alta complexidade.

Além dos impactos individuais, a deterioração da qualidade de vida no trabalho apresenta repercussões diretas sobre a assistência prestada aos usuários. Profissionais submetidos a elevados níveis de desgaste físico e emocional tendem a apresentar maior probabilidade de erros, dificuldades de comunicação e comprometimento da capacidade de tomada de decisão. Dessa forma, a saúde do trabalhador relaciona-se diretamente à segurança do paciente e à qualidade dos serviços oferecidos.

A literatura também aponta que fatores organizacionais exercem influência significativa sobre a percepção de qualidade de vida. Relações interpessoais conflituosas, ausência de reconhecimento profissional, limitações na autonomia e fragilidade dos processos de gestão podem intensificar o sofrimento ocupacional e reduzir a satisfação no trabalho.

Por outro lado, os estudos evidenciam que estratégias institucionais adequadas possuem potencial para minimizar os efeitos negativos do trabalho em ambientes críticos. Programas de educação permanente contribuem para fortalecimento da confiança profissional, atualização técnica e desenvolvimento de competências relacionadas ao enfrentamento das situações complexas vivenciadas diariamente.

O apoio psicossocial também se destaca como importante ferramenta para promoção da saúde ocupacional. Espaços destinados à escuta, acolhimento e compartilhamento de experiências favorecem a elaboração emocional das situações vivenciadas e fortalecem os mecanismos individuais e coletivos de enfrentamento.

Segundo Silva et al. (2016), a construção de estratégias coletivas de enfrentamento constitui importante recurso para redução do desgaste ocupacional. Relações interpessoais saudáveis, trabalho em equipe e apoio mútuo entre os profissionais favorecem maior resiliência diante das adversidades presentes nos serviços de urgência e emergência.

A valorização profissional representa outro componente essencial para promoção da qualidade de vida no trabalho. Reconhecimento institucional, oportunidades de crescimento profissional e participação nos processos decisórios contribuem para fortalecimento do sentimento de pertencimento e satisfação ocupacional.

A narrativa contemporânea sobre o tema reforça que a qualidade da assistência prestada aos usuários depende diretamente das condições oferecidas aos trabalhadores.

Investir na saúde ocupacional não deve ser compreendido apenas como medida de proteção individual, mas como estratégia fundamental para fortalecimento dos sistemas de saúde e qualificação do cuidado.

Os resultados analisados demonstram que a promoção da qualidade de vida no trabalho exige abordagens integradas que contemplem aspectos organizacionais, relacionais e psicossociais. Somente por meio da valorização dos trabalhadores será possível construir ambientes laborais mais seguros, humanizados e sustentáveis.

4 CONCLUSÃO

A qualidade de vida no trabalho dos profissionais atuantes em setores de urgência e emergência constitui elemento estratégico para sustentabilidade dos serviços de saúde e para garantia de assistência segura e de qualidade à população.

Os achados desta revisão demonstram que fatores como sobrecarga laboral, jornadas extensas, déficit de recursos humanos e exposição contínua ao sofrimento humano influenciam negativamente o bem-estar físico e emocional dos trabalhadores. Essas condições favorecem o adoecimento ocupacional e podem comprometer a qualidade dos cuidados prestados.

Por outro lado, estratégias institucionais voltadas à valorização profissional, educação permanente, apoio psicossocial e fortalecimento das relações interpessoais apresentam potencial para promover ambientes laborais mais saudáveis e resilientes. A implementação dessas ações deve ser compreendida como investimento essencial para qualificação dos serviços e proteção dos trabalhadores.

Como limitação, destaca-se a heterogeneidade dos estudos disponíveis sobre o tema. Recomenda-se a realização de pesquisas aplicadas à realidade dos serviços brasileiros, ampliando o conhecimento sobre intervenções capazes de promover qualidade de vida e prevenir o adoecimento ocupacional.

Conclui-se que fortalecer a qualidade de vida no trabalho representa medida indispensável para proteger aqueles que cuidam, promover a sustentabilidade dos serviços e garantir assistência mais segura, eficiente e humanizada.

REFERÊNCIAS

CARLOTTO, M. S.; CÂMARA, S. G. Preditores da síndrome de burnout em profissionais da saúde. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 25, n. 4, p. 573-582, 2008.

LACAZ, F. A. C. Qualidade de vida no trabalho e saúde do trabalhador: uma visão crítica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, p. 151-161, 2000.

MASLACH, C.; LEITER, M. P. Understanding the burnout experience: recent research and its implications for psychiatry. **World Psychiatry**, v. 15, n. 2, p. 103-111, 2016.

SILVA, R. M. et al. Trabalho em saúde, desgaste e estratégias de enfrentamento na emergência hospitalar. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 24, e2758, 2016.

DOI: 10.51161/iv-conasus/82332

ENTRE A DOR NARRADA E O SOFRIMENTO PSÍQUICO: SÍNDROME DE MUNCHAUSEN EM UMA PERSPECTIVA TEÓRICA E CONCEITUAL CONTEMPORÂNEA

MATHEUS VOGAS ALFREDO; IRIS PERES RAMOS; YASMIN GONZAGA FLORENÇO JUSTINO; NICOLLY DA SILVA PINHEIRO; LETÍCIA ARRUDA RIBEIRO DA SILVA; ENOGHALLITON DE ABREU ARRUDA

RESUMO

A Síndrome de Munchausen, atualmente classificada entre os transtornos factícios, caracteriza-se pela produção, simulação ou indução intencional de sinais e sintomas físicos ou psicológicos sem a presença de benefícios externos evidentes. Trata-se de uma condição psiquiátrica complexa e de difícil reconhecimento clínico, frequentemente associada a múltiplas internações, realização de procedimentos diagnósticos repetitivos e peregrinação por diferentes serviços de saúde. Sua natureza multifacetada representa um desafio significativo para profissionais e instituições, especialmente em razão das dificuldades relacionadas ao diagnóstico diferencial, à identificação precoce dos casos e ao manejo terapêutico adequado. O presente estudo teve como objetivo discutir os principais aspectos teóricos e conceituais relacionados à Síndrome de Munchausen, enfatizando suas implicações clínicas, diagnósticas e assistenciais na contemporaneidade. Trata-se de uma revisão narrativa da literatura, de natureza descritiva e abordagem qualitativa, fundamentada em publicações científicas clássicas e contemporâneas sobre transtornos factícios e saúde mental. Os resultados demonstraram que a síndrome permanece frequentemente subdiagnosticada devido à complexidade de suas manifestações, à variabilidade dos sintomas apresentados e à sobreposição com outras condições psiquiátricas e clínicas. Evidenciou-se que muitos indivíduos acometidos apresentam histórico de sofrimento psíquico significativo, além de comportamentos recorrentes de busca por atenção e cuidados em saúde. Observou-se ainda que o manejo adequado requer abordagem ética, acolhedora e interdisciplinar, evitando intervenções invasivas desnecessárias, reduzindo riscos associados à iatrogenia e promovendo o fortalecimento do vínculo terapêutico. Ademais, a atuação integrada entre profissionais da saúde mental e demais especialidades mostra-se fundamental para o acompanhamento longitudinal dos casos. Conclui-se que a ampliação do conhecimento sobre a Síndrome de Munchausen favorece o reconhecimento precoce dos casos, contribui para a qualificação da assistência e fortalece práticas clínicas mais seguras, humanizadas e centradas na pessoa, além de estimular reflexões sobre os desafios contemporâneos relacionados aos transtornos factícios nos serviços de saúde.

Palavras-chave: Diagnóstico diferencial; Saúde mental; Transtornos factícios.

1 INTRODUÇÃO

A Síndrome de Munchausen representa uma das manifestações mais complexas e desafiadoras no campo da saúde mental. Inserida entre os transtornos

DOI: 10.51161/iv-conasus/82383

factícios, caracteriza-se pela produção intencional, simulação ou indução de sinais e sintomas físicos ou psicológicos sem que haja ganhos externos claramente identificáveis, como compensações financeiras, benefícios legais ou afastamentos laborais. O principal objetivo do indivíduo acometido é assumir o papel de paciente, buscando atenção, cuidado e reconhecimento por parte dos profissionais de saúde (FELDMAN; FORD, 1994).

O termo foi originalmente descrito por Richard Asher, em 1951, ao observar pacientes que apresentavam histórias clínicas dramáticas, inconsistentes e frequentemente fantasiosas, acompanhadas por múltiplas internações e investigações diagnósticas (ASHER, 1951). Desde então, a compreensão sobre o transtorno evoluiu significativamente, incorporando elementos psicodinâmicos, comportamentais e relacionais que ampliaram a compreensão de sua complexidade clínica (FELDMAN; FORD, 1994).

Atualmente, o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5-TR) classifica a condição entre os transtornos factícios impostos a si mesmo, diferenciando-a de situações motivadas por ganhos externos, como ocorre na simulação consciente de doenças para obtenção de vantagens secundárias. Essa distinção possui relevância clínica fundamental, uma vez que interfere diretamente na condução diagnóstica e terapêutica dos casos (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2023).

A relevância contemporânea da Síndrome de Munchausen ultrapassa os limites da psiquiatria. O transtorno repercute significativamente sobre os serviços de saúde, gerando custos assistenciais elevados, utilização excessiva de recursos diagnósticos e terapêuticos e exposição dos pacientes a procedimentos potencialmente desnecessários ou invasivos. Além disso, a dificuldade de reconhecimento precoce frequentemente prolonga o sofrimento psíquico e favorece ciclos repetitivos de adoecimento e hospitalização (BASS; HALLIGAN, 2014).

A compreensão desse fenômeno exige uma abordagem ampliada, capaz de integrar aspectos psicológicos, sociais, relacionais e institucionais. O reconhecimento da síndrome não deve ser compreendido apenas como identificação da simulação, mas como oportunidade para compreender formas complexas de sofrimento psíquico que se expressam por meio da linguagem do corpo e da doença (YATES; FELDMAN, 2016).

Nesse contexto, o presente estudo tem como objetivo discutir os principais fundamentos teóricos e conceituais relacionados à Síndrome de Munchausen, refletindo sobre suas implicações clínicas, diagnósticas e assistenciais na contemporaneidade.

2 MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de uma revisão narrativa da literatura, de natureza descritiva e abordagem qualitativa. A escolha desse método fundamentou-se na possibilidade de reunir diferentes perspectivas teóricas e científicas relacionadas aos transtornos factícios e à Síndrome de Munchausen (GIL, 2022).

Foram analisados artigos científicos, livros, manuais diagnósticos e publicações clássicas e contemporâneas sobre saúde mental, transtornos factícios e psicopatologia. A seleção do material considerou a relevância científica dos estudos e sua contribuição para compreensão dos aspectos históricos, conceituais, clínicos e assistenciais da síndrome (MARCONI; LAKATOS, 2021).

Após leitura exploratória e interpretativa dos materiais selecionados, os conteúdos foram organizados em categorias temáticas relacionadas à caracterização do transtorno, desafios diagnósticos, impactos assistenciais e estratégias de manejo terapêutico. Em seguida, realizou-se análise crítica dos achados, buscando identificar convergências e contribuições para a prática clínica contemporânea (GIL, 2022).

DOI: 10.51161/iv-conasus/82383

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os estudos analisados demonstram que a Síndrome de Munchausen permanece como uma condição de difícil identificação clínica, sobretudo devido à complexidade de suas manifestações e à capacidade dos indivíduos acometidos em construir narrativas convincentes sobre seus sintomas e experiências de adoecimento (YATES; FELDMAN, 2016).

Uma das principais características observadas consiste na apresentação de histórias clínicas inconsistentes, frequentemente marcadas por detalhes dramáticos, sintomas pouco usuais e recorrente busca por diferentes serviços de saúde. Muitos pacientes apresentam conhecimento considerável sobre doenças e procedimentos médicos, o que pode dificultar ainda mais o reconhecimento do transtorno pelos profissionais (FELDMAN; FORD, 1994).

Segundo o DSM-5-TR (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2023), o transtorno factício caracteriza-se pela falsificação de sinais ou sintomas físicos ou psicológicos associada à apresentação de si mesmo como doente, incapacitado ou lesionado. Diferentemente da simulação, não há motivação externa claramente identificável, o que reforça a complexidade psicológica envolvida na condição.

Do ponto de vista psicodinâmico, diferentes hipóteses têm sido propostas para explicar o desenvolvimento da síndrome. Experiências traumáticas precoces, negligência emocional, dificuldades na construção da identidade e necessidades intensas de cuidado e validação figuram entre os fatores frequentemente discutidos na literatura. Embora não exista uma explicação única capaz de contemplar todos os casos, observa-se que muitos indivíduos apresentam histórico de sofrimento emocional significativo (FELDMAN; FORD, 1994).

Outro aspecto relevante refere-se ao impacto sobre os serviços de saúde. Pacientes com Síndrome de Munchausen frequentemente são submetidos a exames laboratoriais, procedimentos diagnósticos e intervenções terapêuticas repetitivas. Em situações mais graves, podem provocar deliberadamente lesões ou alterações fisiológicas para produzir sinais clínicos compatíveis com determinadas doenças (BASS; HALLIGAN, 2014).

Bass e Halligan (2014) destacam que os transtornos factícios representam importante desafio para os sistemas de saúde devido ao consumo elevado de recursos assistenciais e à possibilidade de danos decorrentes de procedimentos desnecessários. Além dos custos institucionais, existe risco significativo para a integridade física dos próprios pacientes.

O diagnóstico diferencial constitui uma das etapas mais complexas do processo clínico. A síndrome pode ser confundida com transtornos somáticos, transtornos dissociativos, transtornos de personalidade e diferentes condições médicas genuínas. Dessa forma, a investigação cuidadosa torna-se indispensável para evitar tanto diagnósticos equivocados quanto intervenções inadequadas (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2023).

Nesse contexto, o fortalecimento do raciocínio clínico e da formação em saúde mental emerge como estratégia fundamental para qualificação da assistência. O reconhecimento precoce dos sinais sugestivos da síndrome permite reduzir procedimentos invasivos desnecessários e direcionar os pacientes para abordagens terapêuticas mais adequadas (YATES; FELDMAN, 2016).

A atuação interdisciplinar representa outro elemento central no manejo da condição. Psiquiatras, psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais e demais profissionais da equipe de saúde desempenham papéis complementares na construção de estratégias terapêuticas capazes de abordar as diferentes dimensões do sofrimento apresentado pelos pacientes (BASS; HALLIGAN, 2014).

A enfermagem assume papel particularmente relevante nesse processo por sua proximidade com os usuários e por sua capacidade de identificar padrões comportamentais, estabelecer vínculos terapêuticos e promover acolhimento qualificado. A escuta ativa e a

observação sistemática constituem ferramentas importantes para identificação precoce de situações sugestivas de transtorno factício (FELDMAN; FORD, 1994).

Yates e Feldman (2016) ressaltam que abordagens confrontativas tendem a produzir resistência e ruptura do vínculo terapêutico. Por essa razão, recomenda-se que a condução dos casos ocorra de forma ética, respeitosa e centrada na compreensão do sofrimento subjacente, evitando julgamentos morais ou atitudes punitivas.

As discussões contemporâneas sobre a Síndrome de Munchausen reforçam a necessidade de superar interpretações simplificadas centradas exclusivamente na ideia de manipulação ou engano. A compreensão da condição como expressão complexa de sofrimento psíquico favorece abordagens mais humanizadas e alinhadas aos princípios da saúde mental contemporânea (YATES; FELDMAN, 2016).

Os resultados analisados demonstram que o aprofundamento do conhecimento sobre a síndrome possui potencial para qualificar o cuidado, reduzir danos e fortalecer práticas assistenciais mais seguras e resolutivas nos diferentes níveis de atenção à saúde (BASS; HALLIGAN, 2014).

4 CONCLUSÃO

A Síndrome de Munchausen configura-se como uma condição psiquiátrica complexa que desafia profissionais e instituições de saúde em razão de suas manifestações multifacetadas e de suas repercussões clínicas e assistenciais.

Os achados desta revisão evidenciam que a síndrome permanece frequentemente subdiagnosticada, favorecendo a realização de investigações excessivas e a exposição dos pacientes a procedimentos desnecessários. A compreensão ampliada dos aspectos teóricos e conceituais do transtorno constitui elemento fundamental para qualificação do processo diagnóstico e fortalecimento das estratégias terapêuticas (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2023).

A atuação interdisciplinar, associada à construção de vínculos terapêuticos éticos e acolhedores, mostra-se essencial para o manejo adequado dos casos. Além disso, investimentos na formação em saúde mental e no desenvolvimento do raciocínio clínico podem contribuir para maior reconhecimento da condição nos diferentes serviços de saúde (YATES; FELDMAN, 2016).

Como limitação, destaca-se a escassez de estudos nacionais específicos sobre a temática. Recomenda-se a realização de novas pesquisas voltadas à realidade brasileira, ampliando o conhecimento sobre os desafios diagnósticos e assistenciais relacionados aos transtornos factícios.

Conclui-se que o reconhecimento da Síndrome de Munchausen como expressão complexa de sofrimento psíquico favorece práticas mais humanizadas, seguras e centradas na pessoa, contribuindo para melhor qualidade da assistência em saúde mental.

DOI: 10.51161/iv-conasus/82383

REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**: DSM-5-TR. Porto Alegre: Artmed, 2023.

ASHER, Richard. Munchausen's syndrome. **The Lancet**, London, v. 257, n. 6650, p. 339-341, 1951.

BASS, Christopher; HALLIGAN, Peter. Factitious disorders and malingering: challenges for clinical assessment and management. **The Lancet**, London, v. 383, n. 9926, p. 1422-1432, 2014.

FELDMAN, Marc D.; FORD, Charles V. Patient or pretender: inside the strange world of factitious disorders. New York: **John Wiley & Sons**, 1994.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2022.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Fundamentos de metodologia científica**. 9. ed. São Paulo: Atlas, 2021.

YATES, Gregory P.; FELDMAN, Marc D. Factitious disorder: a systematic review of 455 cases in the professional literature. **General Hospital Psychiatry**, New York, v. 38, p. 20-28, 2016.

DOI: 10.51161/iv-conasus/82383

EDUCAÇÃO PERMANENTE E CORRESPONSABILIZAÇÃO: UMA EXPERIÊNCIA DE GESTÃO PARTICIPATIVA NA SEGURANÇA DO PACIENTE

JULIANA MARÇAL; LUCIMARY CAMARA PEREIRA; ISABELA ROJAS AZEVEDO D'AVILA DELAZARI; SIMONE MEURER BRAND

RESUMO

Este relato de experiência descreve a implementação de ações de Educação Permanente em Saúde (EPS) como estratégia para fortalecer a cultura de segurança do paciente no Hospital Municipal Padre Germano Lauck (HMPGL), localizado na tríplice fronteira entre Brasil, Paraguai e Argentina. A intervenção foi desenvolvida pelo Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) em parceria com o Núcleo de Educação Permanente e Pesquisa (NEPE), utilizando rodas de conversa, análise de casos reais, revisão participativa de protocolos e aplicação do ciclo PDCA. A metodologia baseou-se nas Redes de Cogestão de Coletivos, Analisadora do Processo de Trabalho e Explicativa de Nós Críticos. Os resultados demonstraram aumento da adesão das equipes, ampliação e qualificação das notificações de incidentes, redução da cultura punitiva e fortalecimento da corresponsabilização multiprofissional. Conclui-se que a EPS é um dispositivo político-pedagógico essencial para transformar práticas assistenciais, promover ambientes seguros e consolidar uma cultura organizacional centrada no paciente.

Palavras-chave: Cultura organizacional; Gestão hospitalar; SUS.

1 INTRODUÇÃO

A segurança do paciente constitui um dos pilares da qualidade assistencial e representa um desafio permanente para os serviços de saúde. No Brasil, duas políticas estruturantes orientam a transformação das práticas profissionais: a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), instituída pela Portaria GM/MS nº 198/2004, e o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), criado pela Portaria nº 529/2013. A PNEPS fundamenta-se na problematização do processo de trabalho e na aprendizagem significativa, articulando formação, gestão e cuidado. Já o PNSP estabelece diretrizes para prevenção de incidentes, fortalecimento da cultura de segurança, gestão de riscos e participação ativa de trabalhadores e usuários.

Apesar de seus avanços conceituais, a implementação dessas políticas enfrenta obstáculos recorrentes, como sobrecarga de trabalho, rotatividade de profissionais, comunicação fragmentada e persistência de modelos punitivos que inibem a notificação de incidentes. A literatura nacional e internacional reforça que a segurança do paciente depende diretamente da qualificação contínua das equipes, da comunicação efetiva e da consolidação de práticas colaborativas.

No Hospital Municipal Padre Germano Lauck (HMPGL), localizado em Foz do Iguaçu — região marcada pela tríplice fronteira entre Brasil, Paraguai e Argentina — esses desafios são intensificados pela diversidade cultural e linguística, pelo fluxo internacional de usuários, pela alta demanda assistencial e por limitações estruturais. Nesse contexto, a Educação Permanente em Saúde (EPS) emerge como ferramenta estratégica para fortalecer

DOI: 10.51161/iv-conasus/82570

práticas seguras, promover corresponsabilização e transformar o ambiente hospitalar em espaço de aprendizagem viva.

Diante desse cenário, este trabalho tem como objetivo relatar a experiência de uma intervenção educativa desenvolvida no Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) do HMPGL, fundamentada nos princípios da EPS e orientada para o fortalecimento da cultura de segurança, revisão participativa de protocolos e ampliação das notificações acompanhadas de medidas corretivas.

2 RELATO DE CASO/EXPERIÊNCIA

A ausência de espaços regulares de escuta ativa, a fragmentação das relações interprofissionais e a baixa adesão aos protocolos institucionais configuravam um nó-crítico no HMPGL. Esses fatores dificultavam a consolidação de uma cultura de segurança e comprometiam a qualidade assistencial. As Organizações de Alta Confiabilidade (HROs) destacam que ambientes seguros dependem de lideranças comprometidas, comunicação transparente, cultura justa e aprendizagem contínua. No entanto, a realidade hospitalar brasileira ainda enfrenta desafios como resistência à mudança cultural, sobrecarga de trabalho, rotatividade de profissionais, comunicação limitada entre equipes, baixa cultura de notificação e fragilidades na formação continuada.

No contexto da tríplice fronteira, esses desafios são intensificados pela diversidade cultural e linguística, pelo fluxo internacional de usuários e pelas condições socioeconômicas heterogêneas. Diante desse cenário, tornou-se necessário desenvolver estratégias educativas contextualizadas e sensíveis às especificidades territoriais.

A intervenção foi conduzida pelo NSP em parceria com o Núcleo de Educação Permanente e Pesquisa (NEPE), utilizando três ferramentas metodológicas centrais: a Rede de Cogestão de Coletivos, a Rede Analisadora do Processo de Trabalho e a Rede Explicativa de Problemas e Nós Críticos. A Rede de Cogestão possibilitou a criação de espaços horizontais de diálogo, favorecendo a participação ativa dos trabalhadores. A Rede Analisadora permitiu identificar fragilidades como falhas de comunicação, baixa adesão a protocolos e rotatividade de profissionais. Já a Rede Explicativa evidenciou o nó-crítico central: **a inexistência de uma cultura institucional consolidada de segurança do paciente**.

Quadro 1 – Principais Nós Críticos Identificados

Categoria	**Descrição do Nó-Crítico**	**Impacto na Segurança do Paciente**
Comunicação	Falhas na troca de informações	Erros de medicação e duplicidade de procedimentos
Cultura Organizacional	Predomínio de abordagem punitiva	Subnotificação de incidentes
Recursos Humanos	Alta rotatividade e sobrecarga	Descontinuidade de protocolos
Gestão	Centralização das decisões	Baixa autonomia das equipes

A partir desse diagnóstico, estruturou-se um plano de ação baseado no ciclo PDCA, permitindo ajustes contínuos e monitoramento sistemático das intervenções.

Fluxograma 1 – Ciclo da Intervenção (PDCA)

PLANEJAR → levantamento de temas prioritários a partir das notificações
↓
EXECUTAR → rodas de conversa, capacitações rápidas, ações in loco
↓
CHECAR → análise de indicadores, atas e registros
↓
AGIR → ajustes pedagógicos e revisão de protocolos
↺ (retorno ao início)

As estratégias utilizadas incluíram rodas de conversa, análise de casos reais, revisão participativa de protocolos, elaboração de planos de ação, ações educativas in loco, sensibilização de gestores e monitoramento contínuo de indicadores. A intervenção alcançou setores assistenciais, administrativos e equipes de apoio, envolvendo cerca de 50% dos membros fixos do NSP e profissionais convidados.

Os resultados demonstraram avanços significativos na cultura de segurança do HMPGL. Houve aumento expressivo no número de notificações, acompanhado de maior qualidade das descrições e adoção de medidas corretivas. A equipe passou a compreender a notificação como instrumento de aprendizagem, e não de punição. Os encontros permitiram revisar protocolos críticos — como identificação segura, administração de medicamentos e prevenção de quedas — ampliando a legitimidade das mudanças e fortalecendo a padronização das práticas.

A adesão às reuniões e ações educativas aumentou progressivamente, indicando maior sensibilização e corresponsabilização das equipes. As rodas de conversa favoreceram a troca de saberes, reduziram conflitos e fortaleceram a comunicação interprofissional. A EPS consolidou-se como prática institucional, transformando o hospital em espaço de aprendizagem contínua e colaborativa.

Esses resultados dialogam com a literatura, que aponta que a segurança do paciente depende de processos educativos permanentes, cultura justa e gestão participativa. A experiência demonstra que a cultura de segurança não se impõe por normas, mas se constrói coletivamente; que a EPS promove protagonismo e aprendizagem significativa; e que a participação interprofissional é essencial para mudanças sustentáveis. Além disso, evidencia que a segurança do paciente é inseparável da humanização do cuidado.

Conclui-se que a Educação Permanente em Saúde transforma protocolos em práticas vivas, fortalece o SUS e promove cuidado seguro, ético e centrado no paciente, especialmente em contextos complexos como o da tríplice fronteira.

3 DISCUSSÃO

A experiência demonstrou que a EPS é capaz de transformar práticas assistenciais quando articulada à gestão participativa. O aumento das notificações não representou piora da assistência, mas sim amadurecimento institucional, conforme apontam estudos sobre Organizações de Alta Confiabilidade (HROs). A adoção da cultura justa reduziu o medo de punição e ampliou a corresponsabilização.

A tríplice fronteira impõe desafios adicionais, como barreiras linguísticas e diversidade cultural, exigindo estratégias educativas contextualizadas. A enfermagem assumiu papel central na condução das ações, reforçando sua função de liderança no cuidado e na segurança do paciente.

A utilização do ciclo PDCA permitiu ajustes contínuos e sustentação das ações, mesmo em um cenário de alta demanda e recursos limitados. A intervenção demonstrou que a

inovação em saúde pública não depende exclusivamente de investimentos financeiros, mas da valorização do capital humano e da aprendizagem coletiva.

4 CONCLUSÃO

A intervenção baseada em Educação Permanente em Saúde mostrou-se eficaz para fortalecer a cultura de segurança do paciente no HMPGL. Os principais avanços incluem:

- aumento da adesão das equipes;
- qualificação das notificações;
- redução da cultura punitiva;
- melhoria da comunicação interprofissional;
- revisão participativa de protocolos;
- consolidação de práticas seguras e colaborativas.

A EPS reafirma-se como dispositivo essencial para transformar o cotidiano dos serviços, promover ambientes seguros e fortalecer o SUS. Recomenda-se a continuidade das ações, ampliação para outros setores e integração com tecnologias educacionais.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, R. G. S. et al. Educação permanente em saúde e o impacto na prática assistencial: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, n. 3, p. 758-765, 2019.

BITENCOURT, J. V. V. et al. Avaliação do serviço de educação permanente em saúde em organizações hospitalares. Texto & Contexto – Enfermagem, v. 30, e20200155, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 198, de 13 de fevereiro de 2004**. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 529, de 1º de abril de 2013**. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília, 2013.

COSTA, D. B. et al. Gestão participativa e segurança do paciente. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 39, e20170132, 2018.

FREIRE, P. **Pedagogia da Autonomia**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2026.

JACOBOVSKI, T. S.; FERRO, M. G. R. Educação Permanente em Saúde. **Revista de Extensão e Cultura**, v. 5, n. 2, 2021.

PARENTE, J. R. et al. Desafios gerenciais da educação permanente em hospitais públicos. **Revista Brasileira de Gestão Hospitalar**, v. 15, n. 1, p. 12-25, 2024.

SANTOS, L. S.; VALENTE, G. S. C. Educação permanente em saúde e segurança do paciente. **Revista de Enfermagem UFPE**, 2020.

DOI: 10.51161/iv-conasus/82570

SIMAN, A. G.; BRITO, M. J. M. Gerenciamento do cuidado e segurança do paciente. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 37, n. 4, 2016.
WHO. **Patient Safety Curriculum Guide**. Geneva: WHO, 2018.

ZÚNIGA, M. et al. Facilitadores administrativos e formação continuada. Pan American **Journal of Public Health**, v. 48, e22, 2024.

MEDICALIZAÇÃO DO SOFRIMENTO PSÍQUICO E O PROCESSO DE TRABALHO DO APOIO MATRICIAL EM SAÚDE: NOTAS SOBRE OS IMPACTOS PARA A INTEGRALIDADE DO CUIDADO.

BRENA DA SILVA ALMEIDA; MARIA LUISA XIMENES FEIJÃO

RESUMO

A Atenção Primária à Saúde (APS) constitui-se como a principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS) e um espaço estratégico para o cuidado em saúde mental, especialmente diante do aumento de demandas relacionadas ao sofrimento psíquico contemporâneo. Nesse contexto, o apoio matricial (matriciamento) apresenta-se como um dispositivo central para a construção de práticas colaborativas, interdisciplinares e territorializadas, orientadas pela integralidade do cuidado. O presente estudo tem como objetivo analisar os impactos da medicalização do sofrimento psíquico nos processos de trabalho do matriciamento em saúde mental na APS, problematizando sua capacidade de sustentar práticas de cuidado ampliado em um cenário marcado pela racionalidade neoliberal. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, de caráter exploratório e analítico, fundamentada em revisão bibliográfica crítica realizada nas bases SciELO, LILACS e PubMed, contemplando produções nacionais e internacionais entre os anos de 2013 e 2024, além de obras clássicas do campo da saúde coletiva e da saúde mental. Os resultados indicam que, embora o matriciamento possua potencial para promover corresponsabilização entre equipes e ampliar a resolutividade do cuidado, sua operacionalização ocorre de forma ambivalente. Em diversos contextos, observa-se sua captura por lógicas produtivistas e gerencialistas, que favorecem práticas centradas no encaminhamento e na medicalização do sofrimento, em detrimento de abordagens que considerem suas determinações sociais. Conclui-se que a efetividade do matriciamento depende não apenas de sua concepção teórica, mas das condições institucionais e políticas que sustentam sua prática, sendo fundamental o fortalecimento de estratégias que ampliem a escuta, a responsabilização e o cuidado no território.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Clínica ampliada; Saúde mental.

1 INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), constitui-se como a principal porta de entrada para o cuidado e espaço estratégico de acolhimento das demandas em saúde mental. Nesse cenário, destaca-se o apoio matricial (matriciamento), concebido como uma tecnologia de gestão do cuidado baseada na articulação entre equipes de referência e equipes especializadas, orientada pela construção compartilhada de saberes, pela corresponsabilização e pela lógica da clínica ampliada (Campos; Domitti, 2007). Diferentemente do modelo tradicional de encaminhamento, o

DOI: 10.51161/iv-conasus/82598

matriciamento propõe deslocar o cuidado de uma lógica fragmentada e hierarquizada para práticas interdisciplinares e territorializadas.

Essa tecnologia se insere no horizonte ético-político da Reforma Psiquiátrica brasileira, amplamente discutida por Paulo Amarante (1995), que buscou romper com o paradigma hospitalocêntrico e instituir formas de cuidado pautadas na desinstitucionalização, na territorialidade e na centralidade do sujeito. Nesse contexto, o matriciamento emerge como dispositivo fundamental para sustentar a inserção da saúde mental na APS, fortalecendo a integralidade do cuidado no território.

Entretanto, a materialização dessas diretrizes ocorre em um contexto marcado por transformações profundas nos modos de subjetivação contemporâneos. No cotidiano da APS, observa-se a crescente incidência de demandas que escapam aos quadros psiquiátricos clássicos, como psicoses ou transtornos severos, e se expressam, sobretudo, como formas contemporâneas de sofrimento psíquico socialmente produzidas, tais como ansiedade generalizada, esgotamento psíquico relacionado ao trabalho (frequentemente nomeado como Burnout), sentimentos de inadequação, solidão, insegurança e fracasso. Tais sofrimentos são considerados paradigmáticos visto que não podem ser compreendidos apenas como disfunções individuais, mas reconhecidas suas configurações associadas às condições histórico-sociais.

Observa-se que há um mecanismo que atravessa essas modalidades de sofrimento que inclui a cultura, quer dizer, a epóca e o contexto, razão pela qual o neoliberalismo torna-se digno de nota. Autores como Byung-Chul Han (2017) e Christian Dunker (2015) apontam que o neoliberalismo produz um sujeito marcado pela autoexploração, pela hiperresponsabilização e pela exigência constante de desempenho, convertendo o sofrimento em falha individual. Nessa perspectiva, experiências como exaustão laboral, precarização da vida e fragilidade dos vínculos coletivos passam a ser reinterpretadas como problemas psíquicos individuais, passíveis de diagnóstico e intervenção técnica, com a consequente erradicação de qualquer compreensão sobre as falhas da estrutura da social.

É nesse ponto que se intensifica o processo de medicalização, compreendido, conforme Peter Conrad (2007) e Sandra Caponi (2012), como a transformação de questões sociais e existenciais em categorias médicas. Na APS, isso se traduz frequentemente em práticas centradas na prescrição medicamentosa e no encaminhamento para serviços especializados, operando uma redução do sofrimento psíquico à dimensão biológica e individual.

Tal dinâmica incide diretamente sobre o cotidiano das equipes de saúde, que se veem tensionadas entre, de um lado, a construção de práticas de cuidado ampliado, que implicam escuta qualificada, responsabilização e abordagem territorial, e de outro, a reprodução de respostas rápidas e fragmentadas, baseadas na lógica do encaminhamento. Nesse cenário, o matriciamento passa a ocupar um lugar paradoxal: embora concebido como estratégia de ampliação do acesso e da integralidade, sob determinadas condições, pode ser esvaziado de seu potencial crítico e operar como mecanismo de redistribuição de demandas, reforçando a desresponsabilização da APS e a centralidade do saber especializado. A partir disso, torna-se fundamental problematizar: como o matriciamento em saúde mental tem sido mobilizado na APS para lidar com as modalidades de sofrimento psíquico num contexto neoliberal?

O presente estudo tem como objetivo analisar os impactos da medicalização do sofrimento psíquico nos processos de trabalho do Apoio Matricial em saúde, avaliando se a lógica da medicalização da vida compromete a construção do cuidado colaborativo e a integralidade do cuidado na atenção básica.

2 MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo de natureza qualitativa, de caráter exploratório e analítico, fundamentado em revisão bibliográfica crítica da literatura. A pesquisa foi conduzida a partir de buscas nas bases de dados Scientific Electronic Library Online (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e PubMed, contemplando produções nacionais e internacionais no campo da saúde coletiva e da saúde mental.

Foram utilizados os seguintes descritores, em português e inglês, combinados por operadores booleanos: "Atenção Primária à Saúde", "saúde mental", "matriciamento", "medicalização", "encaminhamento", "Sistema Único de Saúde" e "primary health care", "mental health", "matrix support", "medicalization", "referral". O recorte temporal privilegiou publicações entre 2013 e 2024, de modo a contemplar produções recentes, sem excluir obras clássicas relevantes para a fundamentação teórica do campo (Brasil, 2011; Campos; Domitti, 2007; Conrad, 2007).

Foram incluídos estudos empíricos e teóricos que abordassem: (a) práticas de matriciamento em saúde mental no âmbito da Atenção Primária à Saúde; (b) fluxos de encaminhamento para serviços especializados, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); (c) processos de medicalização do sofrimento psíquico; e (d) demandas em saúde mental associadas às condições contemporâneas de vida e trabalho. Foram excluídos artigos que não dialogavam diretamente com o contexto do SUS, estudos centrados exclusivamente em níveis de atenção secundária ou terciária sem interface com a APS, bem como produções que não apresentavam relação com o campo da saúde mental.

Nos estudos selecionados, foram analisados os modos de manejo das demandas em saúde mental na APS, com ênfase na resolutividade do cuidado, nos padrões de encaminhamento, no uso de psicofármacos e na presença ou ausência de estratégias de cuidado compartilhado. Buscou-se identificar, a partir da literatura, tendências recorrentes, contradições e limites na organização do cuidado em saúde mental no território.

O matriciamento foi adotado como categoria analítica central, sendo compreendido enquanto dispositivo técnico-político de apoio institucional e compartilhamento de saberes entre equipes, conforme proposto por Campos e Domitti (2007). A análise do material foi realizada por meio de análise temática de conteúdo, conforme Bardin (2011), orientada pelos eixos: (1) práticas de matriciamento; (2) fluxos de encaminhamento; (3) processos de medicalização; e (4) formas de manejo das demandas em saúde mental na APS. A análise orientou-se por uma perspectiva crítica, articulando contribuições da saúde coletiva, da psicologia social e da teoria social crítica, com ênfase na problematização dos processos de medicalização, individualização do sofrimento e nas determinações sociais que atravessam a produção contemporânea do sofrimento psíquico (Conrad, 2007; Dunker, 2015).

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise dos estudos selecionados evidencia que o matriciamento em saúde mental no Sistema Único de Saúde (SUS) tem sido mobilizado em um contexto marcado pelo crescimento expressivo de demandas psíquicas relacionadas às transformações contemporâneas do mundo do trabalho e da vida social. Tais demandas não se restringem aos quadros psiquiátricos clássicos, mas se manifestam predominantemente como sofrimento difuso, incluindo sintomas de ansiedade, depressão e esgotamento psíquico relacionado ao trabalho (frequentemente denominado Burnout) especialmente no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) (OMS, 2022; OPAS, 2022).

Estudos empíricos indicam que os chamados transtornos mentais comuns (TMC), como ansiedade e depressão leve a moderada, representam uma parcela significativa das demandas atendidas na APS, estando profundamente associados a condições estruturais como precarização do trabalho, insegurança econômica, intensificação produtiva e fragilização das redes de apoio social (Goldberg; Huxley, 1992; Santos; Siqueira, 2010; Brasil, 2020). Nesse

sentido, o sofrimento psíquico contemporâneo deve ser compreendido como expressão das contradições sociais que atravessam a produção da vida sob o neoliberalismo.

Essa leitura é reforçada por análises críticas que apontam para a centralidade de processos de individualização do sofrimento. Conforme argumenta Dunker (2015), o sofrimento psíquico contemporâneo é frequentemente capturado por narrativas que deslocam sua determinação social para o campo da responsabilidade individual. De modo semelhante, Han (2017) destaca que a lógica neoliberal produz sujeitos orientados pelo desempenho, pela autoexploração e pela internalização da cobrança, transformando o fracasso em culpa individual e invisibilizando suas determinações estruturais.

É nesse cenário que o matriciamento se apresenta, em sua formulação teórica, como estratégia fundamental para tensionar tais reduções, ao propor a corresponsabilização entre equipes da APS e da saúde mental, bem como a ampliação da capacidade de escuta e intervenção sobre demandas complexas (Campos; Domitti, 2007; Brasil, 2011). Ao favorecer a construção compartilhada do cuidado, o matriciamento aponta para a possibilidade de elaboração clínica que articule dimensões subjetivas e sociais do sofrimento.

Apesar desse potencial teórico, a literatura evidencia uma significativa ambivalência na operacionalização desse dispositivo. Por um lado, há evidências consistentes de que o matriciamento contribui para a qualificação do cuidado em saúde mental na APS, promovendo maior resolutividade, reduzindo encaminhamentos desnecessários e fortalecendo práticas alinhadas à clínica ampliada e ao cuidado territorial (Iglesias; Avellar, 2016; Tesser; Poli Neto, 2017). Nesses contextos, observa-se maior implicação das equipes com os usuários e uma ampliação das estratégias de cuidado para além da medicalização.

Por outro lado, parte significativa da literatura aponta que, diante das condições concretas de trabalho na APS, marcadas por sobrecarga, escassez de recursos, alta rotatividade de profissionais e pressão por produtividade, o matriciamento tende a ser reduzido a uma função instrumental, operando como dispositivo de triagem e encaminhamento (Dimenstein Et Al., 2009; Onocko-Campos Et Al., 2018). Nesses casos, o que se observa é a reatualização de uma lógica fragmentada de cuidado, na qual o sofrimento psíquico é rapidamente convertido em demanda especializada.

Essa dinâmica se torna particularmente evidente no manejo das formas contemporâneas de sofrimento psíquico, como aquelas relacionadas ao trabalho, à instabilidade econômica e à fragilidade dos vínculos sociais. Tais experiências, ao não encontrarem espaço de elaboração no âmbito da APS, são frequentemente traduzidas em categorias diagnósticas e manejadas por meio de psicofármacos ou encaminhamentos para os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), reforçando processos de medicalização (Conrad, 2007; Caponi, 2012; Brasil, 2011).

Nesse ponto, evidencia-se uma tensão estrutural entre o potencial crítico do matriciamento e as condições concretas de sua implementação. Se, por um lado, o dispositivo propõe a ampliação do cuidado e a construção de respostas territorializadas e interdisciplinares, por outro, sua inserção em um sistema atravessado por racionalidades gerencialistas e produtivistas tende a capturar sua potência, reduzindo-o a uma estratégia de gestão da demanda. Essa contradição pode ser compreendida à luz da crítica à racionalidade neoliberal, que promove a intensificação do trabalho, a padronização de práticas e a valorização de respostas rápidas e mensuráveis, em detrimento de processos clínicos mais complexos (Dardot; Laval, 2016; Han, 2017).

Nesse contexto, o sofrimento psíquico contemporâneo, marcado por sua dimensão social e difusa, encontra dificuldade de inscrição em práticas de cuidado que operam sob a lógica da eficiência e da produtividade. Assim, o matriciamento configura-se como um dispositivo em disputa, cuja efetividade depende não apenas de sua formulação teórica, mas das condições materiais e políticas que sustentam sua prática. Quando articulado a uma

perspectiva crítica, pode operar como ferramenta potente de resistência à medicalização e à individualização do sofrimento, ampliando as possibilidades de cuidado na APS. Entretanto, quando capturado por lógicas institucionais restritivas, tende a reproduzir os mesmos limites que busca superar, contribuindo para a fragmentação do cuidado e para a desresponsabilização das equipes.

Por fim, os achados indicam que o enfrentamento das demandas subjetivas contemporâneas na APS exige não apenas a ampliação de dispositivos como o matriciamento, mas também a problematização das condições estruturais que produzem o sofrimento e organizam o trabalho em saúde. Trata-se, portanto, de recolocar o cuidado em saúde mental no campo das determinações sociais, reconhecendo que a clínica, longe de ser neutra, é atravessada por disputas políticas, econômicas e epistemológicas (Foucault, 1979)

4 CONCLUSÃO

O estudo evidenciou que o matriciamento em saúde mental, embora concebido como estratégia de ampliação do cuidado na Atenção Primária à Saúde, apresenta limites importantes em sua operacionalização no cotidiano dos serviços. Observou-se que as demandas relacionadas ao sofrimento psíquico contemporâneo, fortemente associadas às transformações sociais e ao contexto neoliberal, têm sido frequentemente manejadas por meio de práticas medicalizantes e encaminhamentos para serviços especializados.

Tal dinâmica compromete a integralidade do cuidado e tensiona o papel da APS como coordenadora da atenção em saúde mental. Nesse cenário, o matriciamento configura-se como um dispositivo em disputa: quando sustentado por práticas críticas e condições institucionais adequadas, fortalece o cuidado territorial e interdisciplinar; quando capturado por lógicas produtivistas, tende a reproduzir a fragmentação do cuidado.

Como limitação, destaca-se o caráter bibliográfico do estudo. Recomenda-se a realização de pesquisas empíricas futuras, bem como o fortalecimento de políticas públicas que garantam melhores condições de trabalho e formação permanente das equipes.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil.** 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** São Paulo: Edições 70, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial.** Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde mental e atenção psicossocial na pandemia COVID-19.** Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cadernos de Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, 2007.

CAPONI, S. **Medicalização da vida: ética, saúde pública e indústria farmacêutica.** São Paulo: Hucitec, 2012.

CONRAD, P. **The medicalization of society: on the transformation of human conditions into treatable disorders.** Baltimore: Johns Hopkins University Press, 2007.

DARDOT, P.; LAVAL, C. **A nova razão do mundo: ensaio sobre a sociedade neoliberal.** São Paulo: Boitempo, 2016.

DIMENSTEIN, M. *et al*. O apoio matricial em saúde mental: uma análise a partir da experiência de Natal/RN. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 841-860, 2009.

DUNKER, C. I. L. **Mal-estar, sofrimento e sintoma: uma psicopatologia do Brasil entre muros.** São Paulo: Boitempo, 2015.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder.** Rio de Janeiro: Graal, 1979.

GOLDBERG, D.; HUXLEY, P. **Common mental disorders: a bio-social model.** London: Routledge, 1992.

HAN, B.-C. **Sociedade do cansaço.** Petrópolis: Vozes, 2017.

IGLESIAS, A.; AVELLAR, L. Apoio matricial em saúde mental: revisão sistemática. **Ciência & Saúde Coletiva,** Rio de Janeiro, v. 21, n. 11, p. 3455-3466, 2016.

ONOCKO-CAMPOS, R. *et al.* Saúde mental na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em uma grande cidade brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva,** Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1907-1916, 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **World mental health report: transforming mental health for all**. Geneva: WHO, 2022.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Saúde mental nas Américas. Washington:** OPAS, 2022.

SANTOS, M.; SIQUEIRA, C. Transtornos mentais comuns na atenção primária. **Revista Brasileira de Psiquiatria,** São Paulo, v. 32, n. 2, p. 123-130, 2010.

TESSER, C. D.; POLI NETO, P. Atenção especializada ambulatorial no SUS: para superar um vazio. **Ciência & Saúde Coletiva,** Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 941-951, 2017.

DOI: 10.51161/iv-conasus/82598

A IMPORTÂNCIA DA EPIDEMIOLOGIA NO CONTROLE DAS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

LÚCIA VALÉRIA CHAVES;

Introdução: A Epidemiologia é a ciência que estuda a distribuição e os determinantes dos eventos relacionados à saúde nas populações. Seu papel é fundamental para compreender o processo saúde-doença e subsidiar a formulação de políticas públicas. Entre os principais desafios atuais destacam-se as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), como hipertensão arterial, diabetes mellitus e doenças cardiovasculares, responsáveis por elevadas taxas de morbimortalidade no mundo. **Objetivo:** Compreender a contribuição da Epidemiologia para a prevenção, vigilância e controle das Doenças Crônicas Não Transmissíveis, por meio da análise da literatura científica. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão bibliográfica realizada a partir da consulta a artigos científicos, livros e documentos oficiais disponíveis em bases de dados nacionais e internacionais. Foram selecionadas publicações que abordavam a relação entre Epidemiologia e o enfrentamento das DCNT, considerando aspectos relacionados aos fatores de risco, vigilância epidemiológica e estratégias de prevenção. **Resultados:** Os estudos analisados demonstraram que as DCNT representam uma das principais causas de adoecimento e morte na população. Fatores como sedentarismo, alimentação inadequada, tabagismo, consumo excessivo de álcool e obesidade foram apontados como determinantes para o aumento da incidência dessas doenças. A literatura evidenciou ainda que os indicadores epidemiológicos são ferramentas essenciais para monitorar agravos, identificar grupos vulneráveis e orientar ações de promoção da saúde e prevenção de doenças. **Conclusão:** A revisão bibliográfica evidenciou a importância da Epidemiologia como instrumento indispensável para o planejamento e execução de ações voltadas ao controle das doenças crônicas não transmissíveis. O fortalecimento da vigilância epidemiológica e das estratégias de promoção da saúde é fundamental para reduzir os impactos dessas enfermidades na população.

Palavras-chave: **DOENÇAS CRÔNICAS; EPIDEMIOLOGIA; VIGILÂNCIA EM SAÚDE**

DOI: 10.51161/iv-conasus/82656

EXPERIÊNCIA DE UMA RODA DE GESTANTES CONDUZIDA POR ESTUDANTES DE OBSTETRÍCIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

AMANDA GARCIA SANTANA; LÍVIA BRIGIDA; JULIA DAL BELLO MARTINELI; MARINA SANTOS; MAYRA MARCELLINO; PIETRA VIEIRA; PATRÍCIA WOTTRICH PARENTI

RESUMO

A gestação é um período de intensas transformações físicas, emocionais e sociais, demandando ações de cuidado que ultrapassem o acompanhamento clínico tradicional. Nesse contexto, atividades coletivas desenvolvidas na Atenção Primária à Saúde podem contribuir para a promoção da saúde, fortalecimento da autonomia e qualificação do cuidado pré-natal. Este trabalho teve como objetivo relatar a experiência de uma roda de gestantes conduzida por estudantes de Obstetrícia em uma Unidade Básica de Saúde da zona leste do município de São Paulo. Trata-se de um relato de experiência realizado na UBS Três Pontes, administrada pela Organização Social de Saúde Santa Marcelina, no período de agosto de 2025 a agosto de 2026. As atividades ocorreram semanalmente, com duração de duas horas, sendo conduzidas por oito estudantes, organizadas em sistema de revezamento. Participaram gestantes, puérperas e acompanhantes acompanhados pela Estratégia Saúde da Família da unidade. Os encontros abordaram temas relacionados à gestação, parto, puerpério, amamentação, cuidados com o recém-nascido, planejamento reprodutivo e práticas integrativas, utilizando metodologias participativas, dinâmicas de grupo, rodas de conversa, atividades lúdicas e recursos audiovisuais. Durante o período, foram realizados aproximadamente 30 encontros, envolvendo mais de 50 participantes, com média de 10 pessoas por atividade e participação recorrente de grande parte das usuárias. Observou-se ampliação do conhecimento sobre os temas abordados, fortalecimento da confiança para o parto, maior adesão ao pré-natal e aos exames de rotina, além do fortalecimento do vínculo entre usuárias e equipe de saúde. Também foram identificados relatos de maior aceitação da gestação, construção de redes de apoio e aumento da autonomia para tomada de decisões relacionadas ao processo reprodutivo. Para as estudantes, a experiência favoreceu o desenvolvimento de habilidades de comunicação, educação em saúde, trabalho em equipe e organização de atividades coletivas. Conclui-se que a roda de gestantes constitui uma estratégia potente para a promoção da saúde e do cuidado integral na Atenção Primária, fortalecendo a integração ensino-serviço-comunidade e contribuindo para a qualificação da assistência e da formação profissional.

Palavras-chave: Promoção da saúde; Cuidado integral; Saúde materna

1 INTRODUÇÃO

A gestação constitui um período marcado por intensas transformações físicas, emocionais e sociais, demandando ações de cuidado que ultrapassem o acompanhamento clínico tradicional (BRASIL, 2012). Nesse contexto, a Atenção Primária à Saúde (APS)

desempenha papel fundamental na promoção da saúde materna e na construção de espaços que favoreçam o acolhimento, a educação em saúde e o fortalecimento da autonomia das gestantes. As rodas de gestantes configuram-se como estratégias coletivas capazes de promover troca de experiências, compartilhamento de saberes e fortalecimento dos vínculos entre usuárias, profissionais de saúde e comunidade. Evidências científicas apontam que atividades grupais durante o pré-natal contribuem para ampliação do conhecimento sobre gestação, parto, puerpério e cuidados com o recém-nascido, além de favorecerem o suporte social, a redução de inseguranças e a participação ativa das mulheres em seu processo de cuidado (HENRIQUES et al., 2015).

Da mesma forma, a incorporação de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS), como yoga, auriculoterapia e atividades expressivas, têm demonstrado potencial para promover bem-estar físico e emocional durante a gestação, fortalecendo a integralidade da assistência preconizada pelo Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2006). Nesse cenário, desde agosto de 2025, estudantes do curso de Obstetrícia da Universidade de São Paulo desenvolvem semanalmente uma roda de gestantes na UBS Três Pontes, localizada no bairro Jardim Romano, zona leste do município de São Paulo, unidade administrada pela Organização Social de Saúde Santa Marcelina. A atividade reúne gestantes acompanhadas pela Estratégia Saúde da Família em encontros voluntários que abordam diferentes temáticas relacionadas ao ciclo gravídico-puerperal, associando educação em saúde, dinâmicas participativas, práticas corporais e recursos das PICS.

Diante da relevância de estratégias coletivas para qualificação do cuidado pré-natal na APS, este trabalho tem como objetivo relatar a experiência de uma roda de gestantes conduzida por estudantes de Obstetrícia em uma unidade de saúde da zona leste do município de São Paulo, destacando suas contribuições para a educação em saúde, promoção do cuidado integral e fortalecimento do vínculo entre gestantes e serviços de saúde.

2 RELATO DE EXPERIÊNCIA

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, elaborado a partir da vivência de estudantes do curso de Obstetrícia da Universidade de São Paulo (USP) na condução de rodas de gestantes desenvolvidas na Unidade Básica de Saúde Três Pontes, localizada no bairro Jardim Romano, zona leste do município de São Paulo, unidade vinculada à Estratégia Saúde da Família e administrada pela Organização Social de Saúde Santa Marcelina. A experiência analisada compreende o período de agosto de 2025 a agosto de 2026 e integra as atividades de ensino-serviço desenvolvidas pelas estudantes em parceria com a equipe multiprofissional da unidade. As rodas de gestantes são realizadas semanalmente às quintas-feiras, das 14h às 16h, configurando-se como estratégia de educação em saúde voltada à promoção da autonomia, fortalecimento do vínculo com os serviços de saúde e compartilhamento de experiências entre gestantes, puérperas, estudantes e profissionais da Atenção Primária à Saúde. A utilização de rodas de conversa fundamenta-se em evidências que apontam esse dispositivo como ferramenta capaz de promover espaços horizontais de diálogo, favorecer a troca de saberes e estimular a construção coletiva do conhecimento, fortalecendo o protagonismo dos participantes no processo de cuidado. Estudos realizados na Atenção Primária demonstram que metodologias participativas e lúdicas ampliam o engajamento dos usuários, favorecem a aprendizagem e fortalecem os vínculos entre comunidade e profissionais de saúde (HENRIQUES et al., 2015).

As participantes são gestantes e puérperas acompanhadas pela Estratégia Saúde da Família da UBS, convidadas voluntariamente durante consultas de pré-natal, atendimentos multiprofissionais e ações desenvolvidas pelas Agentes Comunitárias de Saúde. A condução dos encontros é realizada por oito estudantes de Obstetrícia, organizadas em escala de

revezamento, formando duplas responsáveis pelo planejamento, execução e avaliação das atividades semanais. O planejamento semestral é estruturado a partir de cronograma temático previamente definido, permitindo às estudantes a escolha dos temas conforme afinidade e interesse. Os encontros abordam conteúdos relacionados ao ciclo gravídico-puerperal, incluindo descoberta da gestação, alimentação saudável, atividade física, práticas integrativas, preparação para o parto, plano de parto, intervenções obstétricas, violência obstétrica, amamentação, cuidados com o recém-nascido, planejamento reprodutivo pós-parto e introdução alimentar. Além disso, é realizado um encontro de encerramento com participação das gestantes, puérperas e bebês acompanhados ao longo do período.

As atividades são desenvolvidas por meio de metodologias ativas de ensino-aprendizagem, inspiradas nos princípios da educação popular em saúde, utilizando rodas de conversa, dinâmicas de grupo, recursos audiovisuais, atividades lúdicas e momentos de construção coletiva do conhecimento. Segundo Silva et al. (2020), a roda de conversa constitui um importante dispositivo de articulação entre ensino, serviço e comunidade, permitindo a valorização dos saberes populares e a reflexão crítica sobre as experiências vividas. De maneira semelhante, Henriques et al. (2015) observaram que a utilização de rodas de conversa com gestantes favorece a criação de espaços acolhedores para esclarecimento de dúvidas, fortalecimento de vínculos e compartilhamento de experiências relacionadas à gestação, parto e puerpério.

Como recursos complementares, são utilizadas Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS), incluindo yoga (Figura 1), auriculoterapia e arteterapia, reconhecidas pelo Ministério da Saúde (2006) como estratégias promotoras de bem-estar, autocuidado e integralidade da atenção. Também são realizadas atividades corporais, exercícios de relaxamento, exibição de documentários temáticos e dinâmicas que estimulam a participação ativa das usuárias. Os encontros contam ainda com o apoio de profissionais da equipe multiprofissional da unidade, incluindo enfermeiros, médicos, nutricionistas, psicólogos, agentes comunitários de saúde e profissionais da equipe eMulti, convidados a participar conforme a temática abordada e as necessidades identificadas durante o processo.

Como instrumentos de registro e acompanhamento, são utilizados os prontuários eletrônicos das participantes, nos quais são registradas as presenças por meio das Agentes Comunitárias de Saúde, listas de frequência, registros fotográficos e audiovisuais autorizados mediante assinatura de Termo de Uso de Imagem, além de relatórios e registros reflexivos produzidos pelas estudantes após cada atividade. Também é disponibilizada declaração de comparecimento para as participantes que necessitam justificar sua presença. A análise dos dados foi realizada de forma qualitativa, descritiva e reflexiva, baseada nos registros produzidos durante o período de execução das atividades e nas percepções das estudantes e profissionais envolvidos, bem como a gravação de depoimentos voluntários pelas próprias gestantes e puérperas da amostra.

Foram analisados aspectos relacionados à participação das usuárias, adesão às atividades, fortalecimento dos vínculos com a unidade de saúde, potencialidades das metodologias participativas e contribuições da integração ensino-serviço para a qualificação da assistência pré-natal. Tal abordagem encontra respaldo em estudos que demonstram que experiências coletivas de educação em saúde contribuem tanto para a promoção da saúde das usuárias quanto para a formação crítica e humanizada dos futuros profissionais de saúde (FALKENBERG et al., 2014).

3 DISCUSSÃO

Durante o período de agosto de 2025 a agosto de 2026 foram realizados aproximadamente 30 encontros da roda de gestantes na UBS Três Pontes, envolvendo mais de

50 participantes entre gestantes, puérperas e acompanhantes. Observou-se uma média de 10 participantes por encontro, com registros de até 25 pessoas em algumas atividades. Destaca-se a participação recorrente de grande parte das usuárias, que frequentavam diversos encontros consecutivos ao longo do ciclo gravídico-puerperal, bem como o retorno de puérperas acompanhadas de seus bebês, demonstrando vínculo com a atividade e com a unidade de saúde. A adesão contínua das participantes permitiu a construção de um espaço de confiança, acolhimento e compartilhamento de experiências, favorecendo a criação de redes de apoio entre mulheres que vivenciaram diferentes momentos da maternidade.

Ao longo das atividades, observou-se ampliação do conhecimento das participantes acerca dos temas abordados, especialmente sobre gestação, parto, amamentação, cuidados com o recém-nascido e planejamento reprodutivo. As rodas de conversa possibilitaram que dúvidas fossem esclarecidas de forma coletiva, permitindo que os conhecimentos técnico-científicos apresentados pelas estudantes fossem complementados pelas experiências compartilhadas entre as próprias participantes. Esses achados corroboram os resultados descritos por Henriques et al. (2015), que identificaram as rodas de conversa como estratégias capazes de fortalecer processos de ensino-aprendizagem, estimular a participação ativa das gestantes e promover maior aproximação entre usuárias e profissionais da Atenção Primária à Saúde.

Entre os impactos observados, destacam-se relatos de gestantes que, após participarem dos encontros sobre fisiologia do parto, plano de parto e direitos reprodutivos, demonstraram maior segurança para participar das decisões relacionadas ao nascimento. Em alguns casos, mulheres com histórico prévio de cesariana por indicação considerada desnecessária, relataram interesse e planejamento para vivenciar o parto vaginal em gestações subsequentes, após compreenderem melhor os benefícios do parto fisiológico e os critérios clínicos para indicação cirúrgica. Também foram observadas mudanças relacionadas à aceitação da gestação, especialmente entre mulheres que inicialmente manifestavam sentimentos de rejeição ou dificuldade de vinculação com a gravidez não planejada. Atividades como rodas de acolhimento, pintura gestacional, escuta qualificada e compartilhamento de experiências favoreceram a expressão de sentimentos e contribuíram para o fortalecimento do vínculo materno-fetal e para a adesão ao plano terapêutico construído pela equipe multiprofissional.

Além disso, segundo relatos das participantes, houve aumento da confiança para o trabalho de parto, maior compreensão sobre os benefícios da amamentação, fortalecimento da adesão às consultas de pré-natal e maior comprometimento com a realização de exames e demais cuidados recomendados durante a gestação. Tais resultados reforçam a relevância das ações coletivas de educação em saúde como estratégias complementares ao acompanhamento clínico individual. Estudos sobre grupos de gestantes na Atenção Primária apontam que espaços coletivos favorecem o desenvolvimento da autonomia, o fortalecimento do autocuidado e a ampliação do protagonismo feminino durante a gestação e o parto (OLIVEIRA et al., 2021).

Outro aspecto relevante foi o fortalecimento do vínculo entre usuárias e equipe de saúde. A participação frequente das gestantes nas atividades favoreceu maior aproximação com os profissionais da UBS, ampliando a confiança nos serviços ofertados e estimulando a continuidade do acompanhamento pré-natal. Também foi observada maior integração entre as participantes e os profissionais envolvidos, incluindo agentes comunitários de saúde, enfermeiros, médicos, nutricionistas, psicólogos e profissionais da equipe eMulti. Esse resultado está em consonância com a literatura que aponta as rodas de conversa como ferramentas capazes de aproximar comunidade e serviços de saúde, promovendo relações mais horizontais e fortalecendo os princípios da integralidade e da humanização do cuidado (HENRIQUES et al., 2015).

No que se refere à formação acadêmica, a experiência possibilitou o desenvolvimento de competências fundamentais para a atuação profissional das estudantes de Obstetrícia. As participantes da equipe relataram aprimoramento das habilidades de comunicação, planejamento, organização de atividades coletivas, educação em saúde e trabalho em equipe. Além disso, a necessidade de conduzir grupos, elaborar materiais educativos, mediar discussões e dialogar com diferentes profissionais, fortaleceu competências relacionadas à liderança, autonomia profissional e prática colaborativa. Esses achados são semelhantes aos descritos por Oliveira et al. (2021), que identificaram que a participação em atividades educativas coletivas contribui significativamente para o desenvolvimento de habilidades técnicas, comunicacionais e sociais dos estudantes da área da saúde.

Como limitação da experiência, destaca-se a necessidade frequente de aquisição de materiais para realização de dinâmicas e atividades educativas, o que por vezes restringiu a implementação de algumas propostas planejadas pelas estudantes. Apesar disso, a criatividade da equipe e a utilização de recursos de baixo custo permitiram a continuidade das ações sem comprometer os objetivos da atividade. De forma geral, os resultados evidenciam que a roda de gestantes constitui uma estratégia potente para promoção da saúde, educação em saúde, fortalecimento de vínculos e qualificação do cuidado pré-natal na Atenção Primária à Saúde, além de representar um importante cenário de formação para estudantes de Obstetrícia inseridas em atividades de integração ensino-serviço-comunidade.

Cronograma temático de rodas de conversa:

ESTOU GRÁVIDA! E AGORA?	**EXERCÍCIOS FÍSICOS DURANTE A GESTAÇÃO**
ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL NA GESTAÇÃO	**PRÁTICAS INTEGRATIVAS COMPLEMENTARES EM SAÚDE NA GESTAÇÃO**
CINE PIPOCA - O RENASCIMENTO DO PARTO	**PARTO - PARTE 1**
PARTO - PARTE 2	**PLANO DE PARTO**
AMAMENTAÇÃO	**CUIDADOS COM O RECÉM NASCIDO**
TÉCNICAS DE RELAXAMENTO COM O RECÉM NASCIDO	**PLANEJAMENTO REPRODUTIVO NO PÓS PARTO**
INTRODUÇÃO ALIMENTAR	**FORMATURA**

Figura 1: Prática de Yoga na roda de PICS

Figura 2: Formatura de gestantes (2025)

4 CONCLUSÃO

A roda de gestantes desenvolvida na UBS Três Pontes mostrou-se uma estratégia relevante para a promoção da educação em saúde e do cuidado integral durante o ciclo gravídico-puerperal. A atividade favoreceu o esclarecimento de dúvidas, o compartilhamento de experiências, o fortalecimento da autonomia das gestantes e a ampliação do vínculo com a equipe de saúde, refletindo em maior adesão ao pré-natal e aos cuidados recomendados durante a gestação e o puerpério.

Além dos benefícios para as participantes, a experiência contribuiu para a formação das estudantes de Obstetrícia, fortalecendo competências relacionadas à comunicação, trabalho em equipe, planejamento de atividades coletivas e educação em saúde. Como principal limitação, destaca-se a disponibilidade restrita de recursos materiais para algumas dinâmicas propostas. Conclui-se que as rodas de gestantes constituem uma ferramenta potente na Atenção Primária à Saúde, com potencial para ser ampliada e replicada em outros serviços, sendo recomendados estudos futuros que avaliem seus impactos de forma sistematizada.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Cadernos de Atenção Básica, n. 32). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf. Acesso em: 9 jun. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 971, de 3 de maio de 2006. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 4 maio 2006. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0971_03_05_2006.html. Acesso em: 9 jun. 2026.

FALKENBERG, M. B. et al. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a formação profissional. Ciência & Saúde Coletiva, v. 19, n. 3, p. 847-852, 2014. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/kCNFQy5zkw4k6ZT9C3VntDm/. Acesso em: 9 jun. 2026.

HENRIQUES, A. H. B. et al. Grupo de gestantes: contribuições e potencialidades na complementaridade da assistência pré-natal. Revista Brasileira em Promoção da Saúde, v. 28, n. 1, p. 23-31, 2015. Disponível em: https://ojs.unifor.br/RBPS/article/view/3009/pdf. Acesso em: 9 jun. 2026.

OLIVEIRA, M. F. et al. Roda de conversa em um ambulatório público: o papel da atenção primária na educação popular em saúde. Research, Society and Development, v. 10, n. 13, e456101321256, 2021. Disponível em: https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/download/21256/19191/259892. Acesso em: 9 jun. 2026.

SILVA, M. E. P. et al. Rodas de conversa com gestantes como estratégias para promoção da saúde no período pré-natal. Revista Nursing (São Paulo), v. 23, n. 263, p. 3760-3765, 2020. Disponível em: https://www.revistanursing.com.br/index.php/revistanursing/article/view/673/662. Acesso em: 9 jun. 2026.

ALÉM DOS MITOS: COMO O PRÉ-NATAL ODONTOLÓGICO FORTALECE A SAÚDE MATERN0-INFANTIL NA ATENÇÃO BÁSICA DO SUS

LISSANDRA CORREA VIEIRA

Introdução: A gestação é um momento especial, quando ações simples de prevenção podem mudar a vida da mãe e do bebê. Na Atenção Básica, o pré-natal odontológico é peça importante que integra o cuidado completo desde as unidades de saúde da família. O Ministério da Saúde recomenda que todas as gestantes façam consulta com dentista, e o Previne Brasil tem meta de 60%. Mas a realidade é dura: apenas 51% das gestantes no SUS conseguem esse atendimento. Muitos mitos — como "não pode fazer tratamento na gravidez" — afastam as mulheres. Quando a gestante não faz pré-natal odontológico, problemas na boca podem virar complicações, e ela precisa ser encaminhada para hospitais especializados, aumentando a sobrecarga no SUS. **Objetivo:** Mostrar que o tratamento dentário na gravidez é seguro e discutir como o pré-natal odontológico pode fortalecer a Atenção Primária, prevenir complicações e cuidar melhor das gestantes, seguindo a Política Nacional de Saúde Bucal. **Metodologia:** Revisão da literatura com artigos e diretrizes nacionais e internacionais sobre atendimento odontológico na gestação. **Resultados:** Tratar a boca da gestante é seguro. Lidocaína 2% com epinefrina é anestésico indicado. Radiografia pode ser feita quando o dentista precisa. Transiluminação ajuda enxergar problemas sem radiação. Paracetamol, amoxicilina e clorexidina 0,12% são seguros quando prescritos adequadamente. Pesquisas no Brasil mostram que doença na gengiva da mãe aumenta risco de parto prematuro, baixo peso e pré-eclâmpsia. O pré-natal odontológico dá chance para a equipe de saúde da família, junto com o dentista, orientar melhor a gestante e cuidar de quem está em situação mais frágil. **Conclusão:** O pré-natal odontológico é oportunidade que a Atenção Primária não pode perder. É janela inovadora para promover saúde materno-infantil nos primeiros 1000 dias de vida (da gestação até os 2 anos do bebê). Ajuda o bebê a nascer saudável, reduz parto prematuro, baixo peso e pré-eclâmpsia, e previne cárie na infância. Para o SUS, reduz encaminhamentos caros e uso inteligente dos recursos. Ampliar o pré-natal odontológico nas unidades da família, com acompanhamento contínuo até os 2 anos, é cuidar de verdade da mulher e criança, de forma justa, desde a atenção básica.

Palavras-chave: **ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE; SAÚDE BUCAL; GESTAÇÃO**

DOI: 10.51161/iv-conasus/82813

CIGUATERA EM FERNANDO DE NORONHA – PERNAMBUCO: RISCOS DE INTOXICAÇÃO, VIGILÂNCIA SANITÁRIA E IMPACTOS SOCIOAMBIENTAIS NO ÂMBITO DO SUS

ANDRÉ FILIPE VIEIRA PEREIRA DA SILVA; TAMYRIS GOMES DA SILVA SANTOS; DOUGLAS GOMES DA SILVA; KARLA FREIRE BAETA; GUILHERME RICARDO PEREIRA SANTOS

RESUMO

A ciguatera é uma intoxicação alimentar causada pela ingestão de peixes recifais contaminados com ciguatoxinas (CTXs), substâncias produzidas por dinoflagelados marinhos do gênero *Gambierdiscus*. Até 2022, não havia registros da doença no Brasil. A partir desse ano, o Arquipélago de Fernando de Noronha (PE) passou a registrar casos suspeitos, totalizando cerca de 190 notificações entre 2022 e 2025. Este relato de experiência analisa o cenário epidemiológico da intoxicação, abordando a sintomatologia clínica, os mecanismos de transmissão, os impactos ambientais associados à degradação recifal, os danos econômicos sobre pescadores e marisqueiros artesanais e os desafios ao SUS na vigilância e no manejo dos casos. O trabalho evidencia a urgência de fortalecer a vigilância epidemiológica, a educação em saúde e a proteção ambiental como pilares do enfrentamento desse agravo emergente.

Palavras-chave: Biotoxinas marinhas; Pesca artesanal; Recifes de coral.

INTRODUÇÃO

A relação entre saúde humana e integridade ambiental constitui um dos eixos estratégicos da Saúde Ambiental no âmbito do SUS. Nesse contexto, a proliferação de microalgas tóxicas marinhas configura fenômeno crescente, associado à degradação dos ecossistemas recifais, ao aquecimento dos oceanos e às alterações das cadeias tróficas — reflexos diretos da crise climática global (BERDALET *et al.*, 2016; GINGOLD; STRICKLAND; HESS, 2014). A ciguatera é a intoxicação por biotoxinas marinhas mais frequentemente notificada no mundo, endêmica nas regiões tropicais e subtropicais do Pacífico, do Índico e do Mar do Caribe, com estimativas que variam de 10 mil a 500 mil pessoas acometidas anualmente (FRIEDMAN *et al.*, 2017; CHINAIN *et al.*, 2021). É causada pela ingestão de peixes de recife contaminados com ciguatoxinas, produzidas por

DOI: 10.51161/iv-conasus/82831

dinoflagelados bentônicos do gênero *Gambierdiscus* (LEWIS, 2001; GEOHAB, 2012). Essas microalgas crescem associadas às macroalgas e aos substratos recifais, sendo ingeridas por peixes herbívoros que transferem as toxinas progressivamente para peixes carnívoros de maior porte, em processo de bioacumulação e biomagnificação ao longo da cadeia trófica (GEOHAB, 2012; FAO; WHO, 2020). As ciguatoxinas são termoestáveis, incolores, inodoras e insípidas, o que impossibilita tanto sua detecção sensorial quanto sua eliminação por coccção, congelamento, salga ou defumação (CDC, 2024; UBALDI *et al.*, 2021). Atuam como agonistas dos canais de sódio voltagem-dependentes das membranas celulares excitáveis, provocando despolarização axonal e descargas repetitivas de potenciais de ação, o que explica o quadro clínico neurológico peculiar da doença (FRIEDMAN *et al.*, 2017; COSTA *et al.*, 2017).

Até 2022, a ciguatera não possuía registros oficiais no Brasil (PERNAMBUCO, 2025b). A partir desse ano, o Arquipélago de Fernando de Noronha passou a notificar casos suspeitos, inaugurando um cenário inédito no país (PERNAMBUCO, 2025b). Em 2023, o aumento expressivo das notificações levou os órgãos estaduais de saúde a emitir alertas públicos, após surtos com múltiplos casos associados ao consumo de guarajuba (*Caranx latus*) e barracuda (*Sphyraena barracuda*) (PERNAMBUCO, 2025b). O evento gerou repercussões sanitárias, ambientais, econômicas e sociais, dado o impacto sobre comunidades pesqueiras artesanais (TRIBUNA DO NORTE, 2026). O presente relato tem como objetivo analisar os riscos de intoxicação por ciguatoxina em Fernando de Noronha, a sintomatologia clínica, a importância da vigilância em saúde no SUS e as repercussões ambientais e econômicas para pescadores, marisqueiros e a saúde pública local.

METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência de caráter descritivo e analítico, desenvolvido por meio de revisão documental e bibliográfica sobre a ocorrência de ciguatera em Fernando de Noronha. Foram consultadas as Notas Técnicas Conjuntas da Secretaria de Estado da Saúde de Pernambuco (SES-PE), da Agência Pernambucana de Vigilância Sanitária (Apevisa), da Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde e Atenção Primária (SEVSAP) e da Superintendência de Saúde do Arquipélago (SUSAÚDE/DEFN), com destaque para a Nota Técnica Conjunta nº 06/2025 (PERNAMBUCO, 2025b). Utilizaram-se, ainda, os registros da Oficina sobre Intoxicação Ciguatera em Fernando de Noronha, realizada em 24 de março de 2025 com participação do Ministério da Saúde, ANVISA, ICMBio, UNIRIO, LACEN-PE, CIAtox-PE, Ministério Público de Pernambuco, Compesa, CPRH e demais órgãos (PERNAMBUCO, 2025a); a Nota Técnica da Sesap/RN sobre ciguatera (RIO GRANDE DO NORTE, 2026); documentos normativos do Ministério da Saúde (BRASIL, 2010); e publicações científicas indexadas recuperadas nas bases PubMed, SciELO e Google Acadêmico, a partir dos descritores “ciguatera”, “ciguatoxina”, “*Gambierdiscus*” e

"biotoxinas marinhas". Os dados foram sistematizados em termos de período, espécies envolvidas, perfil clínico, ações implementadas e impactos na cadeia produtiva do pescado, integrando perspectivas sanitárias, ambientais, sociais e econômicas, em consonância com os princípios de saúde ambiental e sustentabilidade do SUS.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Emergência da Ciguatera em Fernando de Noronha

Os primeiros casos suspeitos de ciguatera em Fernando de Noronha foram registrados em 2022, associados principalmente ao consumo de guarajuba (PERNAMBUCO, 2025b). Em 2023, houve aumento expressivo das notificações, com 57% dos casos concentrados no mês de agosto; entre 2022 e 2025, o arquipélago acumulou aproximadamente 190 casos suspeitos entre moradores e turistas (PERNAMBUCO, 2025b). A confirmação da circulação das toxinas no território decorreu de análises realizadas pelo Setor Laboratorial Avançado de Santa Catarina (SLAV-SC/LFDA-RS), do Ministério da Agricultura e Pecuária, em parceria com a Universidade de Vigo (Espanha) e a UNIRIO, em amostras de pescado oriundas do arquipélago consumidas por casos suspeitos entre 2022 e 2024 (PERNAMBUCO, 2025b). As espécies mais frequentemente implicadas foram guarajuba e barracuda — carnívoras, de hábito recifal e com elevada capacidade de bioacumulação de ciguatoxinas (PERNAMBUCO, 2025b; FRIEDMAN *et al.*, 2017).

Paralelamente, o Rio Grande do Norte passou a registrar surtos com frequência crescente. Segundo dados da Subcoordenadoria de Vigilância Epidemiológica da Sesap/RN, extraídos do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), o estado acumulou 259 notificações distribuídas em 46 surtos entre 2022 e 2026, com dois óbitos associados; somente até 11 de junho de 2026 foram contabilizados 141 casos, número 60,2% superior ao total registrado em todo o ano de 2025, quando ocorreram 88 notificações (PONTA NEGRA NEWS, 2026; RIO GRANDE DO NORTE, 2026). Esses achados sinalizam a expansão geográfica do problema no litoral nordestino e são coerentes com a tendência mundial de ampliação da distribuição da ciguatera para áreas historicamente não endêmicas, atribuída ao aquecimento das águas superficiais e à redistribuição das populações de *Gambierdiscus* (CHINAIN *et al.*, 2021; FAO; WHO, 2020).

Mecanismo de Contaminação e Degradação Ambiental

Os dinoflagelados do gênero *Gambierdiscus* proliferam em macroalgas e substratos associados aos recifes de coral (GEOHAB, 2012). Quando os recifes se degradam — por branqueamento, acidificação oceânica ou perturbações antrópicas —, algas oportunistas colonizam as superfícies recifais deterioradas e ampliam o hábitat disponível para esses dinoflagelados, favorecendo a contaminação de peixes herbívoros e, em seguida, de carnívoros de maior porte por bioacumulação (LEWIS, 2001; GEOHAB, 2012; FRIEDMAN

DOI: 10.51161/iv-conasus/82831

et al., 2017). Esse mecanismo estabelece conexão direta entre aquecimento global, degradação recifal e risco sanitário: estudos ecológicos e epidemiológicos indicam que a incidência de ciguatera tende a crescer à medida que os ecossistemas de coral se deterioram e que a temperatura da superfície do mar se eleva (GINGOLD; STRICKLAND; HESS, 2014; CHINAIN *et al.*, 2021). Fernando de Noronha, Patrimônio Natural da Humanidade, detém recifes de alto valor ecológico; a ocorrência da doença no arquipélago é, portanto, também um sinal de alerta sobre o estado do ecossistema marinho local. Nessa perspectiva, a proteção dos recifes de coral não é apenas uma questão ambiental, mas uma estratégia concreta de saúde pública e de sustentabilidade, conforme preconizado pelas abordagens integradas de saúde e ecossistemas marinhos (BERDALET *et al.*, 2016).

Sintomatologia Clínica

Os sintomas surgem, em geral, entre 30 minutos e 24 horas após a ingestão do pescado contaminado, podendo estender-se até 48 horas, e manifestam-se em três domínios (FRIEDMAN *et al.*, 2017; RIO GRANDE DO NORTE, 2026). O domínio gastrointestinal inclui náuseas, vômitos, diarreia e dores abdominais, que costumam preceder os demais (COSTA *et al.*, 2017; BRASIL, 2010). O domínio neurológico compreende parestesias em membros superiores e inferiores, a característica inversão térmica — percepção alterada de estímulos térmicos, descrita como o sinal mais sugestivo da intoxicação —, gosto metálico, ardência na boca, fraqueza muscular, prurido generalizado, visão turva e fadiga (FRIEDMAN *et al.*, 2017; OLIVEIRA *et al.*, 2025). Nos casos graves, ocorrem manifestações cardiovasculares como bradicardia, hipotensão e arritmias (CDC, 2024; UBALDI *et al.*, 2021). Os sintomas neurológicos podem persistir por semanas, meses ou anos (FRIEDMAN *et al.*, 2017). Não há antidoto específico, e o tratamento é sintomático e de suporte (PERNAMBUCO, 2025b; UBALDI *et al.*, 2021). O diagnóstico é, na prática, clínico-epidemiológico — baseado na anamnese alimentar e no quadro clínico —, uma vez que não há, no Brasil, análises laboratoriais disponíveis para detecção de ciguatoxinas em amostras clínicas (PERNAMBUCO, 2025b). Esse fato, aliado ao desconhecimento da doença por profissionais de saúde, contribui para elevada subnotificação, mascarando a real dimensão do agravo e dificultando respostas proporcionais do SUS (FRIEDMAN *et al.*, 2017; OLIVEIRA *et al.*, 2025).

Impactos Econômicos sobre Pescadores e Marisqueiros

A emergência da ciguatera impôs severas consequências às comunidades pesqueiras artesanais. As orientações sanitárias para evitar espécies como guarajuba e barracuda criaram estigma sobre o pescado local em geral (TRIBUNA DO NORTE, 2026). No Rio Grande do Norte, a Federação dos Pescadores e Aquicultores Artesanais (Fepern) estimou queda de até 80% na comercialização do pescado após a divulgação dos surtos, com retração que atingiu inclusive espécies não associadas à intoxicação (TRIBUNA DO NORTE, 2026). Para os

pescadores artesanais de recife — cuja subsistência depende da captura e venda de espécies de maior valor comercial —, as restrições significam perdas diretas de renda sem mecanismos imediatos de compensação; em contraste, pescadores de alto-mar que capturam espécies pelágicas distantes dos recifes não enfrentam o mesmo risco, o que aprofunda a desigualdade dentro do setor (FRIEDMAN *et al.*, 2017; FAO; WHO, 2020). Soma-se a isso a limitação analítica nacional: até o momento, o país não dispõe de rotina laboratorial consolidada para detecção de ciguatoxinas em alimentos, dependendo de análises pontuais realizadas em cooperação com a Universidade de Vigo, referência internacional na caracterização química dessas toxinas (PERNAMBUCO, 2025b). As políticas de resposta à ciguatera devem, portanto, contemplar proteção social aos pescadores artesanais, rastreabilidade do pescado, capacitação para identificação de espécies de risco e alternativas sustentáveis de subsistência — dimensão imprescindível da equidade em saúde (FAO; WHO, 2020; BERDALET *et al.*, 2016).

Ações de Vigilância e Respostas Institucionais

Em resposta aos surtos, a SES-PE, a Apevisa e a SUSAÚDE emitiram Notas Técnicas com orientações para a população, profissionais de saúde, pescadores e manipuladores de alimentos, além de realizarem inspeções sanitárias, cursos de capacitação em manipulação de pescados e investigação epidemiológica dos casos (PERNAMBUCO, 2025b). O CIAtox-PE foi mobilizado como referência clínica para orientação de condutas (PERNAMBUCO, 2025b). Em março de 2025, a Oficina sobre Intoxicação Ciguatera reuniu mais de quinze instituições para discutir o cenário e traçar estratégias conjuntas (PERNAMBUCO, 2025a). Entre as ações em curso destacam-se o monitoramento contínuo das notificações, a elaboração de protocolos de vigilância, a cooperação com a Apevisa e a Adagro para controle sanitário sistemático do pescado no arquipélago e os esforços do Ministério da Agricultura e Pecuária para desenvolver capacidade laboratorial nacional de análise de ciguatoxinas em alimentos (PERNAMBUCO, 2025a, 2025b). No Rio Grande do Norte, a Sesap adotou notificação específica do agravo no Sinan e publicou orientações dirigidas a consumidores, pescadores, comerciantes e profissionais de saúde (RIO GRANDE DO NORTE, 2026). Persistem, contudo, lacunas relevantes: subnotificação expressiva dos casos, formação insuficiente dos profissionais de saúde, ausência de protocolos unificados no SUS e limitação analítica laboratorial, que fragilizam tanto o diagnóstico quanto o controle sanitário efetivo da cadeia do pescado (PERNAMBUCO, 2025b; FRIEDMAN *et al.*, 2017).

CONCLUSÃO

A emergência da ciguatera em Fernando de Noronha representa um fenômeno inédito e preocupante na saúde ambiental brasileira, evidenciando a interface direta entre degradação dos ecossistemas marinhos e surgimento de novos agravos à saúde pública (PERNAMBUCO, 2025b; BERDALET *et al.*, 2016). A ciguatoxina — indetectável pelos sentidos e resistente ao

cozimento e ao congelamento — desafia os sistemas tradicionais de inspeção alimentar e exige do SUS capacidades ampliadas de vigilância epidemiológica, laboratorial e sanitária (CDC, 2024; PERNAMBUCO, 2025b). A inexistência de tratamento específico torna a prevenção a principal estratégia de proteção disponível, o que eleva a importância das ações de educação em saúde, capacitação de profissionais e comunicação de risco (FRIEDMAN *et al.*, 2017).

Do ponto de vista ambiental, a proteção dos recifes de coral emerge como medida essencial não apenas para a biodiversidade marinha, mas como estratégia direta de prevenção sanitária (GEOHAB, 2012; CHINAIN *et al.*, 2021). Políticas públicas de conservação ambiental, redução da poluição marinha e enfrentamento das mudanças climáticas são, portanto, também políticas de saúde, reforçando o princípio da inseparabilidade entre sustentabilidade ecossistêmica e saúde coletiva (BERDALET *et al.*, 2016; GINGOLD; STRICKLAND; HESS, 2014). A dimensão socioeconômica tampouco pode ser negligenciada: pequenos pescadores e marisqueiros artesanais sofrem os maiores impactos e merecem proteção social estruturada, com apoio à subsistência, rastreabilidade do pescado e capacitação continuada (TRIBUNA DO NORTE, 2026; FAO; WHO, 2020). O enfrentamento adequado da ciguatera exige, assim, resposta intersetorial que integre saúde, meio ambiente, pesca, educação e assistência social — síntese do que preconiza o SUS em sua missão de promoção da saúde integral, equitativa e sustentável.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BERDALET, E. *et al.* Marine harmful algal blooms, human health and wellbeing: challenges and opportunities in the 21st century. *Journal of the Marine Biological Association of the United Kingdom*, v. 96, n. 1, p. 61-91, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Manual integrado de prevenção e controle de doenças transmitidas por alimentos*. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). Food poisoning from marine toxins. In: *CDC Yellow Book*: health information for international travel. New York: Oxford University Press, 2024.

CHINAIN, M. *et al.* Ciguatera poisonings: a global review of occurrences and trends. *Harmful Algae*, v. 102, art. 101873, 2021.

COSTA, A. I. *et al.* Intoxicação alimentar por ciguatera. *Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna*, v. 24, n. 1, p. 30-32, 2017.

FOOD AND AGRICULTURE ORGANIZATION OF THE UNITED NATIONS (FAO); WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Report of the expert meeting on ciguatera*

poisoning: Rome, 19-23 November 2018. Food Safety and Quality Series, n. 9. Rome: FAO/WHO, 2020.

FRIEDMAN, M. A. *et al.* An updated review of ciguatera fish poisoning: clinical, epidemiological, environmental, and public health management. *Marine Drugs*, v. 15, n. 3, art. 72, 2017.

GEOHAB. *Global ecology and oceanography of harmful algal blooms*: ciguatera. Paris; Newark: IOC/SCOR, 2012.

GINGOLD, D. B.; STRICKLAND, M. J.; HESS, J. J. Ciguatera fish poisoning and climate change: analysis of National Poison Center data in the United States, 2001-2011. *Environmental Health Perspectives*, v. 122, n. 6, p. 580-586, 2014.

LEWIS, R. J. The changing face of ciguatera. *Toxicon*, v. 39, n. 1, p. 97-106, 2001.

OLIVEIRA, B. E. C. *et al.* Ciguatera por consumo de pescados: diagnóstico diferencial e implicações clínicas. *Arquivos de Asma, Alergia e Imunologia* (ASBAI), v. 9, n. 3, 2025.

PERNAMBUCO. Agência Pernambucana de Vigilância Sanitária (Apevisa). *Oficina sobre Intoxicação Ciguatera em Fernando de Noronha - PE*: síntese e encaminhamentos. Recife: Apevisa, 2025a.

PERNAMBUCO. Secretaria de Estado da Saúde (SES-PE); Agência Pernambucana de Vigilância Sanitária (Apevisa); Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde e Atenção Primária (SEVSAP); Superintendência de Saúde do Arquipélago de Fernando de Noronha (SUSAÚDE/DEFN). *Nota Técnica Conjunta nº 06/2025*: intoxicação por ciguatera em Fernando de Noronha - PE. Recife: SES-PE, 2025b. Disponível em: https://portalcievs.saude.pe.gov.br/. Acesso em: 27 jul. 2026.

PONTA NEGRA NEWS. Casos de ciguatera crescem 60% e acendem alerta no RN. *Ponta Negra News*, Natal, 13 jul. 2026. Disponível em: https://pontanegranews.com.br/2026/07/13/casos-de-ciguatera-crescem-60-e-acendem-alerta-no-rn/. Acesso em: 27 jul. 2026.

RIO GRANDE DO NORTE. Secretaria de Estado da Saúde Pública (Sesap/RN). *Nota Técnica sobre ciguatera no Rio Grande do Norte*: orientações para consumidores, pescadores, comerciantes e profissionais da saúde. Natal: Sesap/RN, 2026.

TRIBUNA DO NORTE. Fecopesca discutirá impactos na venda do pescado no RN. *Tribuna do Norte*, Natal, 2 maio 2026. Disponível em: https://tribunadonorte.com.br/economia/fecopesca-discutira-impactos-na-venda-do-pescado-no-rn/. Acesso em: 27 jul. 2026.

UBALDI, A. *et al.* Ciguatera fish poisoning: a review of current evidence. *Toxins*, v. 13, n. 8, p. 1-22, 2021.

IMPACTOS DO CUIDADO DE CRIANÇA NEURODIVERGENTE NA QUALIDADE DE VIDA MATERNA: RELATO DE CASO

VIVIANE ALEIXO DE PAULA XAVIER[1]
BRUNO PEDROSO[2]

RESUMO

Este relato de caso analisa os impactos do cuidado de uma criança neurodivergente na qualidade de vida de sua mãe cuidadora. Condições do neurodesenvolvimento, como o Transtorno do Espectro Autista (TEA) e o Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH), demandam cuidados contínuos e especializados, repercutindo na saúde física, emocional e social dos cuidadores familiares. O estudo teve como objetivo compreender as repercussões do cuidado na qualidade de vida materna no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS). Utilizou-se abordagem qualitativa, com avaliação da qualidade de vida e análise da experiência vivenciada pela participante. Os resultados evidenciaram sobrecarga emocional, estresse, privação do sono, dificuldades nas relações sociais e impactos na saúde mental associados às demandas permanentes do cuidado. Em contrapartida, o apoio psicológico, as redes de suporte social e as práticas integrativas mostraram-se importantes recursos de enfrentamento e promoção do bem-estar. Os achados reforçam o papel estratégico da Atenção Primária à Saúde na identificação das necessidades dos cuidadores, na coordenação do cuidado e na oferta de ações integrais voltadas à promoção da saúde mental. Conclui-se que o fortalecimento de estratégias interdisciplinares no SUS é fundamental para reconhecer os cuidadores familiares como sujeitos de cuidado e promover sua qualidade de vida.

Palavras-chave: Saúde Mental; Estresse Psicológico; Apoio Social; Promoção da Saúde.

1 INTRODUÇÃO

A neurodiversidade compreende variações naturais do funcionamento neurológico humano, incluindo condições como o TEA e o TDAH. Sob essa perspectiva, diferenças cognitivas e comportamentais não são entendidas exclusivamente como déficits, mas como expressões da diversidade humana que demandam reconhecimento, inclusão e suporte adequado (Singer, 1999; Botha e Gillespie-Lynch., 2022). No contexto da saúde, crianças neurodivergentes frequentemente necessitam de acompanhamento contínuo, o que repercute diretamente na dinâmica familiar e, especialmente, na vida de seus cuidadores.

Evidências recentes provenientes de revisões sistemáticas indicam que cuidadores familiares de crianças com condições do neurodesenvolvimento, como a paralisia cerebral, apresentam elevada vulnerabilidade à sobrecarga física, financeira e emocional, frequentemente associada a níveis aumentados de estresse, ansiedade e piora da qualidade de vida (Liu *et al*.,

[1] Mestre em Ciências da Saúde. Email: mmsalei@gmail.com
[2] Doutor em Educação Física. E-mail: brunopedroso@uepg.br

DOI: 10.51161/iv-conasus/82880

2023). De forma consistente, uma meta-análise também demonstra que cuidadores de pessoas com transtornos mentais experimentam altos níveis de sofrimento psicológico e sobrecarga, frequentemente mensurados por instrumentos validados como a escala de Zarit (Cham *et al*., 2022). As demandas permanentes do cuidado, associadas às dificuldades de acesso aos serviços, à redução das oportunidades de autocuidado e ao suporte social insuficiente, podem comprometer o bem-estar físico, emocional e social dessas famílias. Nesse cenário, a Atenção Primária à Saúde (APS), como coordenadora do cuidado no SUS, desempenha papel estratégico na identificação das necessidades dos cuidadores e na implementação de ações integrais de promoção da saúde e apoio psicossocial.

Considerando a centralidade da APS na coordenação do cuidado e na promoção da integralidade no SUS, torna-se fundamental reconhecer as demandas de saúde dos cuidadores familiares, frequentemente invisibilizadas nos serviços de saúde (Giovanella; Franco; Almeida, 2020). Nesse contexto, o presente estudo teve como objetivo analisar os impactos do cuidado de uma criança neurodivergente na qualidade de vida de sua mãe cuidadora, com ênfase nos aspectos emocionais, sociais e na sobrecarga associada ao cuidado.

2 RELATO DE CASO/EXPERIÊNCIA

Trata-se de um estudo de caso, de abordagem qualitativa, realizado no âmbito do projeto "Acolher: Apoio às Famílias Neurodivergentes", desenvolvido pelo Ambulatório de Saúde Integrativa (ASI) da Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG), em parceria com o Núcleo pela Infância (NUPI) da Fundação Municipal de Saúde de Ponta Grossa, Paraná.

A participante foi uma mãe cuidadora de uma criança neurodivergente de 1 ano e 6 meses, acompanhada pelo NUPI. A coleta de dados ocorreu por meio de entrevista semiestruturada e avaliação da qualidade de vida, contemplando aspectos físicos, emocionais e sociais relacionados à experiência do cuidado. Foram investigadas as repercussões do cuidado na rotina, saúde, relações familiares e bem-estar da participante.

Os dados qualitativos foram submetidos à análise temática, buscando identificar categorias relacionadas à sobrecarga do cuidado, estratégias de enfrentamento, rede de apoio e percepção da qualidade de vida. O estudo foi conduzido em conformidade com os princípios éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, preservando o anonimato e a confidencialidade das informações.

3 DISCUSSÃO

Os resultados evidenciaram melhora na qualidade de vida da participante, especialmente nos domínios Psicológico e Relações Sociais, além da redução dos níveis de ansiedade e estresse. Esses dados quantitativos mostraram-se convergentes com o relato da genitora, que destacou sentimentos de maior valorização pessoal, reconhecimento de sua própria importância e fortalecimento da capacidade de autocuidado. Esses achados são consistentes com a literatura científica recente, a qual evidencia que o suporte psicossocial e o fortalecimento das redes de apoio atuam como fatores protetivos na redução do estigma social e na mitigação do esgotamento físico e mental em mães de crianças com TEA e outros transtornos do neurodesenvolvimento (Misquiatti *et al*., 2015). A literatura internacional contemporânea também reforça que as intervenções focadas na autocompaixão e na parentalidade ativa têm gerado impactos diretos no senso de competência e na qualidade de vida familiar (Guckert, E Arakawa-Belaunde, 2022; Singh *et al*., 2021).Sendo assim, esses achados sugerem que intervenções centradas no acolhimento, no suporte social e na promoção da autoeficácia são ferramentas fundamentais para produzir impactos positivos sustentáveis na saúde mental e no bem-estar de cuidadores familiares de crianças neurodivergentes.

DOI: 10.51161/iv-conasus/82880

O depoimento da participante revela mudanças importantes relacionadas à autoestima, à autopercepção e ao empoderamento pessoal. Ao afirmar que o projeto a fez sentir-se importante e perceber-se capaz, observa-se um fortalecimento da autoeficácia, conceito descrito por Bandura (1997) como a crença na própria capacidade de organizar e executar ações necessárias para enfrentar situações desafiadoras. Estudos recentes apontam que maiores níveis de autoeficácia em cuidadores estão associados à redução do estresse parental, melhor adaptação às demandas do cuidado e maior qualidade de vida **(**Tasnim *et al*., 2024; Pemovska *et al,* 2024).

A literatura tem demonstrado que pais, mães e cuidadores de crianças com transtornos do neurodesenvolvimento apresentam maior vulnerabilidade ao sofrimento psíquico, incluindo sintomas de ansiedade, estresse, depressão, fadiga emocional e diminuição da qualidade de vida. Essas condições estão frequentemente relacionadas à sobrecarga decorrente das demandas contínuas de cuidado, das dificuldades de acesso a serviços especializados e da necessidade de reorganização da dinâmica familiar (Álvarez-Fernández, 2026; Hayes e Watson, 2013; Lobato-Ruiz *et al*., 2025; Pisula e Porębowicz-Dörsmann, 2017). Nesse sentido, a melhora observada nos indicadores de saúde mental da participante reforça a relevância de intervenções voltadas especificamente para o cuidado dos cuidadores.

Outro aspecto evidenciado no relato foi a ampliação da percepção sobre a importância do autocuidado. A participante relatou que as práticas propostas eram simples e facilmente aplicáveis ao cotidiano, mas que anteriormente não havia refletido sobre seu potencial benefício. Esse resultado dialoga com estudos que apontam que cuidadores frequentemente negligenciam suas próprias necessidades físicas e emocionais em função das demandas intensas relacionadas ao cuidado da criança, priorizando consultas, terapias e demais atividades voltadas ao desenvolvimento dos filhos (Pinto e Constantinidis, 2020; Martins; Santos; Lima, 2022). Evidências recentes indicam que intervenções focadas em mindfulness, psicoeducação, autocuidado e promoção do bem-estar apresentam resultados positivos na redução do estresse e no fortalecimento da saúde emocional de cuidadores familiares (Kozlov *et al*., 2022).

Os ganhos observados no domínio das relações sociais também merecem destaque. A literatura científica reconhece o apoio social como um dos principais fatores protetivos para a saúde mental de cuidadores de crianças neurodivergentes, contribuindo para a redução dos níveis de estresse, sobrecarga emocional e sofrimento psicológico. Redes de apoio formais e informais favorecem o compartilhamento de experiências, a troca de informações, a validação emocional e a construção de estratégias de enfrentamento mais adaptativas diante dos desafios cotidianos relacionados ao cuidado (Halstead; Ekas; Jones, 2023; Masefield *et al*., 2020; Wong e Shorey, 2022).Além disso, a participação em grupos de acolhimento e intervenções voltadas aos cuidadores pode reduzir sentimentos de isolamento e solidão, frequentemente relatados por familiares que assumem a maior parte das responsabilidades de cuidado. Evidências recentes demonstram que a disponibilidade de suporte emocional está associada a menores níveis de estresse e a melhores indicadores de saúde mental entre cuidadores de crianças com Transtorno do TEA, reforçando a importância do fortalecimento das redes de apoio como estratégia de promoção da qualidade de vida dessa população (Ault *et al*., 2024).

O relato da genitora também permite compreender desafios frequentemente descritos na literatura, como a perda de espaços de lazer, a redução da participação social e a diminuição do investimento em projetos pessoais. Farias e Galvão (2021) destacam que, famílias de crianças neurodivergentes frequentemente reorganizam suas rotinas em função das necessidades de cuidado, restringindo atividades sociais e momentos de autocuidado. Esse processo pode contribuir para sentimentos de sobrecarga e desgaste emocional, tornando ainda mais relevantes

estratégias que promovam acolhimento e fortalecimento da rede de suporte (Halstead; Ekas; Jones, 2023; Silveira; Farias; Souza, 2019).

Além disso, a fala "bastou o projeto mostrar que eu era capaz" evidencia um processo de reconstrução da confiança em si mesma. Estudos apontam que muitos cuidadores vivenciam sentimento de insegurança e dúvidas constantes sobre sua capacidade de atender adequadamente às necessidades da criança, especialmente diante das exigências associadas aos transtornos do neurodesenvolvimento (Turnage e Conner, 2022; Smeha e Cezar, 2011). Esses estudos evidenciam que pais e cuidadores de crianças com Transtorno do Espectro Autista frequentemente apresentam altos níveis de estresse, ansiedade e impacto negativo na qualidade de vida, com repercussões em múltiplos domínios do bem-estar psicológico e social. Intervenções que promovem escuta qualificada, compartilhamento de experiências e fortalecimento de recursos pessoais podem contribuir para reduzir tais sentimentos e favorecer o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento mais saudáveis.

Os achados deste estudo também estão alinhados às evidências de que programas estruturados de apoio a cuidadores produzem benefícios emocionais significativos, incluindo redução de sintomas ansiosos, fortalecimento da autoestima, aumento da percepção de suporte social e melhora da qualidade de vida (Reichow *et al.*, 2024; Wong e Shorey, 2022). Embora os efeitos observados não possam ser generalizados devido ao delineamento de estudo de caso, os resultados reforçam a importância de iniciativas voltadas ao cuidado integral dos cuidadores familiares, reconhecendo-os como sujeitos que também necessitam de atenção e suporte em saúde.

4 CONCLUSÃO

Os achados ratificam que a intervenção grupal atuou como um dispositivo terapêutico eficaz na reestruturação da autoeficácia, autoestima e identidade de mães cuidadoras de crianças neurodivergentes, promovendo a ressignificação do papel materno e o fomento ao autocuidado. O suporte mútuo emergente do grupo reduziu o isolamento social, consolidando redes informais de apoio e ampliando a resiliência emocional diante da sobrecarga alostática do cuidado contínuo. Conclui-se que intervenções estruturadas de suporte psicossocial geram impactos positivos na saúde mental e na qualidade de vida dessa população. Como limitações, apontam-se o tamanho amostral reduzido e o monitoramento transversal de curto prazo, inviabilizando a generalização dos dados. Recomenda-se a ampliação do desenho metodológico em estudos futuros por meio de acompanhamentos longitudinais, diversificação dos arranjos familiares e a incorporação de tecnologias em saúde para otimizar a acessibilidade e a perenidade do cuidado.

REFERÊNCIAS

ÁLVAREZ-FERNÁNDEZ, M. L. Socio-emotional wellbeing in parents of children with neurodevelopmental disorders: a systematic review. *Children*, v. 13, n. 1, p. 99, 2026. https://doi.org/10.3390/children13010099

AULT, S.; HELSABECK, N.; BREITENSTEIN, S. M.; TUCKER, S.; HAVERCAMP, S. M.; FORD, J. L. *A secondary analysis examining the influence of emotional support on the mental health of caregivers of children with autism spectrum disorder*. **Journal of Pediatric Nursing**, v. 75, p. e142–e151, 2024. DOI: 10.1016/j.pedn.2024.01.005.

BANDURA, A. **Self-efficacy**: the exercise of control. New York: W. H. Freeman, 1997.

BOTHA, M.; GILLESPIE-LYNCH, K. Come as you are: examining autistic identity development and the neurodiversity movement through an intersectional lens. *Human Development*, v. 66, n. 2, p. 93-112, 2022. DOI: 10.1159/000524123

CHAM, C. Q.; IBRAHIM, N.; SIAU, C. S.; KALAMAN, C. R.; HO, M. C.; YAHYA, A. N.; VISVALINGAM, U.; ROSLAN, S.; ABD RAHMAN, F. N.; LEE, K. W. Caregiver burden among caregivers of patients with mental illness: a systematic review and meta-analysis. *Healthcare*, v. 10, n. 12, p. 2423, 2022. https://doi.org/10.3390/healthcare10122423

GUCKERT, S. B.; ARAKAWA-BELAUNDE, A. M. Aspectos relacionados à sobrecarga do cuidador de uma criança com transtorno do espectro autista: uma revisão de literatura. Research, Society and Development, v. 11, n. 6, e34511628818, 2022. Disponível em: https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/28818

HALSTEAD, E. J.; EKAS, N.; JONES, C. R. Social support as a predictor of mental health and well-being in parents of children with neurodevelopmental disorders: a longitudinal analysis. *Research in Developmental Disabilities*, v. 134, 104432, 2023.

HAYES, S. A.; WATSON, S. L. The impact of parenting stress: a meta-analysis of studies comparing the experience of parenting stress in parents of children with and without autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, v. 43, n. 3, p. 629–642, 2013. https://doi.org/10.1007/s10803-012-1604-y

LIU, F.; SHEN, Q.; HUANG, M.; ZHOU, H. Factors associated with caregiver burden among family caregivers of children with cerebral palsy: a systematic review. *BMJ Open*, v. 13, n. 4, e065215, 2023.

LOBATO-RUIZ, V.; ROMERO-AYUSO, D.; TOLEDANO-GONZÁLEZ, A.; TRIVIÑO-JUÁREZ, J. M. Quality of life and parental stress related to executive functioning, sensory processing, and activities of daily living in children and adolescents with neurodevelopmental disorders. *PeerJ*, v. 13, e19326, 2025. Disponível em: https://doi.org/10.7717/peerj.19326

MASEFIELD, S. C.; PRADY, S. L.; SHELDON, T. A.; SMALL, N.; JARVIS, S.; PICKETT, K. E. *The Caregiver Health Effects of Caring for Young Children with Developmental Disabilities: A Meta-analysis*. **Maternal and Child Health Journal**, v. 24, n. 5, p. 561–574, 2020. DOI: 10.1007/s10995-020-02896-5

MISQUIATTI, A. R. N. *et al*. **Sobrecarga familiar e crianças com transtornos do espectro do autismo: perspectiva dos cuidadores**. Revista CEFAC, v. jan.-fe 2015, n. 1, p. 192-200, 2015. Tradução. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1982-0216201520413.

PEMOVSKA, T.; LOIZOU, S.; APPLETON, R.; SPAIN, D.; STEFANIDOU, T.; KULAR, A.; COOPER, R.; GREENBURGH, A.; GRIFFITHS, J.; BARNETT, P. *Approaches to improving mental health care for autistic children and young people: a systematic review and meta-analysis*. Psychological Medicine, v. 54, n. 10, p. 2313–2343, 2024. DOI: 10.1017/S0033291724001089.

REICHOW, B.; KOGAN, C.; BARBUI, C.; MAGGIN, D.; SALOMONE, E.; SMITH, I. C.; YASAMY, M. T.; SERVILI, C. *Caregiver skills training for caregivers of individuals with neurodevelopmental disorders: a systematic review and meta-analysis*. **Developmental Medicine & Child Neurology**, London, v. 66, n. 6, p. 713–724, 2024. DOI: 10.1111/dmcn.15764.

SILVEIRA, M. S.; FARIAS, Y. B.; SOUZA, R. D. C. Uma análise generificada de cuidadoras de crianças com desenvolvimento atípico. *Psi UNISC*, Santa Cruz do Sul, v. 3, n. 2, p. 101-114, 2019. Disponível em: https://seer.unisc.br/index.php/psi/article/view/13394.

KOZLOV, E.; MCDARBY, M.; PAGANO, I.; LLANEZA, D.; OWEN, J.; DUBERSTEIN, P. The feasibility, acceptability, and preliminary efficacy of an mHealth mindfulness therapy for caregivers of adults with cognitive impairment. Aging & Mental Health, v. 26, n. 10, p. 1963–1970, 2022. DOI: 10.1080/13607863.2021.1963949.

MARTINS, M. V. B. S.; SANTOS, J. K. M.; LIMA, J. A**.** O impacto do diagnóstico do transtorno do espectro autista na vida familiar. *Research, Society and Development*, v. 11, n. 16, e229111638233, 2022. https://doi.org/10.33448/rsd-v11i16.38233

PINTO, A. S.; CONSTANTINIDIS, T. C. *Revisão integrativa sobre a vivência de mães de crianças com transtorno de espectro autista*. Revista Psicologia e Saúde, Campo Grande, v. 12, n. 2, p. 89–103, 2020. DOI: 10.20435/pssa.v0i0.799.

PISULA, E.; PORĘBOWICZ-DÖRSMANN, A. *Family functioning, parenting stress and quality of life in mothers and fathers of Polish children with high functioning autism or Asperger syndrome*. **PLoS ONE**, v. 12, n. 10, e0186536, 2017. DOI: 10.1371/journal.pone.0186536. Disponível em: https://doi.org/10.1371/journal.pone.0186536.

SINGER, J. *Why can't you be normal for once in your life? From a "problem with no name" to the emergence of a new category of difference*. In: COHEN, R.; (eds.). Disability Discourse. Buckingham: Open University Press, 1999.

SINGH, N. N.; LANCIONI, G. E.; MEDVEDEV, O. N.; HWANG, Y.-S.; MYERS, R. E. *A component analysis of the Mindfulness-Based Positive Behavior Support (MBPBS) program for mindful parenting by mothers of children with autism spectrum disorder*. **Mindfulness**, v. 12, n. 2, p. 463–475, 2021. DOI: 10.1007/s12671-020-01376-9.

SMEHA, L. N.; CEZAR, P. K. A vivência da maternidade de mães de crianças com autismo. *Psicologia em Estudo*, v. 16, n. 1, p. 43–50, 2011. https://doi.org/10.1590/S1413-73722011000100006

TASNIM, A.; SALWA, M.; ISLAM, S.; KHAN, M. M. H.; ISLAM, M. T.; RATAN, Z. A.; TOWHID, M. I. I.; AL MAMUN, M. A.; AMIN, M. R.; HAQUE, M. A. *Quality of Life, Coping Strategies, and Psychosocial Support Status of Caregivers Having Children With Neurodevelopmental Disabilities: A Cross-Sectional Study From Bangladesh*. **Cureus**, v. 16, n. 9, e68640, 2024. DOI: 10.7759/cureus.68640. Disponível em: https://doi.org/10.7759/cureus.68640.

TURNAGE, J.; CONNER, M. (2022). *Quality of life of parents of children with Autism Spectrum Disorder: An integrative literature review.*

WONG, T. S. M.; SHOREY, S. *Experiences of peer support amongst parents of children with neurodevelopmental disorders: a qualitative systematic review*. **Journal of Pediatric Nursing**, v. 67, p. e92–e99, 2022. DOI: 10.1016/j.pedn.2022.09.004. Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.pedn.2022.09.004.

QUALIDADE DOS PRONTUÁRIOS ODONTOLÓGICOS E SUAS IMPLICAÇÕES PARA A GESTÃO DA INFORMAÇÃO E DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

TALITA ARAÚJO DE ANDRADE; MÔNICA KARINA SANTOS REIS; ADRIANO CHARLES DA SILVA CRUZ; HADASSA DANIELE SILVA BULHÕES; CECÍLIA ISABEL DOS SANTOS

RESUMO

Os prontuários odontológicos constituem instrumentos essenciais para o registro, organização e recuperação de informações em saúde, desempenhando papel relevante na assistência ao paciente, na comunicação entre profissionais, na gestão da informação e nas atividades de ensino e pesquisa. Nesse contexto, o presente estudo teve como objetivo avaliar a qualidade dos prontuários odontológicos físicos utilizados na Clínica Escola de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), analisando suas potencialidades, limitações e repercussões para a gestão da informação e para a qualidade dos serviços prestados à comunidade. Trata-se de uma pesquisa aplicada, de caráter descritivo, com abordagem quanti-qualitativa, desenvolvida na Clínica Escola do Departamento de Odontologia da UFRN. A população do estudo foi composta por docentes, técnicos administrativos e discentes envolvidos nas atividades assistenciais da instituição. A coleta de dados ocorreu por meio da aplicação de um questionário semiestruturado contendo questões abertas e uma fechada, cujas respostas foram analisadas por meio de estatística descritiva. Os resultados evidenciaram que os prontuários odontológicos desempenham papel importante na produção e disponibilização de informações para as atividades assistenciais e acadêmicas da clínica-escola. De modo geral, os participantes avaliaram positivamente a qualidade das informações registradas e reconheceram a relevância do prontuário como fonte de informação para o desenvolvimento das atividades institucionais. Entretanto, foram identificadas fragilidades relacionadas à legibilidade dos registros, à localização das informações necessárias ao atendimento, à comunicação escrita entre os profissionais e à eficiência do prontuário na gestão das informações. Estas limitações podem dificultar o acesso e a recuperação dos dados, comprometendo a integração dos processos assistenciais e administrativos. Conclui-se que os prontuários apresentam potencial para subsidiar a assistência, o ensino e a gestão da informação, mas demandam aperfeiçoamentos relacionados à organização, ao registro e à recuperação das informações, visando fortalecer a qualidade dos serviços prestados e contribuir para uma gestão mais eficiente da informação em saúde.

Palavras-chave: informação e comunicação em saúde; registros clínicos; assistência odontológica

1 INTRODUÇÃO

A informação em saúde constitui um elemento essencial para a organização dos serviços, a continuidade do cuidado e a segurança do paciente. Além disso, a qualidade dos registros produzidos nos sistemas de saúde impacta diretamente a gestão, a assistência e os processos de tomada de decisão, refletindo na efetividade das ações e no planejamento dos serviços (Gualdani *et al.*, 2022). Nesse contexto, os prontuários odontológicos constituem importantes instrumentos para o registro e recuperação de informações clínicas, apoiando a

DOI: 10.51161/iv-conasus/82939

assistência, a gestão, as atividades acadêmicas e a tomada de decisões nos serviços de saúde. Estudos recentes destacam que a qualidade dos registros em saúde influencia diretamente a tomada de decisão clínica, a coordenação do cuidado e a eficiência dos serviços de saúde (Oliveira; Favaretto, 2021).

Com o avanço das tecnologias da informação e comunicação, a gestão adequada dos registros em saúde tornou-se cada vez mais necessária nas organizações. Falhas no preenchimento, armazenamento e acesso aos prontuários podem comprometer a qualidade da assistência, dificultar a comunicação entre equipes e gerar perdas informacionais relevantes no acompanhamento dos pacientes. Barbalho *et al.* (2022) destacam que a informatização dos registros em saúde possui papel estratégico na qualificação da assistência, na integração dos serviços e na melhoria da gestão das informações clínicas. Nesse contexto, a gestão da informação é reconhecida como uma estratégia importante para aprimorar a organização dos serviços e fortalecer a qualidade da atenção à saúde.

Nas instituições públicas de ensino, que ofertam assistência à população, os prontuários assumem papel ainda mais relevante por subsidiar simultaneamente atividades de cuidado, formação profissional e assistência à população. Além disso, segundo Lima, Blatt e Caregnato (2022), registrar as informações de forma clara e organizada possibilita a comunicação entre os profissionais e favorece a continuidade do cuidado. Dessa forma, avaliar a qualidade desses registros torna-se importante para identificar fragilidades e oportunidades de melhoria nos processos informacionais e assistenciais.

Estudos realizados em clínicas-escola de odontologia evidenciam que falhas no preenchimento dos prontuários físicos podem comprometer o acompanhamento longitudinal dos pacientes, limitar sua utilização para fins acadêmicos e dificultar a avaliação da qualidade da assistência prestada (Rocha *et al.*, 2023). Nesse contexto, ainda há lacunas na literatura quanto à qualidade desses registros em ambientes de formação em saúde, especialmente no uso de prontuários físicos em clínicas-escola odontológicas, os quais exigem atenção à completude, legibilidade e organização das informações, aspectos essenciais para a continuidade do cuidado e a segurança do paciente.

Nesse sentido, o presente estudo teve como objetivo avaliar a qualidade dos prontuários odontológicos físicos utilizados na Clínica Escola de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), analisando suas potencialidades, limitações e repercussões para a gestão da informação e para a qualidade dos serviços prestados à comunidade. Este estudo é um recorte de uma pesquisa de mestrado realizada na UFRN.

2 MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa aplicada, de caráter descritivo, com abordagem quanti-qualitativa, desenvolvida na Clínica Escola do Departamento de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). A população do estudo foi composta por usuários dos prontuários odontológicos da clínica-escola, incluindo docentes, técnicos administrativos e discentes envolvidos nas atividades assistenciais, totalizando 346 respondentes.

A coleta de dados ocorreu por meio da aplicação de um questionário semiestruturado, composto majoritariamente por questões abertas, durante os meses de junho e julho de 2023. O questionário constitui uma das técnicas mais utilizadas em pesquisas sociais e em saúde, por permitir a padronização das respostas e a análise comparativa dos dados (Marconi; Lakatos, 2021).

Embora o instrumento de coleta contemplasse diferentes aspectos relacionados à gestão da informação em saúde, o presente estudo apresenta um recorte voltado às questões referentes à qualidade dos prontuários odontológicos, considerando sua relevância para a assistência, o

DOI: 10.51161/iv-conasus/82939

ensino e a gestão da informação. Essa delimitação decorre do objetivo específico da pesquisa e da necessidade de foco analítico no fenômeno investigado (Marconi; Lakatos, 2021).

Os dados quantitativos foram organizados e analisados por meio de estatística descritiva, com cálculo de frequências, utilizando o software Jamovi. Quanto aos aspectos éticos, a pesquisa foi conduzida de forma anônima, sem identificação dos participantes, em conformidade com os princípios éticos aplicáveis à pesquisa envolvendo seres humanos.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados foram interpretados à luz da literatura científica sobre gestão da informação e prontuários do paciente, permitindo a análise das potencialidades e fragilidades do modelo adotado pela instituição e suas repercussões na qualidade dos serviços de saúde. A população elegível foi composta por 346 indivíduos, dos quais 244 participaram da pesquisa, correspondendo a uma taxa de resposta de aproximadamente 70%, valor considerado elevado em estudos baseados em questionários, o que confere maior representatividade aos resultados.

Com o objetivo de analisar a percepção dos usuários sobre a qualidade dos prontuários odontológicos utilizados na Clínica Escola de Odontologia da UFRN, foram examinadas diferentes dimensões relacionadas ao registro e à utilização das informações. A Tabela 1 sintetiza os resultados obtidos, evidenciando a avaliação dos participantes quanto aos principais aspectos que influenciam a eficiência e a confiabilidade desses documentos no contexto assistencial e acadêmico.

Tabela 1 – Avaliação do prontuário odontológico utilizado no DOD/UFRN

Categorias de Análise	Satisfeito/Muito Satisfeito (%)	Neutro (%)	Insatisfeito/Muito insatisfeito (%)
Qualidade da informação preenchida	53,7	11,5	34,8
Legibilidade do prontuário	22,5	8,6	68,9
Facilidade para encontrar as informações	31,5	11,5	57,0
Prontuário como fonte de informação para o andamento das atividades	50,8	11,9	37,3
Eficiência do prontuário na gestão da informação	28,7	16,0	55,3
Comunicação escrita	41,8	11,5	46,7

Fonte: Elaborado pela autora (2026)

A análise dos resultados da Tabela 1 evidencia que a percepção dos participantes sobre os prontuários odontológicos envolve aspectos positivos e limitações estruturais. A confiabilidade do conteúdo informacional é reconhecida, apesar das limitações do suporte físico. Isso sugere que o problema não está no conteúdo clínico, mas na forma de registro e organização das informações, o que pode afetar sua utilização. Ainda assim, os prontuários são considerados adequados para atender às demandas da assistência e das atividades acadêmicas. A literatura reconhece o prontuário como instrumento fundamental para o registro sistemático

das informações clínicas e para o suporte às atividades assistenciais, gerenciais e de ensino (Galvão; Ricarte, 2012).

Situação semelhante foi observada quanto à utilização do prontuário como fonte de informação, uma vez que as avaliações positivas prevaleceram sobre as negativas, indicando que o instrumento mantém relevância funcional no suporte às atividades desenvolvidas na instituição. No entanto, esse resultado também sugere uma dependência do conteúdo informacional, mesmo em um sistema com limitações operacionais, o que reforça a importância do prontuário enquanto repositório clínico, ainda que com fragilidades estruturais.

Por outro lado, na legibilidade, localização das informações e eficiência na gestão dos dados, as avaliações negativas superaram as positivas. Isso indica uma limitação estrutural do modelo físico de registro, em que a organização manual e a falta de padronização dificultam o acesso à informação. Assim, o problema não se restringe somente ao conteúdo registrado, mas à própria estrutura do sistema em papel, o que pode comprometer a eficiência dos processos de trabalho.

A comunicação escrita por meio do prontuário também apresentou resultado desfavorável, com predominância de avaliações negativas. Considerando que o prontuário constitui um dos principais instrumentos de comunicação entre profissionais de saúde, esse achado evidencia fragilidades na capacidade do sistema físico de garantir integração efetiva entre os membros da equipe. Nesse sentido, Souza e Wagner (2022) destacam que o prontuário único tem como finalidade facilitar a comunicação entre profissionais de diferentes especialidades, promovendo o compartilhamento de informações e a coordenação do cuidado. Contudo, os resultados sugerem que essa função comunicacional pode ser parcialmente comprometida quando dependente de registros físicos não estruturados.

De modo geral, os resultados indicam que os prontuários odontológicos avaliados possuem potencial para subsidiar a gestão da informação e apoiar as atividades desenvolvidas na clínica-escola, especialmente pela qualidade do conteúdo registrado. Esse achado corrobora estudos recentes que apontam o prontuário odontológico como importante fonte de dados para o acompanhamento clínico, planejamento das ações e produção de informações em saúde (Carvalho, 2022). A predominância de avaliações positivas quanto à qualidade da informação e à utilização do prontuário como fonte de informação sugere que sua função essencial de documentação clínica ainda é preservada, mesmo diante de limitações operacionais.

Contudo, as dificuldades relacionadas à legibilidade, recuperação das informações e comunicação evidenciam fragilidades na gestão da informação. O problema não está na ausência de dados, mas no acesso, organização e integração das informações. Resultados semelhantes foram identificados por Rocha *et al*. (2023), que destacaram falhas no preenchimento dos prontuários odontológicos, com impactos na continuidade do cuidado e no acompanhamento dos pacientes. Além disso, a insatisfação quanto à eficiência do prontuário reforça a necessidade de aprimoramento dos processos de registro e organização documental.

Nesse contexto, a literatura destaca que a padronização dos registros e a incorporação de tecnologias digitais favorecem a qualidade da informação, a segurança dos dados e a integração dos processos assistenciais e gerenciais (Beserra *et al*., 2022). Assim, esses achados reforçam que melhorias estruturais no sistema de registro são essenciais para reduzir a dependência de processos manuais e aumentar a confiabilidade e a acessibilidade da informação em saúde. O prontuário do paciente é um elemento central do sistema de informação em saúde, produzindo e disponibilizando continuamente dados que representam a trajetória de cuidado dos indivíduos (Santos; Vitoriano; Damian, 2019).

As fragilidades observadas podem estar diretamente associadas às limitações inerentes aos prontuários em suporte físico. Diferentemente dos sistemas eletrônicos, os registros em papel apresentam menor padronização, maior vulnerabilidade à perda de informação e maior dificuldade de recuperação de dados, o que pode comprometer a comunicação entre

profissionais e a eficiência dos processos assistenciais e gerenciais. Nesse sentido, o Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) é descrito como uma tecnologia que facilita a tomada de decisão e contribui para maior segurança e precisão das informações clínicas (Oliveira, 2019).

De forma geral, a análise comparativa das categorias avaliadas demonstra que os participantes reconhecem a relevância e a utilidade das informações contidas nos prontuários, embora apontem limitações importantes relacionadas à operacionalização do sistema de registro. Assim, os resultados indicam que a principal fragilidade não se restringe ao conteúdo informacional, mas à estrutura do modelo físico de registro, sugerindo a necessidade de aprimoramentos voltados à organização, à recuperação e à comunicação das informações, com vistas ao fortalecimento da gestão da informação e da qualidade dos serviços prestados.

4 CONCLUSÃO

Conclui-se que os prontuários odontológicos físicos utilizados na Clínica Escola de Odontologia da UFRN exercem papel relevante no suporte às atividades assistenciais, de ensino e de gestão da informação, especialmente pela qualidade do conteúdo registrado. Esses achados indicam que, apesar das limitações operacionais do modelo físico, os registros ainda cumprem sua função essencial de documentação clínica, contribuindo para a continuidade do cuidado e para o apoio à tomada de decisão na prática assistencial.

Por outro lado, foram identificadas limitações importantes relacionadas à legibilidade, à localização das informações e à eficiência na gestão dos dados. Essas fragilidades não apenas dificultam o acesso às informações, mas também impactam a fluidez dos processos de trabalho, podendo gerar retrabalho e comprometer a comunicação entre profissionais. Assim, observa-se que, embora o conteúdo informacional seja considerado adequado, sua efetividade é parcialmente limitada pela estrutura do suporte físico e pela forma de organização dos registros.

Do ponto de vista da gestão dos serviços de saúde, os resultados reforçam que o aprimoramento dos processos de registro constitui uma estratégia essencial para aumentar a eficiência assistencial e administrativa, reduzindo falhas, otimizando o trabalho das equipes e qualificando a assistência prestada aos usuários. Entre as limitações do estudo, destacam-se a realização em uma única instituição e a utilização de dados baseados na percepção dos participantes. Os achados reforçam a necessidade de estratégias voltadas à qualificação dos registros clínicos e à modernização dos sistemas de informação, com vistas ao fortalecimento da gestão da informação e da qualidade da assistência em saúde.

REFERÊNCIAS

BARBALHO, Ingridy Maria de Paiva *et al*. Electronic health records in Brazil: prospects and technological challenges. **Frontiers in Public Health**, Lausanne, v. 10, p. 963841, 2022. Disponível em: https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.963841. Acesso em: 11 jun. 2026.

BESERRA, Letícia Regina Marques *et al*. Impactos e desafios do uso de prontuários eletrônicos na prática odontológica: uma revisão de escopo. **Revista de Atenção à Saúde**, São Caetano do Sul, v. 19, n. 70, 2022. DOI: 10.13037/2359-4330.8197.

CARVALHO, Cibele de Paiva Menezes. A gestão da informação, do registro ao indicador, na saúde bucal da Estratégia Saúde da Família de Anápolis/GO. **Revista Científica da Escola Estadual de Saúde Pública de Goiás Cândido Santiago**, v. 8, 2022. DOI: 10.22491/2447-3405.2022.V8.80007.

CRESWELL, J. W.; CRESWELL, J. D. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto.** 5. ed. Porto Alegre: Penso, 2021.

GALVÃO, Maria Cristiane Barbosa; RICARTE, Ivan Luiz Marques. **Prontuário do paciente**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012. 344 p. ISBN 978-85-277-2144-8.

GUALDANI, Fabrício Amadeu *et al*. Critérios de qualidade de dados em saúde: uma análise quantitativa. **Informação & Informação**, v. 27, n. 2, p. 466-490, 2022. DOI: 10.5433/1981-8920.2022v27n2p466.

LIMA, Gabriela da Silva; BLATT, Carine Raquel; CAREGNATO, Rita Catalina Aquino. Registros em prontuários de pacientes hospitalizados: comunicação e continuidade do cuidado. **Revista Contexto & Saúde**, Ijuí, v. 22, n. 46, p. 1-14, 2022.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Fundamentos de metodologia científica**. 9. ed. São Paulo: Atlas, 2021.

OLIVEIRA, Suellen de Alcântara. **Qualidade da informação do prontuário eletrônico do paciente no processo de apoio à decisão clínica**. 2019. 98 f. Dissertação (Mestrado em Administração) – Universidade Federal de Itajubá, Itajubá, 2019.

OLIVEIRA, Suellen de Alcântara; FAVARETTO, Fabio. Qualidade da informação do prontuário eletrônico do paciente no processo de apoio à decisão clínica. **Journal of Health Informatics**, São Paulo, v. 13, n. 1, 2021. Disponível em: https://jhi.sbis.org.br/index.php/jhi-sbis/article/view/767. Acesso em: 11 jun. 2026.

ROCHA, Lorena Castro *et al*. Qualidade de preenchimento de prontuários clínicos por estudantes de uma Faculdade de Odontologia brasileira. **Revista da ABENO**, v. 23, n. 1, 2023. DOI: 10.30979/revabeno.v23i1.2113.

SANTOS, Beatriz Rosa Pinheiro dos; VITORIANO, Marcia Cristina de Carvalho Pazin; DAMIAN, Ieda Pelógia Martins. A gestão da informação orgânica e a gestão documental no contexto do prontuário do paciente de unidades básicas de saúde. **Ponto de Acesso**, Salvador, v. 13, n. 2, p. 202-222, 2019.

SOUZA, Leonardo Pereira de; WAGNER, Debora. *Pontos comuns e estratégias para a escrita do psicólogo em prontuário único: relato de experiência*. **HU Revista**, v. 48, 2022.

A IMPORTÂNCIA DA DISPONIBILIZAÇÃO DA EPINEFRINA AUTOINJETÁVEL NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE PARA O MANEJO DA ANAFILAXIA

GIOVANNA BERTOLINO VIEIRA; WANIA REZENDE LIMA

Introdução: A anafilaxia é uma reação de hipersensibilidade sistêmica grave e potencialmente fatal que requer reconhecimento e tratamento imediatos, sendo a epinefrina intramuscular considerada a terapia de primeira linha. Apesar das recomendações internacionais favoráveis ao uso de autoinjetores, o acesso a esse dispositivo permanece limitado no Brasil, o que pode comprometer o atendimento oportuno de pacientes em risco. **Objetivo:** Discutir a importância da disponibilização da epinefrina autoinjetável no Sistema Único de Saúde (SUS) para o manejo da anafilaxia e a prevenção de desfechos graves. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão narrativa da literatura realizada na base PubMed/MEDLINE, utilizando os descritores “Anaphylaxis”, “Epinephrine” e “Emergency Treatment”, combinados pelo operador booleano AND. Foram selecionados estudos publicados nos últimos cinco anos, disponíveis gratuitamente na íntegra e relacionados à administração precoce de epinefrina na anafilaxia, totalizando sete artigos após aplicação dos critérios de elegibilidade. Também foram consultados documentos oficiais brasileiros sobre políticas públicas relacionadas ao tema. **Resultados:** As evidências analisadas demonstram que a administração precoce de epinefrina está associada à redução da morbimortalidade e à melhora dos desfechos clínicos em pacientes com anafilaxia. Diretrizes internacionais recomendam a disponibilização de autoinjetores para indivíduos com maior risco, e alguns países adotam mecanismos públicos de financiamento para ampliar esse acesso. No Brasil, entretanto, persistem barreiras para obtenção do medicamento, especialmente fora do ambiente hospitalar, evidenciando uma lacuna assistencial. **Conclusão:** A disponibilização da epinefrina autoinjetável pelo SUS pode favorecer intervenções precoces, reduzir complicações graves e mortes evitáveis e promover maior equidade no acesso ao tratamento da anafilaxia. A adoção dessa estratégia está alinhada aos princípios do sistema público de saúde e representa uma medida relevante para fortalecer a assistência a pacientes com risco de recorrência.

Palavras-chave: **ANAFILAXIA; EPINEFRINA; SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

DOI: 10.51161/iv-conasus/82940

GESTÃO DA INFORMAÇÃO EM SAÚDE E SUA INFLUÊNCIA NA QUALIDADE DOS REGISTROS ODONTOLÓGICOS E NA ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS NO SUS: UMA REVISÃO RETROSPECTIVA

TALITA ARAUJO DE ANDRADE

Introdução: A gestão da informação em saúde constitui um elemento estruturante para a organização e a qualificação dos sistemas de saúde, especialmente no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS). No campo da Odontologia, a produção e o uso adequado das informações registradas em prontuários odontológicos são fundamentais para garantir a continuidade do cuidado, a segurança do paciente e o suporte à tomada de decisão clínica e gerencial. Entretanto, são observadas fragilidades recorrentes na padronização, completude e qualidade desses registros, o que pode comprometer a eficiência dos serviços e a integração das redes de atenção à saúde. **Objetivos:** Este estudo teve como objetivo analisar, por meio de uma revisão retrospectiva da literatura, a importância da gestão da informação em saúde e suas implicações para os sistemas de saúde, com ênfase na sua relação com a qualidade dos registros odontológicos e com a organização dos serviços no SUS. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa bibliográfica, de abordagem qualitativa e caráter retrospectivo, baseada na análise de produções científicas nacionais e internacionais que abordam gestão da informação em saúde, sistemas de informação em saúde e registros clínicos odontológicos. A análise foi realizada de forma interpretativa, buscando identificar convergências e contribuições dos estudos para a compreensão do papel da informação na qualificação dos serviços de saúde. **Resultados:** Os achados evidenciam que a gestão qualificada da informação contribui diretamente para a melhoria da qualidade assistencial, o fortalecimento da continuidade do cuidado e o aumento da eficiência na gestão dos serviços de saúde. No contexto odontológico, prontuários bem estruturados favorecem a comunicação entre profissionais, reduzem falhas no atendimento e subsidiam o planejamento em saúde bucal. Por outro lado, foram identificadas limitações relacionadas à inconsistência dos registros, baixa padronização dos sistemas e dificuldades na incorporação de tecnologias digitais nos serviços públicos. **Conclusão:** Conclui-se que a gestão da informação em saúde é estratégica para a consolidação de sistemas de saúde mais eficientes e integrados, sendo especialmente relevante para a qualificação dos registros odontológicos no SUS. Evidencia-se a necessidade de investimentos contínuos em padronização de processos, capacitação profissional e fortalecimento dos sistemas de informação em saúde.

Palavras-chave: **SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE; ODONTOLOGIA EM SAÚDE PÚBLICA; PRONTUÁRIOS**

DOI: 10.51161/iv-conasus/82952

ANÁLISE DA GESTÃO DA INFORMAÇÃO E DA COMUNICAÇÃO INTERNA NO CONTEXTO DO PRONTUÁRIO CLÍNICO ODONTOLÓGICO EM UMA INSTITUIÇÃO PÚBLICA DE ENSINO SUPERIOR

TALITA ARAUJO DE ANDRADE

Introdução: A gestão da informação e a comunicação interna constituem elementos essenciais para a eficiência e a qualidade dos serviços prestados em instituições públicas de saúde e ensino. Em ambientes que dependem de fluxos informacionais complexos, torna-se indispensável a adoção de ferramentas organizacionais capazes de apoiar adequadamente as atividades assistenciais, de ensino e de pesquisa. **Objetivo:** Este estudo teve como objetivo realizar um diagnóstico da gestão da informação e da comunicação interna a partir da análise do prontuário clínico em papel utilizado no Departamento de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Buscou-se mapear o fluxo atual do processo e avaliar o nível de satisfação de discentes, docentes e técnicos-administrativos envolvidos. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa-ação descritiva, de abordagem mista (quantitativa e qualitativa). A coleta de dados foi realizada por meio de um questionário semiestruturado, composto por itens sobre o perfil dos participantes, uso de tecnologias e uma escala do tipo Likert para mensuração da satisfação. A análise estatística foi conduzida no software Jamovi, utilizando frequências e percentuais, além dos testes não paramétricos de Kruskal-Wallis e pós-teste de Dwass-Steel-Critchlow-Fligner. **Resultados:** Os achados evidenciaram insatisfação predominante entre os três grupos investigados em relação ao modelo de prontuário em papel, com destaque para dificuldades no acesso físico, fragilidades na segurança da informação e limitações no compartilhamento de dados. A comunicação interna foi identificada como o principal gargalo operacional do setor, comprometendo o fluxo informacional e a integração das atividades. Em contrapartida, observou-se elevada familiaridade dos participantes com recursos digitais, bem como uma percepção amplamente favorável à adoção do prontuário eletrônico como estratégia de aprimoramento dos processos institucionais. **Conclusão:** Conclui-se que o sistema atual de prontuários em papel não atende de forma satisfatória às demandas administrativas, acadêmicas e científicas do departamento. Evidencia-se, portanto, a necessidade de modernização da gestão da informação por meio da transição para o prontuário eletrônico, bem como da implementação de melhorias estruturais imediatas para otimização dos fluxos de trabalho e fortalecimento da comunicação organizacional.

Palavras-chave: **PROCESSOS DE TRABALHO EM SAÚDE; FLUXO INFORMACIONAL; COMUNICAÇÃO ORGANIZACIONAL**

DOI: 10.51161/iv-conasus/82954

VIVÊNCIA PRÁTICA E EDUCATIVA REALIZADA POR GRADUANDAS DO CURSO DE MEDICINA POR MEIO DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE COM CRIANÇAS EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE SOCIAL.

CARLA AFFONSO MADUREIRA SANTOS; KAREN HELENA DA SILVA OLIVEIRA DE MELO; FABIANA GASPAR GONZALEZ; LIVIA ROSSI; LÍVIA RODRIGUES PIRES; LÍVIA DE SOUSA RASINI; LÍVIA ARAÚJO E SILVA

Introdução: A educação em saúde constitui uma importante estratégia para a promoção da saúde e prevenção de agravos, especialmente em contextos de vulnerabilidade social. Além de favorecer a disseminação de conhecimentos, essas ações contribuem para o fortalecimento do vínculo entre a comunidade e os serviços de saúde. **Objetivo:** Promoção de ação de educação em saúde com crianças em situação de vulnerabilidade social, incentivando hábitos de higiene e fortalecendo a aproximação dos graduandos de Medicina com as demandas da comunidade. **Relato de Experiência:** A atividade foi realizada por graduandas do segundo ano do curso de Medicina, sob supervisão docente, em uma instituição de convivência localizada no município de Santos (SP), envolvendo crianças entre 7 e 12 anos em situação de vulnerabilidade social. Como recurso educativo, foi elaborada uma cartilha lúdica sobre higiene pessoal, utilizando personagens infantis e linguagem adequada à faixa etária dos participantes. A ação ocorreu por meio de uma roda de conversa interativa, na qual foram abordados temas relacionados aos cuidados com a higiene e sua importância para a saúde. Posteriormente, foi realizada uma dinâmica prática de higienização das mãos utilizando tinta, água e sabão, permitindo a visualização das áreas que necessitavam de maior atenção durante a lavagem. As atividades despertaram interesse e participação ativa das crianças, favorecendo a compreensão dos conteúdos apresentados e estimulando a adoção de hábitos saudáveis por meio de estratégias lúdicas e participativas. **Conclusão:** A experiência evidenciou o potencial da educação em saúde como ferramenta para a promoção de hábitos saudáveis entre crianças. As estratégias lúdicas utilizadas favoreceram o aprendizado e o engajamento dos participantes, contribuindo para a compreensão da importância do autocuidado e higiene na prevenção de doenças. Para as graduandas de Medicina, a vivência proporcionou o desenvolvimento de competências relacionadas à comunicação, ao acolhimento e à educação em saúde, além de fortalecer a responsabilidade social e a compreensão dos determinantes sociais da saúde. A experiência reforçou a importância da formação médica voltada para a integralidade do cuidado e para o compromisso com as necessidades da comunidade.

DOI: 10.51161/iv-conasus/82957

Palavras-chave: **EDUCAÇÃO EM SAÚDE; MEDICINA; ATENÇÃO PRIMÁRIA**

DOI: 10.51161/iv-conasus/82957

PERFIL DOS PROCEDIMENTOS HEMOTERÁPICOS REALIZADOS NO NORDESTE BRASILEIRO ENTRE 2022 E 2025

IÁRA ARCANJO AQUINO FURTADO; ANDRÉ LUIZ PETRY; JESSIVÂNIA PERNAMBUCO; ALESSANDRA RODRIGUES; MARCELA PINTO MOURA; ISABELLE MOURA FITTIPALDI DE SOUZA DANTAS CAVALCANTI; JULIANA PRADO GONÇALES

RESUMO

A hemoterapia constitui um componente essencial da assistência à saúde, sendo amplamente utilizada em procedimentos cirúrgicos, tratamentos oncológicos, doenças hematológicas, transplantes e situações de urgência e emergência. No Brasil, as ações relacionadas ao sangue, componentes e hemoderivados são regulamentadas pela Política Nacional de Sangue, Componentes e Hemoderivados, que busca garantir acesso universal, qualidade e segurança transfusional no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). O presente estudo teve como objetivo analisar a distribuição temporal e espacial dos procedimentos hemoterápicos realizados na Região Nordeste entre 2022 e 2025. Trata-se de um estudo ecológico, descritivo e retrospectivo, desenvolvido a partir de dados secundários do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS), disponíveis no DATASUS. Foram analisados os procedimentos pertencentes ao subgrupo Hemoterapia (0306), considerando a quantidade aprovada por ano e unidade federativa. No período analisado foram registrados 7.989.158 procedimentos hemoterápicos. Observou-se crescimento progressivo da produção assistencial, passando de 1.923.312 procedimentos em 2022 para 2.093.642 em 2025, representando aumento de 8,8%. Bahia, Pernambuco e Ceará concentraram os maiores quantitativos de registros. Esse padrão pode estar relacionado à maior concentração populacional e à maior disponibilidade de serviços especializados de saúde nesses estados, refletindo diferenças regionais na oferta e utilização da assistência hemoterápica. Além disso, o aumento dos procedimentos ao longo do período sugere expansão da demanda e da utilização desses serviços na região. Os resultados evidenciam a relevância da hemoterapia para a assistência em saúde na Região Nordeste e reforçam a importância do fortalecimento da Hemorrede brasileira para garantia da integralidade do cuidado e ampliação do acesso aos serviços especializados.

Palavras-chave: Assistência Ambulatorial; Hemorrede; Sistema Único de Saúde

1 INTRODUÇÃO

A hemoterapia constitui uma área estratégica da assistência à saúde, compreendendo atividades relacionadas à obtenção, processamento, armazenamento, distribuição e utilização terapêutica do sangue e de seus componentes. Essas ações são fundamentais para o suporte a procedimentos cirúrgicos, atendimento a pacientes com doenças hematológicas, tratamento oncológico, transplantes e situações de urgência e emergência, compondo a infraestrutura assistencial necessária ao cuidado em diferentes níveis de complexidade (WHO, 2022).

No contexto internacional, a World Health Organization destaca que o acesso universal a produtos sanguíneos seguros, eficazes e com qualidade assegurada depende da existência de

DOI: 10.51161/iv-conasus/82964

sistemas nacionais de sangue bem estruturados, coordenados e sustentáveis (WHO, 2020). O relatório global sobre segurança e disponibilidade de sangue também aponta que a coleta, o processamento e o uso clínico do sangue variam entre países e regiões, reforçando a importância do monitoramento sistemático desses serviços para o planejamento dos sistemas de saúde (WHO, 2022).

No Brasil, a organização das ações relacionadas ao sangue, componentes e hemoderivados é regulamentada pela Lei nº 10.205, de 21 de março de 2001, que instituiu a Política Nacional de Sangue, Componentes e Hemoderivados. Essa política estabelece diretrizes para a organização da Hemorrede nacional e para a garantia da qualidade, segurança e disponibilidade dos serviços hemoterápicos ofertados à população (BRASIL, 2001). A organização da hemoterapia brasileira passou por importantes transformações ao longo das últimas décadas, culminando na consolidação de uma rede nacional de serviços hemoterápicos articulada ao Sistema Único de Saúde (Junqueira; Rosenblit; Hamerschlak, 2005).

A Hemorrede brasileira é composta por uma estrutura descentralizada de serviços responsáveis pela captação de doadores, coleta, processamento, armazenamento, distribuição e utilização terapêutica do sangue e seus componentes. Além dessas atribuições, os serviços hemoterápicos desempenham importante papel assistencial no cuidado de pacientes em diferentes níveis de atenção à saúde (Junqueira; Rosenblit; Hamerschlak, 2005; BRASIL, 2001). Nesse contexto, o acompanhamento dos indicadores relacionados à hemoterapia pode contribuir para a compreensão da utilização desses serviços e subsidiar o planejamento das ações de saúde.

A Região Nordeste apresenta características que tornam relevante a análise dos procedimentos hemoterápicos realizados no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Composta por nove estados e população superior a 57 milhões de habitantes (IBGE, 2025), a região apresenta importantes diferenças demográficas, socioeconômicas e assistenciais. Essas características podem influenciar a distribuição e a utilização dos serviços especializados de saúde, uma vez que persistem desigualdades regionais relacionadas ao acesso e à organização da atenção à saúde no Brasil (Paim *et al*., 2011).

Apesar da relevância do tema, estudos que descrevem o comportamento recente dos procedimentos hemoterápicos na região ainda são limitados, especialmente aqueles desenvolvidos a partir de bases nacionais de dados. Diante desse contexto, o presente estudo teve como objetivo analisar a distribuição temporal e espacial dos procedimentos hemoterápicos registrados no Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS na Região Nordeste entre os anos de 2022 e 2025.

2 MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo ecológico, descritivo, retrospectivo e de abordagem quantitativa, realizado a partir de dados secundários obtidos no Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SIA/SUS), disponibilizados pelo Departamento de Informática do SUS (DATASUS).

Foram analisados os registros referentes aos procedimentos pertencentes ao subgrupo 0306 (Hemoterapia), realizados nos nove estados da Região Nordeste do Brasil (Alagoas, Bahia, Ceará, Maranhão, Paraíba, Pernambuco, Piauí, Rio Grande do Norte e Sergipe), no período compreendido entre janeiro de 2022 e dezembro de 2025.

A coleta dos dados foi realizada por meio da plataforma TabNet do DATASUS, utilizando como critérios de seleção a região geográfica, o período de atendimento e o subgrupo de procedimentos hemoterápicos. As variáveis analisadas foram ano de atendimento, unidade federativa e quantidade aprovada de procedimentos.

DOI: 10.51161/iv-conasus/82964

Os dados foram exportados para planilhas eletrônicas, submetidos à conferência de consistência e organizados em tabelas de frequência absoluta. Para a análise descritiva, foram calculadas distribuições percentuais e variações relativas entre os anos estudados, possibilitando a caracterização da distribuição temporal e espacial dos procedimentos hemoterápicos realizados na Região Nordeste.

Por utilizar exclusivamente dados secundários de domínio público, sem identificação individual dos usuários, o estudo dispensa apreciação por Comitê de Ética em Pesquisa, conforme previsto na Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016, do Conselho Nacional de Saúde.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Entre 2022 e 2025 foram registrados 7.989.158 procedimentos hemoterápicos na Região Nordeste, evidenciando a relevância da hemoterapia para a assistência em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Observou-se crescimento progressivo do quantitativo de procedimentos ao longo do período analisado, passando de 1.923.312 registros em 2022 para 2.093.642 em 2025 (Tabela 1), correspondendo a um aumento de 8,8%.

Tabela 1. Quantidade de procedimentos hemoterápicos realizados na Região Nordeste segundo ano de atendimento, 2022–2025.

Ano	Quantidade de procedimentos
2022	1.923.312
2023	1.963.052
2024	2.009.152
2025	2.093.642

Fonte: Elaborado pelos autores.

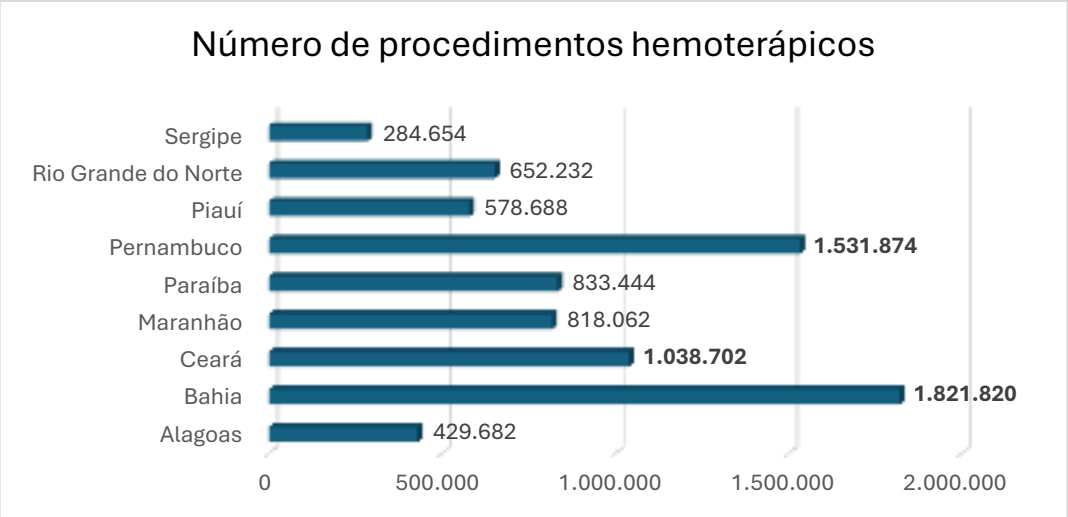
O crescimento observado ao longo do período analisado demonstra a manutenção e a ampliação da utilização dos serviços hemoterápicos na Região Nordeste. A disponibilidade de serviços relacionados ao sangue e seus componentes constitui elemento essencial para o funcionamento dos sistemas de saúde e para a garantia da assistência em diferentes níveis de complexidade, incluindo procedimentos cirúrgicos, atendimento de urgência e emergência, tratamento de doenças hematológicas e assistência oncológica (WHO, 2022; BRASIL, 2015).

Nesse contexto, o aumento dos registros observados entre 2022 e 2025 reforça a relevância da hemoterapia para o SUS e evidencia a necessidade de vigilância desses serviços como ferramenta de apoio ao planejamento e à gestão da Hemorrede.

A análise da distribuição dos procedimentos por unidade federativa revelou importante heterogeneidade entre os estados nordestinos, conforme apresentado no Gráfico 1. Bahia, Pernambuco e Ceará concentraram os maiores quantitativos de registros durante o período analisado, respondendo conjuntamente por aproximadamente 55,0% dos procedimentos realizados na região.

Gráfico 1. Quantidade de procedimentos hemoterápicos realizados segundo unidade federativa. Região Nordeste, 2022–2025.

DOI: 10.51161/iv-conasus/82964



Fonte: Elaborado pelos autores.

Em números absolutos, a Bahia apresentou o maior quantitativo acumulado de procedimentos hemoterápicos (1.821.820), seguida por Pernambuco (1.531.874) e Ceará (1.038.702). Esse padrão pode estar relacionado à maior concentração populacional e à maior disponibilidade de serviços especializados nesses estados. A organização da Hemorrede brasileira ocorre de forma hierarquizada, considerando diferentes níveis de complexidade dos serviços de hemoterapia e sua articulação com a rede assistencial, de modo a atender às necessidades hemoterapêuticas das distintas regiões de saúde (BRASIL, 2001; BRASIL, 2017).

Nesse contexto, a concentração dos registros em determinadas unidades federativas pode refletir a maior capacidade instalada e a presença de serviços de referência responsáveis pelo atendimento de demandas assistenciais de maior complexidade.

Os resultados também evidenciam a relevância da Política Nacional de Sangue, Componentes e Hemoderivados para a organização da assistência hemoterápica brasileira. A estruturação da Hemorrede nacional está fundamentada em diretrizes voltadas à regionalização dos serviços, à qualificação da assistência e à garantia do acesso da população às ações relacionadas ao sangue e seus componentes (BRASIL, 2001; BRASIL, 2017).

Nesse sentido, o acompanhamento sistemático dos indicadores assistenciais e dos processos relacionados à hemoterapia constitui importante instrumento para o planejamento, a avaliação e o aprimoramento dos serviços, contribuindo para o fortalecimento da segurança transfusional e da capacidade operacional da rede assistencial (ANVISA, 2015).

Embora os dados demonstrem crescimento dos procedimentos hemoterápicos na Região Nordeste, a distribuição observada entre os estados evidencia diferenças na utilização desses serviços ao longo do período analisado (2022 a 2025).

A existência de desigualdades regionais na oferta e no acesso aos serviços de saúde constitui um desafio historicamente reconhecido no SUS, especialmente em um país marcado por importantes diferenças demográficas, socioeconômicas e territoriais (Paim *et al*., 2011). No âmbito da hemoterapia, a organização regionalizada dos serviços e o monitoramento contínuo dos indicadores assistenciais são estratégias fundamentais para subsidiar o planejamento das ações e o fortalecimento da Hemorrede brasileira (BRASIL, 2001; BRASIL, 2017).

A WHO destaca que a garantia de acesso equitativo aos serviços relacionados ao sangue e seus componentes permanece como um desafio para diversos sistemas de saúde, reforçando a necessidade de acompanhamento permanente desses indicadores para apoiar a gestão e a qualificação dos serviços (WHO, 2020).

4 CONCLUSÃO

O presente estudo evidenciou a realização de 7.989.158 procedimentos hemoterápicos na Região Nordeste entre 2022 e 2025, demonstrando a relevância da hemoterapia para a assistência à saúde e para o funcionamento dos serviços de média e alta complexidade no âmbito do Sistema Único de Saúde. Observou-se tendência de crescimento no número de procedimentos ao longo do período analisado, indicando ampliação da utilização dos serviços hemoterápicos na região.

A distribuição dos procedimentos entre os estados mostrou concentração expressiva na Bahia, Pernambuco e Ceará, o que pode estar relacionado ao maior contingente populacional e à presença de redes assistenciais mais estruturadas, com maior oferta de serviços especializados e hemocentros de referência. Por outro lado, as diferenças observadas entre as unidades federativas sugerem a existência de desigualdades na utilização e no acesso aos serviços hemoterápicos, reforçando a necessidade de fortalecimento das estratégias de regionalização e organização da Hemorrede.

Os resultados destacam a importância do monitoramento contínuo dos procedimentos hemoterápicos por meio dos sistemas de informação em saúde, permitindo subsidiar o planejamento de ações, a alocação de recursos e a formulação de políticas públicas voltadas à ampliação do acesso e à qualificação da assistência. Além disso, o acompanhamento desses indicadores pode contribuir para a identificação de necessidades específicas de cada estado e para o aprimoramento da gestão dos serviços de hemoterapia.

Como limitação, ressalta-se que o estudo utilizou dados secundários provenientes de sistemas administrativos, estando sujeito a possíveis inconsistências de registro e subnotificações. Ainda assim, os dados analisados oferecem um panorama relevante da produção hemoterápica na Região Nordeste e podem servir de base para futuras investigações sobre a organização, a eficiência e a equidade dos serviços hemoterápicos no Brasil.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **Marco conceitual e operacional de hemovigilância: guia para a hemovigilância no Brasil**. Brasília: Anvisa, 2015. Link de acesso: https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/monitoramento/hemovigilancia/marco-conceitual-e-operacional-de-hemovigilancia-guia-para-a-hemovigilancia-no-brasil.pdf. Acesso em: 17 de jun. 2026.

BRASIL. **Lei nº 10.205, de 21 de março de 2001**. Regulamenta o § 4º do art. 199 da Constituição Federal, relativo à coleta, processamento, estocagem, distribuição e aplicação do sangue, seus componentes e derivados, estabelece o ordenamento institucional indispensável à execução adequada dessas atividades e dá outras providências. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 22 mar. 2001. Link de acesso: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10205.htm. Acesso em: 17 jun. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde**. Portaria de Consolidação nº 5, de 28 de setembro de 2017**. Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 3 out. 2017. Link de acesso: https://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Legislacoes/Portaria_Consolidacao_5_28_SETEMBRO_2017.pdf. Acesso em: 15 jun. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. **Guia para o uso de hemocomponentes**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Link de acesso:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_uso_hemocomponentes_2ed.pdf. Acesso em: 15 jun. 2026.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**.** Estimativas da população para estados e municípios com data de referência em 1º de julho de 2025. Rio de Janeiro: IBGE, 2025. Disponível em: https://ftp.ibge.gov.br/Estimativas_de_Populacao/Estimativas_2025/estimativa_dou_2025.pdf . Acesso em: 18 jun. 2026.

JUNQUEIRA, P. C.; ROSENBLIT, J.; HAMERSCHLAK, N. História da hemoterapia no Brasil. **Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia**, São José do Rio Preto, v. 27, n. 3, p. 201-207, 2005. DOI: 10.1590/S1516-84842005000300013

PAIM, J. S.; TRAVASSOS, C.; ALMEIDA, C.; BAHIA, L.; MACINKO, J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. **The Lancet,** London, v. 377, n. 9779, p. 1778-1797, 2011. DOI: 10.1016/s0140-6736(11)60054-8.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Action framework to advance universal access to safe, effective and quality-assured blood products 2020–2023**. Geneva: World Health Organization, 2020. Link de acesso: https://www.who.int/publications/i/item/9789240000384. Acesso em: 14 jun. 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global status report on blood safety and availability 2021**. Geneva: World Health Organization, 2022. Link de acesso: https://www.who.int/publications/i/item/9789240051683. Acesso em: 14 jun. 2026.

EVOLUÇÃO DAS INTERNAÇÕES POR LAQUEADURA TUBÁRIA NO NORDESTE BRASILEIRO APÓS A LEI Nº 14.443/2022

JESSIVÂNIA DO NASCIMENTO DOMINGOS PERNAMBUCO; ANDRE LUIZ PETRY; IÁRA ARCANJO AQUINO FURTADO, ALESSANDRA RODRIGUES; MARCELA PINTO MOURA; ISABELLE MOURA FITTIPALDI DE SOUZA DANTAS CAVALCANTI; JULIANA PRADO GONÇALES

RESUMO

O planejamento reprodutivo constitui um direito assegurado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), permitindo que mulheres e homens exerçam autonomia sobre suas escolhas reprodutivas por meio do acesso a métodos contraceptivos seguros e eficazes. Entre os métodos definitivos disponíveis destaca-se a laqueadura tubária, procedimento cirúrgico amplamente utilizado no contexto da saúde reprodutiva feminina. Em 2022, a promulgação da Lei nº 14.443 promoveu alterações na legislação brasileira relacionada ao planejamento familiar, reduzindo a idade mínima para esterilização voluntária e eliminando a exigência de autorização conjugal para realização do procedimento. O presente estudo teve como objetivo analisar a evolução das internações por laqueadura tubária na Região Nordeste do Brasil entre 2022 e 2025. Trata-se de estudo ecológico, descritivo e de série temporal, desenvolvido a partir de dados secundários do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), disponíveis no DATASUS. Foram analisadas as internações referentes ao procedimento de laqueadura tubária (código 0409060186) registradas nos nove estados nordestinos. No período estudado foram identificadas 119.785 internações. Observou-se crescimento expressivo dos procedimentos entre 2022 e 2024, com aumento acumulado de 114,7%. A Bahia apresentou o maior quantitativo de registros, seguida por Pernambuco e Maranhão. Os resultados sugerem expansão da realização de laqueaduras tubárias no SUS após a implementação das alterações legislativas relacionadas ao planejamento reprodutivo. Os achados reforçam a importância do monitoramento dos indicadores assistenciais para avaliação das políticas públicas voltadas à saúde da mulher e aos direitos reprodutivos.

Palavras-chave: Autonomia reprodutiva; Planejamento familiar; Saúde da mulher

1 INTRODUÇÃO

O planejamento reprodutivo constitui um direito fundamental assegurado no Brasil, permitindo que indivíduos e casais exerçam livremente suas escolhas acerca da constituição da família por meio do acesso a informações, métodos e serviços voltados à regulação da fecundidade. No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), essas ações são regulamentadas pela Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, que estabelece o planejamento familiar como um conjunto de ações destinadas à garantia dos direitos reprodutivos, fundamentadas nos princípios da dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável (BRASIL, 1996). Em consonância com essa perspectiva, a Organização Mundial da Saúde destaca que o acesso a métodos contraceptivos seguros e eficazes constitui componente essencial da saúde sexual e reprodutiva e da garantia do acesso universal aos serviços de saúde (WHO, 2023).

DOI: 10.51161/iv-conasus/82966

Entre os métodos contraceptivos disponibilizados pelos sistemas de saúde, a laqueadura tubária destaca-se como uma das principais estratégias de contracepção definitiva feminina. O procedimento consiste na interrupção cirúrgica das tubas uterinas, impedindo a fecundação e oferecendo proteção permanente contra a gravidez. No contexto brasileiro, a esterilização feminina apresenta importância histórica na composição do perfil contraceptivo da população, permanecendo entre os métodos mais utilizados pelas mulheres e apresentando diferenças relevantes segundo características sociodemográficas e regionais (Amaral *et al*., 2019).

A trajetória da esterilização feminina no Brasil foi marcada por importantes transformações legais e institucionais. Antes da regulamentação do planejamento familiar, a realização da laqueadura ocorria em um cenário caracterizado por desigualdades de acesso e pela limitada oferta de métodos contraceptivos reversíveis em determinadas regiões do país. Estudos desenvolvidos no Nordeste brasileiro demonstram que fatores políticos, administrativos e estruturais influenciaram significativamente a expansão da esterilização feminina, contribuindo para diferenças na utilização do procedimento entre grupos populacionais e territórios (Caetano; Potter, 2004). A partir da promulgação da Lei nº 9.263/1996, foram estabelecidos critérios específicos para a realização da esterilização voluntária, com o objetivo de regulamentar a oferta do procedimento e fortalecer a proteção dos direitos reprodutivos no âmbito do SUS (BRASIL, 1996).

Recentemente, discussões relacionadas à autonomia corporal e aos direitos sexuais e reprodutivos impulsionaram novas mudanças na legislação brasileira. Nesse contexto, foi promulgada a Lei nº 14.443, de 2 de setembro de 2022, que alterou dispositivos da Lei do Planejamento Familiar, reduzindo a idade mínima para esterilização voluntária de 25 para 21 anos e eliminando a exigência de consentimento do cônjuge para a realização da laqueadura tubária e da vasectomia. As alterações passaram a vigorar em março de 2023 e foram apresentadas como medidas destinadas à ampliação do acesso aos métodos contraceptivos definitivos e ao fortalecimento da autonomia reprodutiva da população brasileira (BRASIL, 2022).

A Região Nordeste apresenta características que tornam relevante a avaliação das tendências relacionadas à realização da laqueadura tubária após a implementação dessas mudanças legislativas. Além de concentrar importante contingente populacional, a região possui histórico marcante de utilização da esterilização feminina e apresenta desigualdades socioeconômicas e assistenciais que podem influenciar o acesso aos serviços relacionados ao planejamento reprodutivo (Caetano; Potter, 2004; Amaral *et al*., 2019).

Nesse sentido, o acompanhamento dos indicadores hospitalares relacionados ao procedimento pode contribuir para a compreensão dos possíveis efeitos das alterações normativas sobre a utilização dos serviços ofertados pelo SUS.

Diante desse cenário, o presente estudo teve como objetivo analisar a evolução das internações por laqueadura tubária registradas no Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde na Região Nordeste do Brasil após a implementação da Lei nº 14.443/2022.

2 MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo ecológico, descritivo, retrospectivo e de abordagem quantitativa, realizado a partir de dados secundários obtidos no Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS), disponibilizados pelo Departamento de Informática do SUS (DATASUS).

Foram analisadas as internações referentes ao procedimento de laqueadura tubária, registradas nos nove estados da Região Nordeste do Brasil (Alagoas, Bahia, Ceará, Maranhão, Paraíba, Pernambuco, Piauí, Rio Grande do Norte e Sergipe), no período compreendido entre

janeiro de 2022 e dezembro de 2025. A escolha desse intervalo temporal fundamentou-se na promulgação da Lei nº 14.443, de 2 de setembro de 2022, que promoveu alterações nos critérios para realização da esterilização voluntária no país, permitindo a avaliação das tendências observadas após sua implementação.

A coleta dos dados foi realizada por meio da plataforma TabNet do DATASUS, utilizando-se como filtros a região geográfica, o período de processamento e o procedimento selecionado. As variáveis analisadas foram ano de processamento, unidade federativa e número de internações registradas para laqueadura tubária.

Os dados foram exportados para planilhas eletrônicas, submetidos à conferência de consistência e organizados em tabelas de frequência absoluta e relativa. Para análise dos resultados, foram calculadas distribuições percentuais e variações percentuais anuais, permitindo a avaliação da evolução temporal das internações por laqueadura tubária na Região Nordeste.

Por utilizar exclusivamente dados secundários de domínio público, sem identificação individual dos usuários e com acesso irrestrito, o estudo dispensa apreciação por Comitê de Ética em Pesquisa, conforme estabelece a Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016, do Conselho Nacional de Saúde.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram registradas 119.785 internações para realização de laqueadura tubária na Região Nordeste do Brasil entre os anos de 2022 e 2025. A análise temporal evidenciou variação importante no número de procedimentos realizados ao longo do período estudado, com crescimento progressivo entre 2022 e 2024 (Gráfico 1) e redução no último ano analisado.

Gráfico 1. Número de internações por laqueadura tubária segundo ano de processamento. Nordeste, Brasil, 2022–2025.

Fonte: Elaborado pelos autores.

Observou-se crescimento expressivo das internações entre 2022 e 2024. O número de procedimentos aumentou 69,5% entre 2022 e 2023 e 26,6% entre 2023 e 2024. Quando comparados os anos de 2022 e 2024, verificou-se aumento acumulado de 114,7%. O maior quantitativo de internações foi registrado em 2024, correspondendo a 35,2% de todos os procedimentos realizados durante o período analisado.

DOI: 10.51161/iv-conasus/82966

Quanto à distribuição espacial, verificou-se concentração dos procedimentos em poucos estados da região (Tabela 1). A Bahia apresentou o maior quantitativo acumulado de internações, seguida por Pernambuco e Maranhão, que juntos responderam por mais de dois terços dos registros observados no Nordeste.

Tabela 1. Distribuição das internações por laqueadura tubária segundo estado do Nordeste, 2022–2025.

Estado	Total de procedimentos
Bahia	**49.885**
Pernambuco	19.017
Maranhão	14.721
Sergipe	11.119
Ceará	10.217
Outros estados*	14.826

* Outros estados correspondem a Alagoas, Paraíba, Piauí e Rio Grande do Norte.
Fonte: Elaborado pelos autores.

Os resultados sugerem importante expansão da realização da laqueadura tubária após a implementação das alterações promovidas pela Lei nº 14.443/2022. O aumento observado nos anos de 2023 e 2024 pode estar relacionado à ampliação do público elegível para esterilização voluntária, à retirada da exigência de autorização conjugal e à redução de barreiras administrativas historicamente associadas ao acesso ao procedimento (BRASIL, 2022).

A literatura demonstra que a esterilização feminina ocupa posição de destaque entre os métodos contraceptivos utilizados pelas mulheres brasileiras e que seu acesso esteve historicamente condicionado por fatores sociais, institucionais e regionais (Amaral *et al*., 2019). Estudos realizados no Nordeste brasileiro também evidenciaram que aspectos políticos, administrativos e estruturais influenciaram a distribuição da oferta dos serviços relacionados à esterilização cirúrgica, contribuindo para desigualdades territoriais no acesso ao procedimento (Caetano e Potter, 2004).

A predominância observada na Bahia, em Pernambuco e no Maranhão pode refletir diferenças populacionais e assistenciais entre os estados nordestinos. Além do maior contingente populacional, esses estados concentram importantes serviços hospitalares de referência e estruturas assistenciais capazes de realizar procedimentos cirúrgicos eletivos de maior complexidade, o que pode favorecer a realização da laqueadura tubária no âmbito do SUS.

Os resultados também podem indicar a absorção de demanda reprimida existente antes da entrada em vigor da nova legislação. Estudos nacionais apontam que restrições legais, exigências burocráticas e limitações na oferta dos serviços historicamente influenciaram o acesso à esterilização voluntária, especialmente entre mulheres em situação de maior vulnerabilidade social e usuárias exclusivas do sistema público de saúde (Caetano e Potter, 2004). Nesse contexto, a ampliação dos critérios legais pode ter contribuído para o aumento inicialmente observado após 2022, favorecendo o atendimento de uma demanda previamente existente.

Os resultados observados também podem ser analisados sob a perspectiva da ampliação da autonomia reprodutiva feminina. A literatura recente destaca que a esterilização voluntária ultrapassa a dimensão exclusivamente assistencial, constituindo importante instrumento para o

exercício dos direitos sexuais e reprodutivos e para a autodeterminação das mulheres sobre seus projetos de vida e planejamento familiar. Nesse contexto, a laqueadura tubária tem sido compreendida como mecanismo de autonomia corporal, permitindo que decisões relacionadas à reprodução sejam tomadas de forma livre e informada (Cabral e Rangel, 2022; Araújo e Deus, 2023).

Além disso, estudos jurídicos e bioéticos apontam que a exigência de autorização conjugal prevista na legislação anterior representava uma limitação à autonomia feminina, ao condicionar uma decisão de caráter pessoal à manifestação de vontade de terceiros. A retirada dessa exigência pela Lei nº 14.443/2022 é considerada um avanço na efetivação dos direitos reprodutivos e da igualdade de gênero, ainda que persistam desafios relacionados ao acesso efetivo aos serviços e à plena concretização da autonomia reprodutiva das mulheres (Canto, Arquette e Boechat, 2020; Santos, 2025; Araújo e Deus, 2023).

Por outro lado, a redução observada em 2025 deve ser interpretada com cautela. Além da possível estabilização da demanda após o aumento inicial, fatores relacionados à organização dos serviços, ao processamento das informações hospitalares e ao registro dos procedimentos podem ter influenciado os resultados encontrados. Adicionalmente, a utilização de um único código de procedimento constitui limitação do estudo, uma vez que outras formas de registro relacionadas à esterilização feminina não foram contempladas na análise.

De maneira geral, os resultados sugerem expansão da realização de laqueaduras tubárias no Nordeste brasileiro após a implementação da Lei nº 14.443/2022, reforçando a relevância do monitoramento dos indicadores assistenciais para avaliação das políticas públicas voltadas ao planejamento familiar, à saúde da mulher e à garantia dos direitos reprodutivos.

4 CONCLUSÃO

Os resultados evidenciaram crescimento expressivo das internações por laqueadura tubária na Região Nordeste após a implementação da Lei nº 14.443/2022, sugerindo ampliação do acesso ao procedimento no âmbito do Sistema Único de Saúde. O aumento observado entre 2022 e 2024 indica possível impacto das mudanças legislativas sobre a utilização da esterilização cirúrgica feminina, especialmente diante da flexibilização dos critérios anteriormente exigidos para sua realização.

A concentração dos procedimentos em estados como Bahia, Pernambuco e Maranhão demonstra a importância de considerar as diferenças regionais na organização dos serviços de saúde e no acesso às ações de planejamento reprodutivo. Nesse contexto, o monitoramento dos indicadores relacionados à laqueadura tubária constitui importante ferramenta para subsidiar o planejamento, a avaliação e o aprimoramento das políticas públicas voltadas à saúde da mulher e aos direitos reprodutivos.

Embora os resultados apontem para uma tendência de expansão da realização do procedimento, a utilização de dados secundários e a análise de um único código de internação representam limitações do estudo. Dessa forma, recomenda-se que pesquisas futuras incorporem outros procedimentos relacionados à esterilização feminina, bem como análises que considerem características sociodemográficas e indicadores de acesso aos serviços de saúde.

Conclui-se que a ampliação dos direitos reprodutivos promovida pela legislação recente pode ter contribuído para o aumento da realização de laqueaduras tubárias no Nordeste brasileiro, reforçando a relevância de políticas públicas que garantam autonomia reprodutiva, acesso equitativo aos serviços de saúde e fortalecimento das ações de planejamento familiar no SUS.

REFERÊNCIAS

AMARAL, E. M. B. et al. Female sterilization in Brazil: a profile of women and associated factors. **Social Sciences**, Basel, v. 8, n. 10, p. 269, 2019. DOI:**10.3390/socsci8100269**

ARAÚJO, A. S.; DEUS, R. O. A esterilização voluntária como garantia à autonomia corporal e reprodutiva da mulher. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, São Paulo, v. 9, n. 11, 2023. DOI: 10.51891/rease.v9i11.12543.

BRASIL. Lei nº 14.443, de 2 de setembro de 2022. Altera a Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, para determinar prazo para oferecimento de métodos e técnicas contraceptivas e disciplinar condições para esterilização no âmbito do planejamento familiar. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 5 set. 2022. . Link de acesso: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2022/lei/l14443.htm. Acesso em: 14 jun. 2026.

BRASIL. Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 15 jan. 1996. Link de acesso: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9263.htm. Acesso em: 14 jun. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde sexual e saúde reprodutiva**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 26). Link de acesso: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_sexual_saude_reprodutiva.pdf. Acesso em: 14 jun. 2026.

CABRAL, Carulini Polate; RANGEL, Tauã Lima Verdan. Autonomia sobre o corpo feminino? O (ir)reconhecimento do direito à laqueadura como direito reprodutivo no ordenamento brasileiro. **Boletim de Conjuntura**, Boa Vista, v. 9, n. 25, p. 37-54, 2022. DOI: 10.5281/zenodo.5811108

CAETANO, A. J.; POTTER, J. E. Politics and female sterilization in Northeast Brazil. **Population and Development Review**, New York, v. 30, n. 1, p. 79-108, 2004. 10.1111/j.1728-4457.2004.00004.x

CANTO, E. S. O.; ARQUETTE, A.; BOECHAT, H**.** Princípio da autonomia e da igualdade em face da exigência legal de autorização do cônjuge para laqueadura. **Opus Citatum**, v. 1, n. 1, jun. 2022. Link de acesso: https://www.researchgate.net/publication/361542307_PRINCIPIO_DA_AUTONOMIA_E_DA_IGUALDADE_EM_FACE_DA_EXIGENCIA_LEGAL_DE_AUTORIZACAO_DO_CONJUGE_PARA_LAQUEADURA. Acesso em: 15 jun. 2026.

SANTOS, A. M. D. Autonomia na escolha pela contracepção: visão histórica. **Revista Bioética,** Brasília, v. 33, 2025. DOI: 10.1590/1983-803420253781PT

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Family planning/contraception methods**. Geneva: WHO, 2023. Disponível em: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception. Acesso em: 11 jun. 2026.

CONHECIMENTO SOBRE HPV ENTRE ADOLESCENTES DE TERRITÓRIOS VULNERÁVEIS: UMA ABORDAGEM ENTRE ESCOLA E ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.

ANA PAULA CUMINATI DOS SANTOS; ALDA MARIA FERREIRA TEIXEIRA; INES APARECIDA TOZETTI; CARLA BRAGA LEITE; RAQUEL VIEIRA LORENZONI; ANA CAROLINA LORENÇO MENDONÇA; CACILDA TEZELLI JUNQUEIRA PADOVANI

Introdução: A infecção pelo Papilomavírus Humano (HPV) representa um problema de saúde pública diante da sua alta prevalência e associação às complicações oncológicas especialmente de colo uterino. Embora a vacinação contra o HPV seja reconhecida como uma estratégia eficaz e segura para a prevenção da infecção e de suas complicações, as coberturas vacinais ainda permanecem abaixo das metas preconizadas, especialmente entre adolescentes, evidenciando a necessidade de compreender os fatores que influenciam a adesão à vacina. **Objetivos:** Identificar o conhecimento e práticas relacionadas ao HPV e à vacinação entre escolares do sexo feminino de 14 a 18 anos, residentes em territórios vulneráveis de Campo Grande/MS, bem como analisar os fatores associados à hesitação vacinal. Pretende, ainda, identificar o conhecimento dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) sobre a infecção por HPV e as formas de prevenção. A pesquisa visa subsidiar estratégias de promoção da saúde incluindo ações educativas, avaliação de histórico vacinal e vacinação in loco, aumentando a cobertura vacinal e reduzindo a incidência de doenças relacionadas ao HPV. **Metodologia:** Trata-se de um estudo analítico, transversal e de abordagem quantitativa. A coleta de dados ocorre em escolas públicas localizadas em territórios vulneráveis, mediante entrevistas estruturadas às adolescentes participantes, após o consentimento legal (TCLE/TALE). O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP n. 6.130.174, 20/06/2023). **Resultados:** Dados parciais revelam que, das 11 adolescentes entrevistadas, 72,7% já ouviram falar sobre o HPV, embora 54,5% desconheça o significado. Contudo, 81,8% associam o contágio à via sexual, 63,8% apontam a vacina e o preservativo como formas de prevenção. Foram realizadas as ações educativas utilizando metodologias participativas e linguagem acessível sobre o HPV. **Conclusão:** Os resultados parciais evidenciam que, embora as adolescentes possuam informações prévias sobre o HPV, persistem lacunas de conhecimento que reforçam a necessidade de ações educativas contínua. O ambiente escolar mostra-se um facilitador nessa abordagem, envolvendo a Estratégia de Saúde da Família e a educação através das ações do Programa Saúde na Escola (PSE).

Palavras-chave: **COBERTURA VACINAL; ESTRATEGIA SAUDE DA FAMILIA; PAPILOMAVIRUS HUMANO**

DOI: 10.51161/iv-conasus/82967

DINÂMICA ESPAÇO-TEMPORAL DA RAIVA EM ANIMAIS DE PRODUÇÃO NO BRASIL ENTRE 2019 E 2022

ANDRÉ LUIZ PETRY; ELLEN PRADO ROCHA; LUCAS EMANUEL CABRAL LOPES; ANA GREICE BORBA LEITE; ALESSANDRA RODRIGUES; MARCELA PINTO MOURA; JULIANA PRADO GONÇALES

RESUMO

A raiva é uma zoonose viral de elevada letalidade que permanece como importante problema para a saúde pública e para a produção animal. No Brasil, embora os avanços nas estratégias de controle tenham reduzido significativamente a ocorrência da doença em animais de companhia, a manutenção do ciclo silvestre continua favorecendo a infecção de herbívoros, especialmente em regiões com intensa atividade pecuária. Nesse contexto, o presente estudo teve como objetivo analisar a dinâmica espaço-temporal da raiva em animais de produção no Brasil, entre 2019 e 2022. Trata-se de um estudo observacional, descritivo e de abordagem quantitativa, realizado a partir de dados secundários obtidos no Sistema de Informação Regional para Vigilância Epidemiológica da Raiva (SIRVERA/OPAS-PANAFTOSA). Foram incluídos casos confirmados de raiva em bovinos, bubalinos, caprinos, equinos, ovinos, suínos e outros animais de produção. Os dados foram organizados em planilhas eletrônicas e analisados segundo distribuição temporal, regional e por espécie animal, sendo posteriormente representados por meio de análise espacial das macrorregiões brasileiras. Foram registrados 2.687 casos de raiva em animais de produção no período estudado. O maior número de ocorrências foi observado em 2022 (783 casos), seguido por 2021 (722 casos), 2019 (700 casos) e 2020 (482 casos). A região Sudeste concentrou o maior número de registros (880 casos), seguida pelas regiões Sul (727 casos), Centro-Oeste (500 casos), Norte (315 casos) e Nordeste (266 casos). Em relação às espécies, os bovinos representaram 86,9% dos casos (2.336 registros), seguidos pelos equinos (293 casos), evidenciando o predomínio da doença em herbívoros de interesse econômico. A análise espacial demonstrou distribuição heterogênea da enfermidade entre as regiões brasileiras, com persistência da circulação viral ao longo de todo o período avaliado. Conclui-se que a raiva permanece como importante desafio sanitário para a pecuária nacional, especialmente em regiões com elevada densidade de rebanhos. Os resultados reforçam a necessidade de fortalecimento das ações de vigilância epidemiológica, vacinação de rebanhos em áreas de risco e monitoramento contínuo dos principais reservatórios da doença.

Palavras-chave: Vigilância Epidemiológica; Saúde Única; Zoonose.

1 INTRODUÇÃO

A raiva é uma encefalite viral aguda, quase sempre fatal, que permanece como um importante problema de saúde pública e saúde animal em diversas regiões do mundo. Estima-se que mais de 59 mil pessoas morram anualmente em decorrência da doença, principalmente em países da Ásia e da África, onde a transmissão ocorre predominantemente por cães infectados (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018). No Brasil, os avanços obtidos por meio das campanhas de vacinação, da vigilância epidemiológica e da profilaxia pós-exposição

DOI: 10.51161/iv-conasus/82973

contribuíram para a redução significativa dos casos associados ao ciclo urbano da doença (Schneider et al., 2023).

Apesar da diminuição da circulação viral em cães e gatos, a raiva continua representando um importante desafio sanitário, devido à sua manutenção em reservatórios silvestres. Nesse contexto, os morcegos hematófagos, especialmente *Desmodus rotundus*, desempenham papel fundamental na transmissão do vírus para herbívoros de produção, sendo considerados a principal fonte de infecção para bovinos, equinos, caprinos e outros animais de interesse econômico (Soler-Tovar *et al*., 2025).

A raiva em animais de produção possui elevada relevância econômica para o setor agropecuário, uma vez que ocasiona mortalidade dos animais acometidos, prejuízos produtivos e custos relacionados às medidas de prevenção e controle. Além disso, a ocorrência da doença em rebanhos amplia o risco ocupacional para trabalhadores rurais, e profissionais envolvidos no manejo animal, reforçando sua importância na interface entre saúde animal e saúde pública (Ventura *et al*., 2024).

A distribuição da doença em herbívoros apresenta estreita relação com fatores ambientais, ecológicos e produtivos, que influenciam a presença e a dinâmica populacional dos morcegos hematófagos. Alterações ambientais, expansão das atividades agropecuárias e modificações no uso do solo podem favorecer o contato entre reservatórios ecológicos, animais de produção e seres humanos, contribuindo para a manutenção da circulação viral em diferentes regiões do país (Subedi *et al*., 2022).

Nesse cenário, a vigilância epidemiológica assume papel estratégico na identificação de áreas de risco e na implementação de medidas preventivas. Ferramentas de geoprocessamento têm se mostrado especialmente úteis para compreender a dinâmica da raiva, permitindo identificar padrões espaço-temporais, áreas de maior concentração de casos e possíveis rotas de disseminação da doença (Subedi *et al*., 2022). Essas análises subsidiam ações direcionadas de vacinação de herbívoros, monitoramento epidemiológico e controle de morcegos hematófagos.

A eliminação da raiva humana transmitida por cães constitui uma meta global estabelecida para 2030 pela Organização Mundial da Saúde, e pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS, 2023). No Brasil, o compromisso de obtenção da certificação de área livre de transmissão canina até 2026 evidencia os avanços alcançados no controle da doença, mas também reforça a necessidade de vigilância contínua dos ciclos não urbanos de transmissão (Brasil, 2021; BRASIL, 2024a).

Diante desse contexto, o presente estudo teve como objetivo analisar a dinâmica espaço-temporal dos casos de raiva em animais de produção no Brasil entre 2019 e 2022, utilizando dados oficiais de vigilância epidemiológica. A partir da análise da distribuição geográfica e temporal dos casos em bovinos, equinos, caprinos e outros herbívoros, buscou-se identificar padrões epidemiológicos capazes de subsidiar estratégias de vigilância, prevenção e controle da doença no território nacional.

2 MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo observacional e descritivo, com componente espaço-temporal. Foram analisados os casos de raiva em animais de produção confirmados no Brasil entre 2019 e 2022, incluindo bovinos, equinos, caprinos e outros herbívoros, registrados e validados para inserção no Sistema de Informação Regional para Vigilância Epidemiológica da Raiva (SIRVERA/OPAS-PANAFTOSA).

Os dados foram obtidos no SIRVERA/OPAS-PANAFTOSA, tabulados no Microsoft Excel® (versão 2019), com padronização das variáveis e construção de tabelas de frequências absolutas e relativas, por ano e unidade federativa. Na etapa de geoprocessamento, as informações foram vinculadas às malhas digitais do Instituto Brasileiro de Geografia e

Estatística (IBGE). Para a construção dos mapas temáticos e representação cartográfica da distribuição dos casos, utilizou-se o software QGIS® (versão 3.40 LTR, 2024).

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise espaço-temporal da raiva em animais de produção no Brasil entre 2019 e 2022 revelou distribuição heterogênea dos casos entre as regiões brasileiras, com persistência da circulação viral ao longo de todo o período estudado. Foram registrados 2.687 casos confirmados, com redução em 2020 e posterior aumento nos anos de 2021 e 2022. O maior número de ocorrências foi observado em 2022 (783 casos), seguido por 2021 (722 casos), 2019 (700 casos) e 2020 (482 casos). A região Sudeste concentrou o maior número de registros durante o período analisado (880 casos), seguida pelas regiões Sul (727 casos), Centro-Oeste (500 casos), Norte (315 casos) e Nordeste (266 casos), conforme evidenciado na Tabela 1.

Tabela 1. Distribuição regional dos casos de raiva em animais de produção no Brasil entre 2019 e 2022.

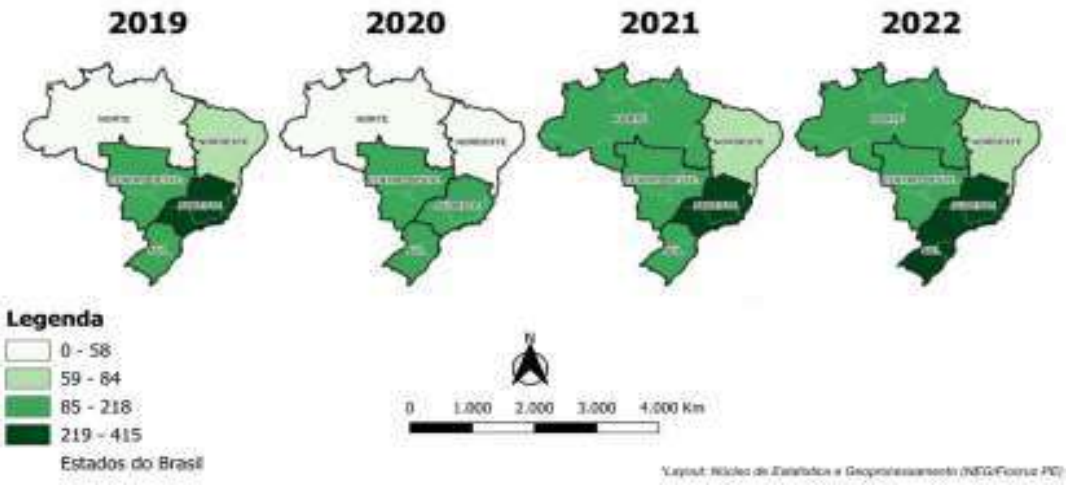
Região	2019	2020	2021	2022	Total
Norte	54	49	118	94	315
Nordeste	83	40	68	75	266
Centro-Oeste	137	131	131	100	500
Sudeste	246	160	232	242	880
Sul	180	102	173	272	727
Total	**700**	**482**	**722**	**783**	**2.687**

Fonte: Elaborado pelos autores.

A distribuição regional observada sugere associação com a elevada densidade de rebanhos e com a ampla ocorrência do morcego hematófago *D. rotundus*, principal transmissor da raiva para herbívoros na América Latina (Soler-Tovar *et al*., 2025). A manutenção de elevados números de casos no Sudeste e no Sul reforça a necessidade de vigilância contínua e de estratégias preventivas direcionadas às áreas de maior risco epidemiológico.

A análise espacial demonstrou que a ocorrência da doença não foi homogênea entre as macrorregiões brasileiras, como evidenciado na Figura 1, evidenciando alterações na dinâmica espaço-temporal da doença ao longo do período estudado.

Figura 1. Distribuição espaço-temporal dos casos de raiva em animais de produção nas regiões brasileiras entre 2019 e 2022.



Fonte: Dados adaptados de SIRVERA.

A representação cartográfica permitiu visualizar a persistência de áreas com maior concentração de casos ao longo do período analisado, especialmente nas regiões Sudeste e Sul, evidenciando padrões espaciais compatíveis com a distribuição dos principais rebanhos do país.

Essas oscilações podem estar associadas a fatores ambientais, ecológicos e operacionais, incluindo alterações na dinâmica populacional dos morcegos hematófagos, variações na cobertura vacinal dos rebanhos e diferenças regionais na capacidade de vigilância epidemiológica e notificação dos casos (Schneider *et al*., 2023).

Além dos impactos sanitários, a ocorrência da raiva em herbívoros representa um importante desafio econômico para a pecuária brasileira. Estima-se que a raiva bovina gere prejuízos superiores a US$ 30 milhões anuais na América Latina, considerando perdas decorrentes da morte dos animais, custos de vacinação, gastos com profilaxia humana e redução da produtividade dos rebanhos (Ventura *et a*l., 2024). No Brasil, surtos registrados em regiões de intensa atividade pecuária podem comprometer significativamente a produção de carne e leite, afetando especialmente pequenos e médios produtores.

A distribuição dos casos segundo a espécie animal, apresentada na Tabela 2, evidenciou predomínio expressivo dos bovinos durante todo o período analisado. Dos 2.688 casos registrados entre 2019 e 2022, 2.336 (86,9%) ocorreram nessa espécie, seguidos pelos equinos, com 293 registros (10,9%). As demais espécies, incluindo bubalinos, caprinos, ovinos, suínos e outros domésticos, apresentaram participação reduzida no total de ocorrências.

Tabela 2. Distribuição dos casos de raiva em animais de produção segundo a espécie no Brasil entre 2019 e 2022.

Espécie	2019	2020	2021	2022	Total
Bovino	595	431	628	682	2.336
Bubalino	2	0	4	2	8
Caprino	1	0	0	2	3
Equino	87	43	80	83	293
Ovino	6	5	6	7	23
Suíno	3	1	1	0	5
Outros domésticos	6	2	3	7	18
Total	**700**	**482**	**722**	**783**	**2.687**

Fonte: Elaborado pelos autores.

Esse padrão pode ser explicado pelas características da pecuária brasileira, que possui um dos maiores rebanhos bovinos do mundo. A elevada densidade desses animais em extensas áreas rurais favorece o contato com morcegos hematófagos, especialmente *Desmodus rotundus*, aumentando a exposição ao vírus da raiva e contribuindo para a manutenção da circulação viral no território nacional (Soler-Tovar et al., 2025).

Outro aspecto relevante refere-se ao risco ocupacional associado ao manejo de animais infectados. Trabalhadores rurais, médicos-veterinários e demais profissionais envolvidos na assistência aos rebanhos estão potencialmente expostos ao vírus durante procedimentos clínicos, necropsias e manipulação de tecidos contaminados. Dessa forma, a raiva em animais de produção ultrapassa a esfera econômica e veterinária, configurando também uma questão de saúde pública inserida no contexto da Saúde Única (One Health), sendo uma abordagem que reconhece a interdependência entre a saúde humana, animal e ambiental no enfrentamento das zoonoses (Andrade *et al*., 2022; BRASIL, 2024b).

Nesse contexto, o fortalecimento das ações integradas entre os setores de saúde animal e saúde pública torna-se fundamental para reduzir a circulação viral e minimizar seus impactos. Estratégias como vacinação sistemática dos rebanhos em áreas de risco, monitoramento epidemiológico contínuo e controle de populações de morcegos hematófagos são medidas essenciais para a prevenção da doença e para a proteção da produção agropecuária nacional.

4 CONCLUSÃO

A análise espaço-temporal da raiva em animais de produção no Brasil entre 2019 e 2022 evidenciou a persistência da circulação viral em todas as regiões do país, com distribuição heterogênea dos casos e com maior concentração nas regiões Sudeste e Sul. Os resultados demonstraram que os bovinos concentraram a maior parte das ocorrências, reforçando sua relevância na dinâmica epidemiológica da doença e seu impacto sobre a pecuária nacional.

Os achados sugerem associação entre a ocorrência da raiva e fatores relacionados à distribuição dos rebanhos e à presença do morcego hematófago *Desmodus rotundus*, principal transmissor da doença para herbívoros. Além dos prejuízos econômicos decorrentes da mortalidade animal e da redução da produtividade, a enfermidade representa risco ocupacional para profissionais envolvidos no manejo dos rebanhos, configurando uma importante questão de Saúde Única.

Entre as limitações do estudo, destaca-se a utilização de dados secundários, sujeitos à subnotificação e a diferenças regionais na vigilância e notificação dos casos. Apesar dessas limitações, os resultados permitem identificar áreas prioritárias para ações de prevenção e controle.

Dessa forma, reforça-se a necessidade de fortalecer as estratégias de vigilância epidemiológica, vacinação de rebanhos em áreas de risco e monitoramento das populações de morcegos hematófagos. A adoção dessas medidas, aliada à integração entre os setores de saúde animal e saúde pública, é fundamental para reduzir a circulação viral, minimizar os prejuízos econômicos à pecuária e contribuir para a prevenção da raiva no contexto da Saúde Única.

REFERÊNCIAS

Andrade, B. F. M. C. et al. “Profile of human anti-rabies care and post-exposure prophylaxis in the state of São Paulo.” *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical* vol. 56 e0473-2022. 27 Mar. 2023, DOI: 10.1590/0037-8682-0473-2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de Vigilância em Saúde**. 5. ed. rev. e atual. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021. 1 v. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_saude_5ed_rev_atual.pdf. Acesso em: 14 jun. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. 2024a**.** *Raiva animal*. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/r/raiva/raiva-animal. Acesso em: 14 jun. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. 2024b. *Uma Só Saúde*. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/u/uma-so-saude. Acesso em: 14 jun. 2026.

OPAS. Dia Mundial contra a Raiva 2023: "Todos por 1, Uma Saúde por Todos". Washington, DC: Organização Pan-Americana da Saúde, 2023. Link de acesso: https://www.paho.org/pt/campanhas/dia-mundial-contra-raiva-2023#:~:text=O%20Dia%20Mundial%20contra%20a,a%20conscientiza%C3%A7%C3%A3o%20sobre%20sua%20preven%C3%A7%C3%A3o.

SCHNEIDER, M. C. et al. Fifty years of the National Rabies Control Program in Brazil: achievements, challenges, and perspectives. *Pathogens*, Basel, v. 12, n. 11, 1342, 2023. DOI: 10.3390/pathogens12111342.

SOLER-TOVAR, D. et al. Rabies transmitted from vampires to cattle: an overview. *PLOS ONE*, San Francisco, v. 20, n. 1, e0317214, 2025. DOI: 10.1371/journal.pone.0317214.

SUBEDI, D. et al. Ecological and socioeconomic factors in the occurrence of rabies: a forgotten scenario. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, Basel, v. 19, n. 24, p. 16471, 2022. DOI: 10.3390/ijerph192416471. Disponível em: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9778688/. Acesso em: 14 jun. 2026.

VENTURA, M. C. S. et al. *The silent threat: unraveling the impact of rabies in herbivores in Brazil*. Animals, Basel, v. 14, n. 16, p. 2305, 2024. DOI: 10.3390/ani14162305.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Zero by 30: the global strategic plan to end human deaths from dog-mediated rabies by *2030*. Geneva: World Health Organization, 2018. Disponível em: https://www.who.int/publications/i/item/9789241513838. Acesso em: 14 jun. 2026.

TENDÊNCIA TEMPORAL DA COMERCIALIZAÇÃO DE CLONAZEPAM NO RIO GRANDE DO SUL E SUAS IMPLICAÇÕES PARA A SAÚDE MENTAL NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

ANDRÉ LUIZ PETRY; GABRIELA CRISTINA DOS SANTOS SILVA; ALESSANDRA RODRIGUES; MARCELA PINTO MOURA; ISABELLE MOURA FITTIPALDI DE SOUZA DANTAS CAVALCANTI; JULIANA PRADO GONÇALES

RESUMO

O uso de benzodiazepínicos, especialmente o clonazepam, representa um importante tema de interesse em saúde pública, devido à sua ampla utilização no tratamento de transtornos de ansiedade e distúrbios do sono, bem como ao potencial de uso prolongado, e risco de dependência. Nesse contexto, o presente estudo teve como objetivo analisar o padrão de comercialização de clonazepam no estado do Rio Grande do Sul, entre os anos de 2017 e 2021, bem como sua distribuição entre os municípios do estado. Trata-se de um estudo observacional, descritivo e retrospectivo, baseado em dados secundários provenientes do Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados (SNGPC), disponibilizados por farmácias e drogarias desse estado. Foram analisados os quantitativos de comercialização do medicamento em suas diferentes apresentações e concentrações, além da identificação dos municípios com maior volume de dispensação ao longo do período analisado. Os resultados demonstraram oscilações na comercialização desse medicamento ao longo do período analisado, sem tendência linear de crescimento. O maior volume foi registrado em 2017, seguido por redução em 2018 e variações discretas nos anos subsequentes. Observou-se ainda concentração dos maiores volumes de comercialização em municípios com maior porte populacional, com destaque para Porto Alegre, Pelotas, Caxias do Sul e Santa Maria, sugerindo possível influência de fatores demográficos e assistenciais. Embora o período de 2020 coincida com o início da pandemia de COVID-19, não foi possível estabelecer relação causal direta entre os eventos, ainda que a literatura indique aumento global de transtornos mentais nesse período. Conclui-se que a comercialização de clonazepam apresenta padrão multifatorial, influenciado por aspectos epidemiológicos, assistenciais e de prescrição, reforçando a importância do monitoramento do uso de benzodiazepínicos e de estratégias voltadas ao uso racional desses medicamentos no âmbito da saúde pública.

Palavras-chave: Benzodiazepínicos; Transtornos de Ansiedade; Farmacoepidemiologia.

1 INTRODUÇÃO

O uso de benzodiazepínicos, especialmente o clonazepam, tem aumentado de forma significativa nas últimas décadas, gerando uma importante preocupação para a saúde pública. Amplamente prescrito para o tratamento de transtornos de ansiedade, epilepsia e insônia, o clonazepam destaca-se pela sua eficácia terapêutica e rápida ação ansiolítica (Goodman; Gilman, 2018). Entretanto, seu uso prolongado além das recomendações clínicas está associado ao desenvolvimento de tolerância medicamentosa, dependência física e psicológica, além da

DOI: 10.51161/iv-conasus/82974

ocorrência de sintomas de abstinência durante a descontinuação do tratamento farmacológico (Soyka, 2017).

A pandemia de COVID-19 agravou esse cenário ao provocar importantes repercussões na saúde mental da população mundial. O aumento dos níveis de ansiedade, estresse, medo e insegurança esteve relacionado a uma maior procura por atendimento em saúde mental, e ao crescimento do consumo de psicofármacos, especialmente benzodiazepínicos (Barros; Silva, 2023). Além disso, fatores como prescrições sucessivas sem reavaliação adequada e a percepção equivocada de segurança desses medicamentos contribuem para sua utilização prolongada e, muitas vezes, inadequada (Nordon, *et al*., 2015).

Estudos demonstram que o uso crônico de clonazepam permanece frequente, apesar das recomendações clínicas indicarem sua utilização por períodos limitados (WHO, 2022). Essa situação é particularmente preocupante entre idosos, grupo mais suscetível a eventos adversos como sedação excessiva, comprometimento cognitivo, quedas e interações medicamentosas potencialmente graves (American Geriatrics Society, 2019). Além disso, o uso prolongado do medicamento pode estar associado ao agravamento de transtornos psiquiátricos e ao desenvolvimento de dependência medicamentosa.

Nesse contexto, o monitoramento da comercialização de clonazepam constitui uma importante ferramenta para compreender tendências relacionadas à saúde mental e ao uso de medicamentos psicotrópicos. Considerando a relevância do tema para o Sistema Único de Saúde (SUS), este estudo teve por objetivo analisar a tendência temporal da comercialização de clonazepam no estado do Rio Grande do Sul entre 2017 e 2021, visando contribuir para a compreensão dos padrões de utilização desse benzodiazepínico e subsidiar discussões sobre saúde mental, uso racional de medicamentos e fortalecimento das ações de cuidado no âmbito do SUS.

2 MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo observacional, descritivo e retrospectivo, realizado a partir de dados secundários, referentes à comercialização de clonazepam no estado do Rio Grande do Sul, no período de janeiro de 2017 a novembro de 2021. Os dados foram obtidos por meio do painel de consumo de medicamentos sujeitos a controle especial, disponibilizado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), com informações provenientes do Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados (SNGPC).

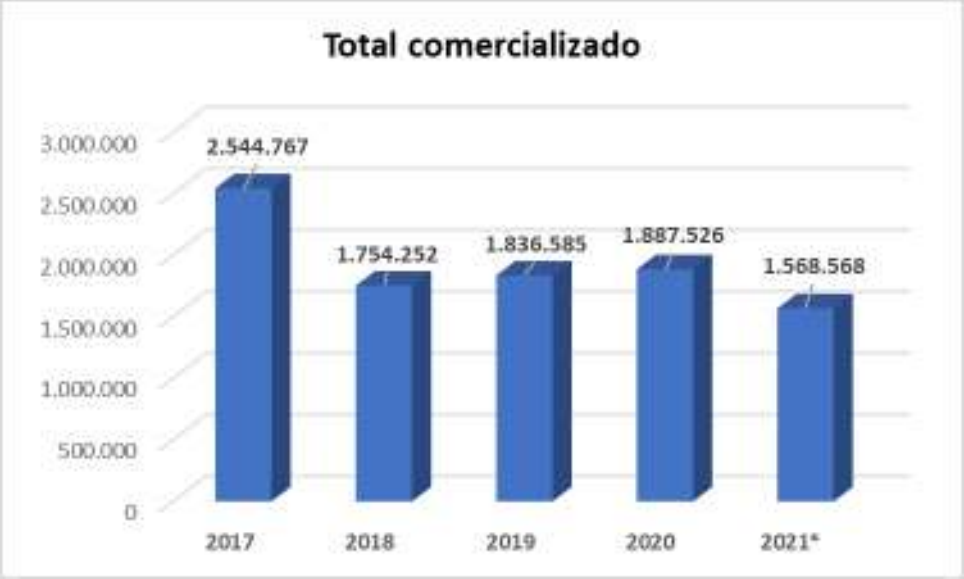
A amostra do estudo foi composta por todos os registros de comercialização de clonazepam em suas diferentes dosagens e apresentações, bem como sua prescrição pelos diversos conselhos de classe autorizados pela Anvisa, informados ao sistema por farmácias e drogarias localizadas no estado do Rio Grande do Sul durante o período analisado. Foram coletadas informações referentes ao quantitativo comercializado do medicamento, permitindo a avaliação da evolução temporal de sua comercialização. Adicionalmente, os municípios foram ranqueados de acordo com o volume de vendas no decorrer do período analisado, possibilitando a identificação das localidades com maior consumo do fármaco no estado.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise da comercialização de clonazepam no Rio Grande do Sul permitiu identificar tendências relacionadas à utilização desse benzodiazepínico ao longo do período compreendido entre 2017 e 2021. Considerando que o clonazepam é amplamente utilizado no tratamento de transtornos de ansiedade e distúrbios do sono, a avaliação de sua comercialização pode fornecer indícios importantes sobre as demandas relacionadas à saúde mental da população. Nesse

contexto, o Gráfico 1 apresenta o quantitativo total do princípio ativo clonazepam comercializado, considerando o conjunto de suas diferentes apresentações e concentrações.

Gráfico 1. Comercialização total de clonazepam no Rio Grande do Sul entre 2017 e 2021.



*Dados disponível até o mês de novembro.
Fonte: Elaborado pelos autores.

Observou-se que a comercialização de clonazepam apresentou oscilações ao longo da série histórica analisada. O maior quantitativo foi registrado em 2017, com 2.544.767 unidades comercializadas. Em 2018 ocorreu redução expressiva, seguida por leve crescimento nos anos subsequentes, incluindo 2019 e 2020.

A redução observada entre 2017 e 2018 representa a maior variação do período analisado. Contudo, os dados disponíveis não permitem identificar os fatores responsáveis por esse comportamento, podendo estar relacionados a mudanças nos padrões de dispensação, registro ou prescrição do medicamento.

Embora o período de 2020 coincida com o início da pandemia de COVID-19, não é possível estabelecer relação causal direta entre os eventos, considerando que o consumo de benzodiazepínicos pode ser influenciado por múltiplos determinantes, como práticas de prescrição, acesso aos serviços de saúde e características epidemiológicas da população.

Evidências da literatura indicam que a pandemia esteve associada ao agravamento de sintomas de ansiedade, estresse, depressão e distúrbios do sono em nível global. Segundo a Organização Mundial da Saúde (WHO, 2022), estimativas apontam aumento de 25,6% na prevalência de transtornos de ansiedade e de 27,6 % em transtornos depressivos no primeiro ano da pandemia. Fatores como isolamento social, insegurança econômica, luto, medo da infecção e mudanças abruptas na rotina contribuíram para esse cenário.

Estudos adicionais corroboram esses achados, indicando aumento significativo da carga global de transtornos mentais associado ao período pandêmico (Delpino *et al.*, 2022). Nesse contexto, benzodiazepínicos como o clonazepam permaneceram amplamente utilizados no manejo de sintomas ansiosos e de insônia, o que pode ter influenciado a variação observada nas comercializações. Entretanto, a série histórica (2017 – 2020) demonstra que o consumo do medicamento já apresentava oscilações antes da pandemia, reforçando o caráter multifatorial desse fenômeno. (Farias *et al.,* 2022).

Em 2021 foram registradas 1.568.568 unidades comercializadas. Contudo, os dados disponíveis contemplam apenas o período de janeiro a novembro, limitando comparações

diretas com os anos anteriores. Ainda assim, os resultados evidenciam a ampla utilização do clonazepam pela população gaúcha, reforçando a necessidade de monitoramento contínuo do uso de benzodiazepínicos e da implementação de estratégias voltadas ao uso racional desses medicamentos.

Ao analisar a comercialização nas diferentes apresentações, observou-se predomínio do clonazepam 2 mg em todos os anos avaliados. Destaca-se que a expressiva redução observada na comercialização total entre 2017 e 2018 foi acompanhada por diminuição substancial dessa apresentação, que passou de 1.495.753 para 717.805 unidades comercializadas. Em contrapartida, as formulações de menor dosagem mantiveram participação relevante durante o período analisado, sugerindo alterações no perfil de utilização do medicamento ao longo dos anos. No entanto, os dados utilizados neste estudo não permitem identificar os fatores associados a essa variação.

Além da análise temporal da comercialização de clonazepam no estado, foi realizada a avaliação da distribuição dos registros entre os municípios gaúchos. A identificação das localidades com maior volume de comercialização permite compreender como o consumo do medicamento se distribui regionalmente e identificar possíveis áreas de maior demanda por tratamentos relacionados à saúde mental. Nesse contexto, a Tabela 1 apresenta os cinco municípios com maior comercialização de clonazepam em cada ano analisado.

Tabela 1. Ranking dos cinco municípios com maior comercialização de clonazepam no Rio Grande do Sul entre 2017 e 2021.

Ano	1º	2º	3º	4º	5º
2017	São Vicente do Sul	Porto Alegre	Pelotas	Caxias do Sul	Santa Maria
2018	Porto Alegre	Pelotas	Caxias do Sul	Santa Maria	Canoas
2019	Porto Alegre	Pelotas	Caxias do Sul	Santa Maria	Rio Grande
2020	Porto Alegre	Pelotas	Caxias do Sul	Santa Maria	Rio Grande
2021*	Porto Alegre	Pelotas	Caxias do Sul	Santa Maria	Canoas

*Dados disponível até o mês de novembro.
Fonte: Elaborado pelos autores.

No que se refere à distribuição geográfica, verificou-se concentração dos maiores volumes de comercialização em municípios de maior porte populacional, com destaque para Porto Alegre, Pelotas, Caxias do Sul e Santa Maria. Entretanto, como não foi realizado o ajuste dos dados pelo tamanho populacional dos municípios, esses resultados devem ser interpretados com cautela. Ainda assim, esse padrão pode estar relacionado à maior concentração populacional e à presença de serviços especializados de saúde, incluindo a assistência em saúde mental.

Vale destacar que o município de São Vicente do Sul em 2017 difere do padrão observado nos demais anos e sugere a influência de fatores locais que não puderam ser avaliados nesta pesquisa. Considerando as limitações inerentes aos dados secundários utilizados, investigações futuras poderão explorar de forma mais detalhada os fatores associados a essa distribuição, incluindo aspectos demográficos, socioeconômicos e assistenciais.

O uso prolongado de benzodiazepínicos constitui um importante desafio para os sistemas de saúde em diversos países. Embora esses medicamentos apresentem eficácia comprovada no tratamento de transtornos de ansiedade, e outras condições clínicas, sua utilização por períodos superiores aos recomendados está associada ao desenvolvimento de

tolerância, dependência física e psicológica, além de sintomas de abstinência após a interrupção do tratamento (Soyka, 2017).

Nesse contexto, o monitoramento do consumo de benzodiazepínicos torna-se uma ferramenta importante para o planejamento de ações em saúde pública. Assim, a utilização de dados provenientes do SNGPC permite acompanhar tendências de comercialização e subsidiar estratégias voltadas à promoção do uso racional de medicamentos, contribuindo para a qualificação da assistência farmacêutica e da atenção à saúde mental.

Considerando a ampla comercialização observada ao longo do período analisado, a atuação farmacêutica torna-se ainda mais relevante no acompanhamento dos usuários de benzodiazepínicos. Por meio da orientação quanto ao uso correto do medicamento, identificação de possíveis problemas relacionados à farmacoterapia, acompanhamento da adesão ao tratamento e educação em saúde, esse profissional contribui para a prevenção do uso inadequado e para a redução dos riscos associados ao tratamento prolongado. Além disso, sua participação nas equipes multiprofissionais fortalece as ações de cuidado em saúde mental e favorece a construção de estratégias voltadas ao uso racional de medicamentos no âmbito do SUS (CFF, 2016)

Dessa forma, os resultados deste estudo reforçam a relevância do monitoramento da comercialização de clonazepam como ferramenta de apoio à gestão em saúde, evidenciando a necessidade de ações integradas que promovam o uso racional de benzodiazepínicos, o acompanhamento adequado dos usuários e o fortalecimento das políticas públicas voltadas à saúde mental no SUS.

4 CONCLUSÃO

A análise da comercialização de clonazepam no Rio Grande do Sul, no período de 2017 a 2021, evidenciou oscilações ao longo do período, sem a presença de uma tendência linear de crescimento. Observou-se que os maiores volumes de comercialização ocorreram em 2017, seguidos por uma redução em 2018 e variações discretas nos anos subsequentes, incluindo o período de 2020 e 2021.

No que se refere à distribuição geográfica, verificou-se concentração dos maiores volumes de comercialização em municípios de maior porte populacional, com destaque para Porto Alegre, Pelotas, Caxias do Sul e Santa Maria. Esse padrão pode estar associado a características demográficas e assistenciais dos municípios, embora a ausência de ajuste populacional limite interpretações mais precisas sobre essa distribuição.

Embora o ano de 2020 coincida com o início da pandemia de COVID-19, não foi possível estabelecer relação causal direta entre os eventos. Entretanto, a literatura aponta que esse período esteve associado ao aumento global de sintomas relacionados à ansiedade, depressão e distúrbios do sono, o que pode ter repercutido na demanda por medicamentos psicotrópicos, incluindo benzodiazepínicos como o clonazepam.

De maneira geral, os resultados reforçam que os padrões de comercialização e utilização do clonazepam constituem um fenômeno multifatorial, influenciado por aspectos epidemiológicos, assistenciais e relacionados às práticas de prescrição, o que dificulta a atribuição de causalidade a um único fator isolado.

Como limitação do estudo, destaca-se que os dados provenientes do SNGPC refletem a comercialização e dispensação do medicamento, não necessariamente o seu consumo efetivo pela população, o que deve ser considerado na interpretação dos achados. Além disso, ressalta-se que o sistema utilizado disponibiliza informações apenas até novembro de 2021, o que pode limitar a comparação completa do último ano analisado em relação aos demais períodos. Adicionalmente, a ausência de dados clínicos dos usuários impossibilita avaliar as indicações terapêuticas, a duração do tratamento e a adequação das prescrições.

Por fim, ressalta-se a importância de estudos futuros que integrem variáveis clínicas, sociais e assistenciais, a fim de aprofundar a compreensão dos determinantes do uso de benzodiazepínicos, e subsidiar estratégias mais eficazes de promoção do uso racional de medicamentos, contribuindo para o fortalecimento da assistência farmacêutica e das ações de saúde mental no âmbito do SUS.

REFERÊNCIAS

ALVARENGA, J. M. et al. Uso de benzodiazepínicos entre idosos: o alívio de "jogar água no fogo", não pensar e dormir. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 249-258, 2015. DOI: 10.1590/1809-9823.2015.14045.

AMERICAN GERIATRICS SOCIETY. American Geriatrics Society 2019 updated Beers Criteria® for potentially inappropriate medication use in older adults. *Journal of the American Geriatrics Society,* v. 67, n. 4, p. 674–694, 2019. Disponível em: https://agsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/jgs.15767 Acesso em: 12 de jun. 2026.

BARROS, J. C.; SILVA, S. N. Perfil de utilização de psicofármacos durante a pandemia de COVID-19 em Minas Gerais, Brasil. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 26, e230059, 2023. Disponível em: Revista Brasileira de Epidemiologia - Artigo. Acesso em: 12 jun. 2026.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA (CFF). Serviços farmacêuticos diretamente destinados ao paciente, à família e à comunidade: contextualização e arcabouço conceitual. Brasília: Conselho Federal de Farmácia, 2016. 200 p. ISBN 978-85-89924-20-7. Disponível em: https://www.cff.org.br/userfiles/Profar_Arcabouco_TELA_FINAL.pdf. Acesso em: 12 jun. 2026.

DELPINO, Felipe Mendes; SILVA, Carine Nascimento da; JERÔNIMO, Jeferson Santos; MULLING, Eliete Stark; CUNHA, Larissa Leal da; WEYMAR, Marina Krause; ALT, Ricardo; CAPUTO, Eduardo L.; FETER, Natan**.** Prevalence of anxiety during the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis of over 2 million people. *Journal of Affective Disorders*, Amsterdam, v. 318, p. 272–282, 2022. DOI: 10.1016/j.jad.2022.09.003.

FARIAS, F. T. G. et al. Frequência de uso de benzodiazepínicos na atenção primária: uma revisão sistemática. *Revista Brasileira de Educação e Saúde*, v. 12, n. 2, p. 130–140, 2022. Disponível em: https://www.gvaa.com.br/revista/index.php/REBES/article/view/9366. Acesso em: 12 jun. 2026.

GOODMAN, L. S.; GILMAN, A. As bases farmacológicas da terapêutica. 13. ed. Porto Alegre: AMGH, 2018.

The Lancet, 2021; 398, 1700-1712. Disponível em: https://www.thelancet.com/article/S0140-6736(21)02143-7/fulltext. Acesso em: 11 de jun. 2026.

NORDON, D. G.; et al**.** Características do uso de benzodiazepínicos por mulheres que buscavam tratamento na atenção primária. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, Porto Alegre, v. 31, n. 3, p. 152-158, 2009. DOI: 10.1590/S0101-81082009000300004.

SOYKA, M. Treatment of benzodiazepine dependence. *New England Journal of Medicine*, v. 376, n. 12, p. 1147–1157, 2017. Disponível em: http://www.dickyricky.com/Medicine/Papers/2017_03_23%20NEJM%20Treatment%20of%20Benzodiazepine%20Dependence.pdf. Acesso em: 12 jun. 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Mental health and COVID-19: early evidence of the pandemic's impact: scientific brief, 2 March 2022. Geneva: World Health Organization, 2022. Disponível em: WHO IRIS Repository. Acesso em: 11 jun. 2026.

EXPERIÊNCIAS EXITOSAS NA ESTIMULAÇÃO DE MEMÓRIAS AUTOBIOGRÁFICAS EM IDOSOS ATENDIDOS EM UM SERVIÇO PÚBLICO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA: REPERCUSSÕES COGNITIVAS E NO BEM-ESTAR

MATHEUS LUCAS SILVA DE LIMA; ADRIANA BOTTONI; ANA LUCIA DE MATOS OLIVEIRA SANTOS; LUIZ SILVA DOS SANTOS

Introdução: O envelhecimento populacional impõe desafios crescentes aos serviços de saúde, especialmente no que se refere à promoção da saúde mental, da autonomia e da qualidade de vida dos idosos. Nesse contexto, a memória autobiográfica constitui um importante recurso para a construção da identidade, a manutenção da autoestima e a elaboração de experiências vividas. Estratégias que favorecem a evocação de lembranças significativas podem contribuir para o fortalecimento dos vínculos sociais e para o bem-estar emocional dessa população. **Objetivo:** Compreender como a estimulação de memórias autobiográficas influencia aspectos cognitivos, emocionais e sociais de idosos participantes de uma intervenção grupal desenvolvida em um serviço público de atenção à saúde. **Metodologia:** Trata-se de um estudo qualitativo, exploratório e descritivo, realizado com 15 idosos com idade igual ou superior a 60 anos atendidos em um ambulatório especializado. A coleta de dados ocorreu por meio da oficina "Livro da Vida", composta por oito encontros estruturados destinados a estimular a recordação, o compartilhamento e o registro de experiências marcantes ao longo das diferentes fases da vida. As narrativas produzidas pelos participantes foram submetidas à Análise Temática. **Resultados:** Os participantes demonstraram maior facilidade para recordar acontecimentos da adolescência e do início da vida adulta, corroborando o fenômeno conhecido como *reminiscence bump*. As atividades favoreceram o fortalecimento da identidade pessoal, a valorização da trajetória de vida e a ampliação do sentimento de pertencimento ao grupo e foram observados benefícios cognitivos, incluindo melhor organização temporal das lembranças, maior riqueza de detalhes nas narrativas e estímulo aos processos de evocação e reflexão. No âmbito emocional, destacaram-se aumento da autoestima, ressignificação de experiências difíceis e redução de sentimentos relacionados ao isolamento social. Durante as oito sessões notaram-se melhora progressiva nas narrações e relatos de aprimoramento da convivência familiar. O compartilhamento das histórias de vida promoveu maior interação entre os participantes e fortalecimento das relações interpessoais. **Conclusão:** A estimulação das memórias autobiográficas mostrou-se uma estratégia viável e promissora para promover bem-estar, fortalecimento identitário, participação social e estímulo cognitivo entre idosos. Intervenções baseadas em narrativas de vida contribuem para práticas de envelhecimento ativo e para ações de promoção da saúde nos serviços públicos.

Palavras-chave: **ENVELHECIMENTO ATIVO; MEMÓRIA AUTOBIOGRÁFICA; PROMOÇÃO DA SAÚDE**

DOI: 10.51161/iv-conasus/82999

IMPACTOS DA IMPLEMENTAÇÃO DE UMA EQUIPE ESPECIALIZADA EM TERAPIA INFUSIONAL: RELATO DE EXPERIÊNCIA

YASMIN COSTA SANTOS; ADELMO FERNANDES DO ESPÍRITO SANTO NETO; SAIONARA COSTA DO SACRAMENTO

Introdução: A terapia intravenosa é um dos procedimentos mais frequentes, na UTI neonatal, em virtude da amplitude de suas indicações terapêuticas e diagnósticas. Desta forma, esta técnica requer uma equipe com sólido domínio teórico e prático, capaz de implementar soluções inovadoras e sustentáveis, fundamentadas em evidências científicas que contribuam para a melhoria dos resultados assistenciais. A implementação de equipes de terapia infusional constitui uma estratégia relevante nesse cenário, uma vez que trabalha para revisar processos, analisar práticas assistenciais, promover educação permanente e implementar medidas seguras, tecnológicas e de baixo custo relacionadas à cateterização venosa periférica, promovendo um bem-estar ao usuário do SUS. **Objetivo:** Relatar a experiência de enfermeiras durante a implementação de uma equipe de terapia infusional em uma maternidade publica no município de Salvador, BA. **Relato de experiência:** A experiência foi vivenciada ao longo de 6 meses entre o ano de 2025 a 2026 em Unidades de Terapia Intensiva e Semi-intensiva neonatal. A implementação da equipe ocorreu em resposta à necessidade de aprimorar os resultados da terapia intravenosa, aumentar a eficácia e reduzir danos ao paciente. Foi criado um regimento interno, impressos de controle e avaliação, revisados procedimentos operacionais padrão, recrutado e treinamentos de profissionais bem como realizado um inventário dos materiais e insumos disponíveis na instituição. Foram observados resultados favoráveis, incluindo redução dos indicadores de infecções relacionadas à corrente sanguínea, incidência de flebite, custo com materiais, além da melhoria das condições de trabalho da equipe. Também foi constatada menor exposição dos pacientes à dor e ao estresse associados às punções venosas repetidas, favorecendo a humanização da assistência. **Conclusão:** A implementação da equipe de terapia infusional mostrou-se uma estratégia eficaz para qualificar a assistência neonatal, promovendo maior segurança do paciente, redução de complicações relacionadas ao acesso vascular, otimização de recursos e melhoria dos processos assistenciais. Os resultados observados evidenciam o potencial dessa intervenção para fortalecer as práticas de cuidado e contribuir para melhores desfechos clínicos em unidades neonatais, fortalecendo o serviço no Sistema Único de Saúde.

Palavras-chave: **DISPOSITIVOS DE ACESSO VASCULAR; ENFERMAGEM; SAÚDE MATERNO-INFANTIL**

DOI: 10.51161/iv-conasus/83002

COBERTURA VACINAL CONTRA INFLUENZA EM GESTANTES E PUÉRPERAS NO ESTADO DE SÃO PAULO ENTRE 2022 E 2024

ALESSANDRA RODRIGUES; ANDRÉ LUIZ PETRY; IÁRA ARCANJO AQUINO FURTADO; JESSIVÂNIA DO NASCIMENTO DOMINGOS PERNAMBUCO; MARCELA PINTO MOURA; ISABELLE MOURA FITTIPALDI DE SOUZA DANTAS CAVALCANTI; JULIANA PRADO GONÇALES

RESUMO

A vacinação contra influenza constitui uma estratégia importante de saúde pública, especialmente para gestantes e puérperas, devido ao maior risco de complicações associadas à infecção. Este estudo teve como objetivo analisar a cobertura vacinal contra influenza nesses grupos no Estado de São Paulo, no período de 2022 a 2024, considerando o impacto da hesitação vacinal e da desinformação sobre os índices de imunização. Trata-se de um estudo ecológico de série temporal, com dados secundários obtidos do Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI), disponibilizados pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Observou-se que a cobertura vacinal entre gestantes foi de 57,60%, em 2022, apresentando discreto aumento para 58,85%, em 2023 e, posterior, redução para 40,19% em 2024. Entre as puérperas, a cobertura vacinal foi de 52,80%, em 2022, 53,64% em 2023 e apresentou redução acentuada para 14,05%, em 2024. Os resultados evidenciam tendência de queda da cobertura vacinal no período analisado, com maior comprometimento entre as puérperas. Fatores comportamentais e estruturais, como hesitação vacinal, disseminação de desinformação em saúde e dificuldades de acesso aos serviços de vacinação, podem ter contribuído para esse cenário. A persistência de conteúdos antivacina em ambientes digitais e a redução da percepção de risco, das doenças imunopreveníveis, representam desafios adicionais para a adesão às campanhas de imunização. Conclui-se que a cobertura vacinal apresentou redução entre os grupos estudados, reforçando a necessidade de estratégias direcionadas para a recuperação dos índices de imunização, fortalecimento das ações educativas e combate à desinformação, visando à proteção da saúde materno-infantil.

Palavras-chave: Hesitação vacinal; Imunização; Saúde Materno-Infantil.

1 INTRODUÇÃO

A vacinação constitui uma estratégia central de saúde pública para a redução da mortalidade associada a doenças infecciosas, sendo especialmente relevante para grupos vulneráveis, como gestantes e puérperas, e nesse contexto, alterações fisiológicas e imunológicas inerentes à gestação aumentam a suscetibilidade a infecções respiratórias, como a influenza, bem como a gravidade de suas complicações (Wolfe *et al*., 2023; Sahni *et al*., 2024).

A imunização contra o vírus influenza é ofertada gratuitamente pelo Programa Nacional de Imunizações (PNI), com recomendação anual para gestantes, visando à proteção materna e à transferência de anticorpos ao recém-nascido, conferindo imunidade passiva nos primeiros

DOI: 10.51161/iv-conasus/83033

meses de vida. Além das variações observadas na cobertura vacinal, é importante destacar o conjunto de evidências internacionais que reforça a segurança, a imunogenicidade e os benefícios da vacinação contra influenza durante a gestação. Revisões sistemáticas demonstram que a imunização materna é segura e eficaz, com evidências robustas que confirmam o perfil de segurança da vacinação em gestantes (Shimabukuro *et al*., 2021), reduzindo desfechos clínicos adversos tanto para a gestante quanto para o lactente, sem aumento de eventos graves relacionados à vacina (Cuningham *et al*., 2019; Wolfe *et a*l., 2023).

Além disso, há redução significativa de hospitalizações e atendimentos de emergência por influenza em crianças menores de seis meses, reforçando a importância da imunidade passiva (Sahni *et al*., 2024). Apesar disso, fatores comportamentais, como dúvidas sobre eficácia e medo de eventos adversos, ainda influenciam negativamente a adesão vacinal, evidenciando a persistência da hesitação vacinal como um desafio relevante (Hebballi *et al*., 2022; Widdershoven *et al*., 2023).

No Brasil, estudos de série temporal demonstram variações significativas na cobertura vacinal contra influenza em gestantes ao longo dos anos. Análises na região Sudeste evidenciaram oscilações sem padrão de crescimento sustentado, indicando que, apesar da oferta gratuita e das campanhas recorrentes, a cobertura ideal nem sempre é atingida (Brandão *et al*., 2022), e dados mais recentes apontam recuperação parcial da cobertura vacinal em algumas regiões do país, porém ainda marcada por desigualdades regionais (Carmo *et al*., 2025).

Essas variações podem estar associadas a fatores estruturais e socioculturais, destacando-se o aumento da desinformação e das narrativas antivacina, que impactam diretamente a confiança da população. Estimativas indicam que o Brasil concentra parcela expressiva do conteúdo antivacina circulante na América Latina e Caribe, contribuindo para a disseminação de medo e desconfiança em relação às vacinas (Ministério da Saúde; DesinfoPop; FGV, 2025).

Além disso, dificuldades de acesso aos serviços de saúde, descontinuidade de campanhas e barreiras relacionadas à comunicação em saúde podem influenciar negativamente a adesão vacinal (Butantan, 2024; Ministério da Saúde, 2024). No Estado de São Paulo, dados recentes indicam oscilações relevantes na cobertura vacinal contra influenza entre gestantes e puérperas, reforçando a necessidade de monitoramento contínuo e de estratégias específicas para aumento da adesão vacinal.

Esse cenário, aliado à amplificação da desinformação e às desigualdades no acesso aos serviços, evidencia a importância de análises que contribuam para o fortalecimento das políticas públicas de imunização. Assim, o presente estudo se propôs analisar a evolução da cobertura vacinal contra influenza em gestantes e puérperas no Estado de São Paulo no período de 2022 a 2024, visando identificar tendências e discutir possíveis determinantes das variações observadas.

2 MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo temporal, com análise de série histórica da cobertura vacinal contra influenza em gestantes e puérperas residentes do Estado de São Paulo. Complementarmente, devido ao uso de dados agregados por grupos populacionais e por ano, o estudo também pode ser caracterizado como ecológico de série temporal, embora o foco principal recaia sobre a avaliação da evolução temporal das taxas de vacinação. O período analisado abrangeu os anos de 2022 a 2024, possibilitando identificar tendências e variações nos padrões de imunização desses grupos prioritários.

A população do estudo foi composta por dois grupos prioritários definidos pelas campanhas nacionais de vacinação contra influenza: gestantes, independentemente da idade gestacional, e puérperas até 45 dias após o parto. Esses grupos foram selecionados, devido à

maior suscetibilidade a complicações relacionadas à infecção por influenza; e pela relevância da imunização tanto para a proteção materna quanto para a proteção indireta do recém-nascido, por meio da transferência transplacentária de anticorpos.

Os dados analisados neste estudo foram provenientes de bases secundárias, obtidos por meio de consultas diretas ao Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI), disponível na plataforma DATASUS/TABNET. As extrações foram realizadas aplicando filtros específicos para os grupos gestantes e puérperas, para a vacina influenza, para a unidade geográfica Estado de São Paulo e para o intervalo entre 2022 e 2024. Para cada ano, foram coletados os registros referentes ao total de doses administradas, ao número estimado de mulheres elegíveis para vacinação e ao percentual oficial de cobertura vacinal, consolidado pelo Ministério da Saúde.

A etapa analítica foi conduzida com enfoque temporal, objetivando descrever a evolução da cobertura ao longo dos três anos avaliados. Os dados foram organizados em planilhas eletrônicas, nas quais foram calculados valores absolutos, proporções e percentuais anuais de cobertura. A partir desses resultados, foram construídas representações gráficas que permitiram observar, de forma comparativa, as variações entre os anos analisados. As análises foram realizadas com o suporte de softwares como Microsoft Excel ou SPSS, de acordo com a necessidade de sistematização e tratamento estatístico.

Por utilizar exclusivamente informações secundárias disponibilizadas em bases públicas, sem identificação individual dos participantes, o estudo dispensa submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa, em conformidade com as normas éticas e regulamentações vigentes. Os dados foram analisados de forma agregada, garantindo a proteção da identidade dos indivíduos e o respeito aos princípios fundamentais da ética científica.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise da cobertura vacinal contra influenza no Estado de São Paulo, no período entre 2022 e 2024, evidenciou comportamento oscilante, com tendência de redução, especialmente entre os grupos prioritários avaliados. Entre as gestantes, a cobertura vacinal foi de 57,60% em 2022, apresentou discreto aumento para 58,85% em 2023 e reduziu para 40,19% em 2024, configurando o menor valor do período analisado.

No grupo das puérperas, observou-se cobertura vacinal de 52,80% em 2022 e 53,64% em 2023, seguida de redução acentuada para 14,05% em 2024. Os resultados demonstram que, embora tenha ocorrido relativa estabilidade entre 2022 e 2023, houve queda expressiva da cobertura vacinal em ambos os grupos no último ano analisado, sendo mais pronunciada entre as puérperas.

Tabela 1 – Cobertura vacinal contra influenza em gestantes e puérperas no Estado de São Paulo, 2022–2024.

Grupo	**Doses Aplicadas/ Cobertura Vacinal**					
	2022	**(%)**	**2023**	**(%)**	**2024**	**(%)**
Gestantes	414.050/ 238.664	**57,60%**	393.402/ 231.505	**58,85%**	384.386/ 154.493	**40,19%**
Puérperas	68.063/ 35.940	**52,80%**	64.372/ 34.528	**53,64%**	63.187/ 8.879	**14,05%**

DOI: 10.51161/iv-conasus/83033

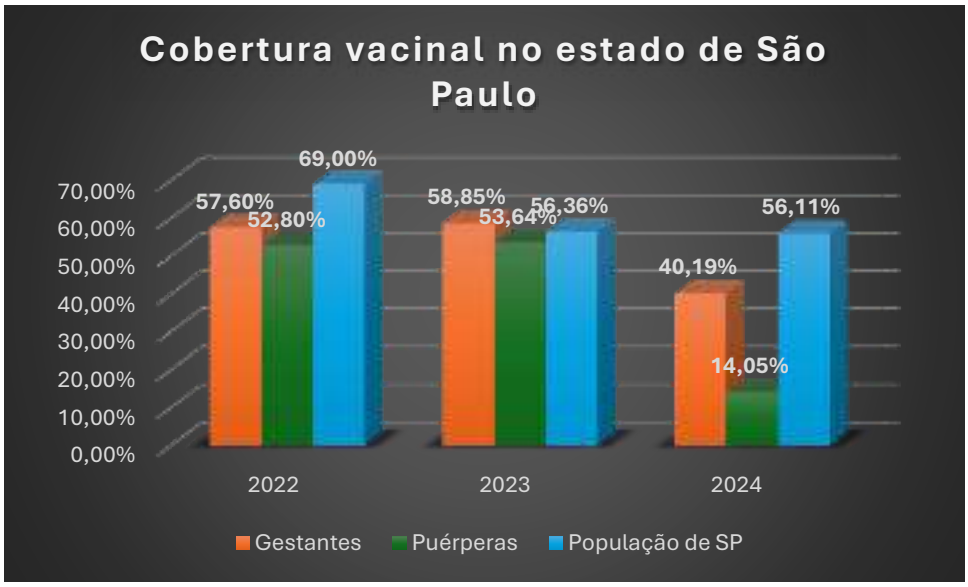
População de São Paulo	17.972.349 15.717.946	**69,00%**	18.448.724 14.429.728	**56,36%**	18.121.292/ 13.108.408	**56,11%**

Fonte: Elaborado pelos autores.

Os achados deste estudo evidenciam que a cobertura vacinal contra influenza permanece abaixo dos níveis desejáveis, para a proteção adequada desses grupos prioritários. Entre as gestantes, a redução observada em 2024 sugere a persistência de barreiras relacionadas à adesão vacinal, apesar da disponibilidade gratuita da vacina pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Estudos nacionais demonstram que a cobertura vacinal materna apresenta oscilações ao longo dos anos, sem padrão sustentado de crescimento, mesmo diante das campanhas periódicas de imunização (Brandão *et al*., 2022).

No grupo das puérperas (Gráfico 1), a queda mais acentuada foi observada em 2024, indicando maior vulnerabilidade em relação à continuidade do cuidado, após o parto, e ao acesso às ações de imunização. A literatura demonstra que o período puerperal frequentemente apresenta menor adesão às estratégias preventivas, quando comparado ao acompanhamento realizado durante a gestação, o que pode contribuir para a redução dos índices vacinais observados nesse grupo (Hebballi *et al*., 2022).

Gráfico 1 – Oscilação da cobertura vacinal contra influenza em gestantes e puérperas no Estado de São Paulo, 2022–2024.



Fonte: Elaborado pelos autores.

Nesse contexto, destaca-se o papel crescente da hesitação vacinal como possível determinante da redução da cobertura. A hesitação vacinal é reconhecida como um fenômeno multifatorial, influenciado por fatores sociais, culturais e informacionais (Troiano; Nardi, 2021). Evidências apontam que dúvidas relacionadas à segurança e à eficácia das vacinas, associadas à disseminação de informações incorretas, influenciam negativamente a decisão vacinal (Hebballi *et al*., 2022; Widdershoven *et al*., 2023).

A desinformação em saúde tem se consolidado como um importante desafio para os programas de imunização. No Brasil, a ampla circulação de conteúdos antivacina em ambientes digitais contribui para a diminuição da confiança da população nas vacinas, e nas recomendações das autoridades sanitárias. Estimativas recentes indicam que o país concentra

parcela expressiva do conteúdo antivacina circulante na América Latina e Caribe, favorecendo a disseminação de medo e desconfiança em relação às vacinas (Ministério da Saúde; DesinfoPop; FGV, 2025).

A influência das redes sociais nesse processo merece destaque. Evidências demonstram que a exposição a conteúdos falsos ou não verificados pode reduzir a intenção vacinal e aumentar a hesitação, particularmente entre gestantes, grupo que apresenta elevada sensibilidade à percepção de riscos relacionados à saúde materna e fetal (Widdershoven *et al*., 2023; Hebballi *et al*., 2022). Além disso, algoritmos de recomendação frequentemente ampliam a visibilidade de conteúdos com elevado engajamento, favorecendo a circulação de narrativas que questionam a segurança e a eficácia das vacinas.

Esse fenômeno está inserido no contexto da infodemia, caracterizada pelo excesso de informações, incluindo conteúdos falsos ou enganosos, que dificultam a tomada de decisão em saúde e comprometem a confiança nos programas de imunização (Zarocostas, 2020; Galhardi *et al*., 2022). A persistência desse cenário representa um desafio relevante para a manutenção e ampliação das coberturas vacinais.

4 CONCLUSÃO

O presente estudo permitiu analisar a cobertura vacinal contra influenza em gestantes e puérperas no Estado de São Paulo no período de 2022 a 2024, evidenciando redução dos índices de vacinação ao longo dos anos avaliados, especialmente entre as puérperas. Em relação à evolução temporal, observou-se relativa estabilidade da cobertura vacinal entre 2022 e 2023, seguida de redução expressiva em 2024, tanto entre gestantes quanto entre puérperas. Esses achados sugerem a persistência de desafios relacionados à adesão vacinal e à manutenção de coberturas adequadas em grupos prioritários para a imunização contra influenza.

Os resultados reforçam a importância do monitoramento contínuo da cobertura vacinal e da implementação de estratégias direcionadas à ampliação da adesão à vacinação. Entre essas estratégias, destacam-se o fortalecimento das ações de educação em saúde, a qualificação da comunicação institucional, o combate à desinformação e a ampliação do acesso aos serviços de imunização. A recuperação sustentada da cobertura vacinal nesses grupos é essencial para a prevenção de complicações associadas à influenza, e para a proteção indireta do recém-nascido nos primeiros meses de vida.

Como limitações, ressalta-se a utilização de dados secundários provenientes do Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI), sujeitos a possíveis inconsistências de registro e subnotificação. Além disso, por se tratar de um estudo ecológico de série temporal, não é possível estabelecer relações causais entre os fatores discutidos e as variações observadas na cobertura vacinal.

Por fim, recomenda-se o desenvolvimento de estudos futuros que investiguem os fatores associados à hesitação vacinal e às barreiras de acesso à imunização entre gestantes e puérperas, contribuindo para o aprimoramento das políticas públicas e para o fortalecimento das estratégias de proteção da saúde materno-infantil.

REFERÊNCIAS

ALERTA: Brasil concentra 40% de todo o conteúdo antivacina do continente. Ministério da Saúde; **Laboratório DesinfoPop. Saúde com Ciência**, 2025. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-com-ciencia/noticias/2025/outubro/alerta-brasil-concentra-40-de-todo-o-conteudo-antivacina-do-continente. Acesso em: 23 nov. 2025.

BRANDÃO, L. G. V. A. et al. Cobertura vacinal contra influenza em gestantes da região Sudeste do Brasil: análise de 2010–2020. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 24, 2022. Disponível em: https://revistas.ufg.br/fen/article/view/70736. Acesso em: 22 nov. 2025

BRASIL. Ministério da Saúde. Negacionismo é um dos problemas enfrentados para aumento da cobertura vacinal. **Portal Saúde com Ciência**, 2024. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-com-ciencia/noticias/2024/novembro/negacionismo-e-um-dos-problemas-enfrentados-para-aumento-da-cobertura-vacinal. Acesso em: 18 jun. 2026.

BUTANTAN. Como a hesitação vacinal impactou a rotina de imunização no Brasil. **Centro de Memória & Inovação**, 2024. Disponível em: https://butantan.gov.br/noticias/como-a-hesitacao-vacinal-impactou-a-rotina-de-imunizacao-no-brasil. Acesso em: 26 nov. 2025.

CARMO, A. C. et al. Maternal Vaccination Coverage in Brazil From 2018 to 2022. **National Library of Medicine – PMC**, v.17, n.10: e93736, 2025. Disponível em: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12580611/. Acesso em: 25 nov. 2025.

CUNINGHAM, W. et al. Optimal timing of influenza vaccine during pregnancy: a systematic review and meta-analysis. **Influenza and Other Respiratory Viruses**, v. 13, p. 438–452, 2019. DOI: 10.1111/irv.12649.

DESINFOPOP; Fundação Getúlio Vargas (FGV). Desinformação antivacina na América Latina e no Caribe. Rio de Janeiro. **FGV**, 2025. Relatório técnico. Disponível em: https://rncd.org/laboratorio-da-fgv-lanca-estudo-que-mapeou-desinformacao-antivacina-na-america-latina-e-no-caribe/. Acesso em: 26 nov. 2025.

GALHARDI, C. P. et al. Fake news e hesitação vacinal no contexto da pandemia da COVID-19 no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, n. 5, p. 1849–1858, maio 2022. DOI: 10.1590/1413-81232022275.24092021.

HEBBALLI, N. B. et al. Pertussis and influenza immunization: perceived attitude and decision of postpartum patients. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 22, p. 975, 2022. DOI:10.1186/s12884-022-05296-5.

WIDDERSHOVEN, V. et al. Acceptance of vaccination against pertussis, COVID-19 and influenza during pregnancy: a cross-sectional study. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 23, n.219, p. 219, 2023. DOI:10.1186/s12884-023-05505-9.

WOLFE, D. M. et al. Safety of influenza vaccination during pregnancy: a systematic review. **BMJ Open**, v. 13, n. 9, e066182, 2023. DOI:10.1136/bmjopen-2022-066182.

SAHNI, L. C.; et al. Maternal Vaccine Effectiveness Against Influenza-Associated Hospitalizations and Emergency Department Visits in Infants. **Jama Pediatrics**, v. 178, n. 2, p. 1-9, fev. 2024. DOI: 10.1001/jamapediatrics.2023.5630.

SHIMABUKURO, T. T.; KIM, S. Y.; MYERS, T. R. et al. Preliminary findings of mRNA Covid-19 vaccine safety in pregnant persons. *New England Journal of Medicine*, Boston, v. 384, n. 24, p. 2273–2282, 2021. DOI: 10.1056/NEJMoa2104983.

TROIANO, G.; NARDI, A. Vaccine hesitancy in the era of COVID-19. **Public Health**, v. 194, p. 245-251, 2021. DOI: 10.1016/j.puhe.2021.02.025.

ZAROCOSTAS, J. How to fight an infodemic. **The Lancet**, v. 395, n. 10225, p. 676, 2020. Disponível em: 10.1016/S0140-6736(20)30461-X.

ENTRE O FINANCIAMENTO E A EXECUÇÃO: DESAFIOS DO PROGRAMA NACIONAL DE QUALIFICAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO SUS (QUALIFAR-SUS) EM MUNICÍPIOS CATARINENSES

ANDRÉ LUIZ PETRY; ANNE CAROLINE DE OLIVEIRA BERNARDE; ISABELLE MOURA FITTIPALDI DE SOUZA DANTAS CAVALCANTI; MARCELA PINTO MOURA; JULIANA PRADO GONÇALES

RESUMO

A Assistência Farmacêutica (AF) constitui um componente estratégico do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo fundamental para a garantia do acesso e do uso racional de medicamentos. Com o objetivo de fortalecer a organização dos serviços farmacêuticos e qualificar a gestão da AF, foi instituído o Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica no SUS (QUALIFAR-SUS), que prevê incentivos financeiros destinados à estruturação dos serviços, além do monitoramento das ações desenvolvidas e da prestação de contas por meio dos instrumentos de gestão do SUS. Nesse contexto, o presente estudo teve como objetivo analisar o recebimento e a execução dos recursos de custeio do QUALIFAR-SUS, bem como a incorporação do programa nos Relatórios Anuais de Gestão (RAG) de municípios do estado de Santa Catarina. Trata-se de uma pesquisa documental, descritiva e de abordagem qualitativa, realizada a partir da análise de dados secundários provenientes de fontes oficiais. Foram analisados os RAG e as portarias de repasse de nove municípios catarinenses, referentes ao período de 2024 a 2025. A análise contemplou os valores transferidos e executados dos recursos de custeio, a regularidade dos repasses e a identificação de menções ao programa nos instrumentos de gestão. Os resultados demonstraram que foram transferidos R$ 294.000,00 aos municípios analisados, dos quais R$ 159.489,86 foram executados, correspondendo a aproximadamente 54,2% do total recebido. Também foram identificadas perdas financeiras estimadas em R$ 132.000,00 decorrentes do não recebimento integral das parcelas previstas para o período, situação associada à ausência de envio das informações exigidas pelos municípios para manutenção dos repasses. Em relação à incorporação do programa nos instrumentos de gestão, observou-se ausência de menção ao QUALIFAR-SUS na maior parte dos RAG analisados, sendo identificada referência parcial em apenas um município. Conclui-se que, embora o programa disponha de mecanismos de financiamento voltados ao fortalecimento da AF municipal, persistem fragilidades relacionadas à execução dos recursos, ao cumprimento das exigências operacionais e ao registro das ações desenvolvidas nos instrumentos de gestão. Estudos futuros podem aprofundar a análise dos fatores que influenciam a implementação do programa no contexto municipal.

Palavras-chave: Planejamento em saúde; Gestão em Saúde; Financiamento da Assistência à Saúde.

1 INTRODUÇÃO

A Assistência Farmacêutica (AF) constitui um componente estratégico do Sistema Único de Saúde (SUS), abrangendo ações relacionadas à promoção do acesso e ao uso racional

DOI: 10.51161/iv-conasus/83034

de medicamentos, bem como atividades de planejamento, gestão, monitoramento e avaliação dos serviços farmacêuticos. Nesse contexto, a qualificação da estrutura e da gestão da AF é fundamental para garantir a efetividade das ações desenvolvidas no âmbito municipal (Marin et al., 2003).

Com o objetivo de contribuir para o aprimoramento, a implementação e a integração das ações da AF nos serviços de saúde, o Ministério da Saúde (MS) instituiu, em 2012, o Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde (QUALIFAR-SUS), atualmente consolidado na Portaria GM/MS nº 5/2017. O programa está organizado em quatro eixos estratégicos: Estrutura, Educação, Informação e Cuidado, voltados ao fortalecimento dos serviços farmacêuticos e à qualificação da gestão da AF nos municípios brasileiros (BRASIL, 2017).

Entre seus componentes, destaca-se o Eixo Estrutura, que prevê incentivos financeiros destinados à organização e qualificação dos serviços farmacêuticos municipais. Os recursos de custeio são transferidos diretamente do Fundo Nacional de Saúde (FNS) aos Fundos Municipais de Saúde (FMS), podendo ser utilizados em ações como manutenção de sistemas informatizados, garantia de conectividade, capacitação de profissionais e fortalecimento da infraestrutura necessária ao desenvolvimento das atividades da AF, sendo vedada sua utilização para aquisição de medicamentos (BRASIL, 2016).

Além do financiamento, a adesão ao QUALIFAR-SUS pressupõe a realização de um conjunto de etapas voltadas à qualificação da AF municipal. Entre elas, destacam-se o diagnóstico situacional dos serviços farmacêuticos, o planejamento das ações e metas, a execução das atividades previstas, o envio regular de dados à Base Nacional de Dados de Ações e Serviços da Assistência Farmacêutica (BNAFAR), o monitoramento contínuo das ações desenvolvidas e a prestação de contas por meio dos Relatórios Anuais de Gestão (RAG) (BRASIL, 2016).

No entanto, apesar de sua relevância, estudos apontam fragilidades na operacionalização do programa em âmbito municipal. Rodrigues, Cruz e Tavares (2017), ao avaliarem municípios contemplados pelo Eixo Estrutura, identificaram limitações relacionadas ao apoio à implantação do programa e destacaram a importância de análises regionais que considerem as diferentes realidades locais.

Diante desse contexto, torna-se relevante compreender como os recursos financeiros disponibilizados pelo programa vêm sendo utilizados pelos municípios e de que forma o QUALIFAR-SUS tem sido evidenciado nos instrumentos de gestão. Assim, este estudo teve como objetivo analisar os recursos de custeio recebidos e executados, bem como a menção ao programa nos RAG de municípios do estado de Santa Catarina, no período de 2024 a 2025.

2 MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa descritiva, documental e de abordagem qualitativa, baseada na análise de dados secundários provenientes de fontes públicas oficiais. A análise foi realizada em nove municípios do estado de Santa Catarina habilitados ao QUALIFAR-SUS: Timbó Grande, Lebon Régis, Coronel Martins, Formosa do Sul, Jardinópolis, Princesa, Ermo, Araquari e Penha.

A seleção dos municípios foi realizada por amostragem, utilizando os mesmos critérios metodológicos empregados na pesquisa nacional sobre o QUALIFAR-SUS, a qual está sendo desenvolvida por Anne Caroline Oliveira Bernarde, vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Fiocruz em parceria com o Ministério da Saúde. O presente estudo corresponde a um recorte estadual dessa investigação.

Os dados referentes aos recursos financeiros foram obtidos por meio da análise das portarias de repasse e dos Painéis de Informação do FNS, permitindo identificar os valores

DOI: 10.51161/iv-conasus/83034

transferidos aos municípios no período de 2024 a 2025. Para avaliação da execução financeira e da incorporação do programa nos instrumentos de gestão, foram analisados os RAG disponíveis no sistema DigiSUS Gestor.

A análise documental contemplou a identificação dos valores transferidos e executados no âmbito da ação orçamentária vinculada ao QUALIFAR-SUS, bem como a busca pela menção explícita ao programa nos RAG. Os dados foram organizados em planilhas eletrônicas e analisados de forma descritiva, considerando os valores recebidos, executados e os registros relacionados ao programa nos documentos avaliados.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Considerando que o programa pressupõe planejamento, execução, monitoramento e prestação de contas das ações desenvolvidas, realizou-se a análise dos recursos de custeio recebidos e executados pelos municípios, bem como da menção ao QUALIFAR-SUS nos RAG, conforme apresentado na Tabela 1.

Tabela 1. Valores transferidos e executados dos recursos de custeio do QUALIFAR-SUS nos municípios analisados (Santa Catarina, 2024–2025).

Município	Recurso recebido (R$)	Recurso executado (R$)	Menção ao QUALIFAR-SUS no RAG
Timbó Grande	42.000,00	24.000,00	Não
Lebon Régis	42.000,00	24.000,00	Não
Coronel Martins	24.000,00	24.000,00	Não
Formosa do Sul	30.000,00	15.108,27	Não
Jardinópolis	42.000,00	18.000,00	Não
Princesa	42.000,00	24.381,59	Não
Ermo	30.000,00	30.000,00	Não
Araquari	12.000,00	0,0	Menção parcial*
Penha	30.000,00	0,0	Não
Total	**294.000,00**	**R$ 159.489,86**	-

***Menção parcial**: menção em um dos anos analisados.

Fonte: Elaborado pelos autores.

Conforme analisado, foram identificados R$ 294.000,00 em recursos de custeio transferidos aos municípios analisados no período de 2024 a 2025, dos quais R$ 159.489,86 foram executados, correspondendo a aproximadamente 54,2% do total recebido. Observou-se ainda que apenas um município apresentou menção parcial ao QUALIFAR-SUS nos RAG, enquanto os demais não registraram qualquer referência ao programa, mesmo nos casos em que houve recebimento e execução dos recursos.

Esse achado merece atenção, considerando que o QUALIFAR-SUS foi instituído com o objetivo de promover o aprimoramento, a implementação e a integração das ações da Assistência Farmacêutica nos serviços de saúde (BRASIL, 2017). Além do aporte financeiro, o programa busca fortalecer a gestão da AF, qualificar a estrutura dos serviços farmacêuticos, aprimorar os sistemas de informação e ampliar a integração da área às ações da Atenção Básica. Dessa forma, a baixa visibilidade do programa nos instrumentos de gestão pode representar uma oportunidade perdida de incorporar suas diretrizes aos processos locais de planejamento, monitoramento e avaliação.

Nesse sentido, a limitada menção ao programa nos instrumentos de gestão sugere fragilidades em sua incorporação ao processo de planejamento, monitoramento e prestação de contas das ações desenvolvidas no âmbito municipal. Embora o recebimento e a execução dos recursos indiquem alguma operacionalização das atividades financiadas, a ausência de registros específicos dificulta a avaliação dos resultados alcançados e o acompanhamento da implementação do programa.

A baixa incorporação do programa pode estar relacionada à limitada participação dos profissionais da AF na elaboração dos instrumentos de planejamento e gestão. Estudos apontam que esses profissionais frequentemente não estão envolvidos na construção de documentos como o Plano Municipal de Saúde, a Programação Anual de Saúde e o RAG, o que pode resultar na ausência de pautas específicas da área no planejamento por períodos prolongados (Dalla Nora *et al*., 2019).

No que tange à regulamentação dos recursos apresentados, os valores de custeio do QUALIFAR-SUS são transferidos diretamente do FNS aos FMS, conforme previsto na legislação vigente, devendo ser aplicados em ações relacionadas à qualificação da AF no âmbito da Atenção Básica (BRASIL, 2012). No primeiro ano de habilitação, o município recebe parcela única de R$ 24.000,00 e, nos anos subsequentes, os repasses passam a ocorrer trimestralmente em parcelas de R$ 6.000,00, condicionadas ao envio de dados da AF à BNAFAR (BRASIL, 2016).

Nesse sentido, a regularidade no repasse dos recursos financeiros do Programa constitui elemento fundamental para a continuidade das ações de AF nos municípios, onde a ocorrência de falhas no recebimento das parcelas pode comprometer o planejamento local, dificultar a execução das ações previstas e gerar perdas financeiras significativas ao longo do tempo. Diante disso, a tabela 2 apresenta a regularidade do repasse dos recursos de custeio do QUALIFAR-SUS, bem como a estimativa de perdas financeiras nos municípios analisados.

Tabela 2. Regularidade do repasse de custeio do QUALIFAR-SUS e estimativa de perdas financeiras nos municípios analisados (Santa Catarina, 2024–2025).

Município	Parcelas recebidas 2024	Parcelas recebidas 2025	Parcelas não recebidas	Valor não recebido (R$)
Timbó Grande	4	3	1	6.000,00
Lebon Régis	4	3	1	6.000,00
Coronel Martins	4	1	3	18.000,00
Formosa do Sul	3	2	3	18.000,00
Jardinópolis	4	3	1	6.000,00
Princesa	4	3	1	6.000,00
Ermo	3	2	3	18.000,00
Araquari	1	1	6	36.000,00
Penha	3	2	3	18.000,00
Total	**-**	**-**	-	**132.000,00**

Fonte: Elaborado pelos autores.

A análise dos dados evidenciou que diversos municípios não receberam integralmente os recursos previstos para o período, resultando em perdas financeiras estimadas em R$ 132.000,00. Considerando que os repasses do QUALIFAR-SUS se destinam ao fortalecimento da estrutura e da gestão da AF, a ausência de parte desses recursos pode limitar investimentos em infraestrutura, sistemas de informação, capacitação profissional e outras ações voltadas à qualificação dos serviços farmacêuticos municipais. Além disso, considerando o caráter

contínuo das ações financiadas pelo programa, a irregularidade nos repasses pode gerar descontinuidade na organização dos serviços, dificultar o planejamento local e comprometer o processo de qualificação da AF.

Os resultados observados podem estar relacionados a dificuldades no cumprimento das exigências operacionais do programa, especialmente aquelas relacionadas à alimentação regular da BNAFAR, condição necessária para a manutenção dos repasses financeiros. Entretanto, estudos apontam que, apesar da grande quantidade de dados disponíveis nos sistemas de informação do SUS, muitos municípios ainda enfrentam desafios relacionados à conectividade, interoperabilidade entre sistemas, inconsistências nos registros e baixa utilização das informações produzidas para subsidiar os processos de gestão e tomada de decisão (CONASS, 2003; Kreutz, 2021).

Nesse contexto, a literatura destaca que a suspensão dos repasses poderia ser minimizada por meio do fortalecimento dos processos de monitoramento e acompanhamento das obrigações relacionadas ao programa, da sensibilização dos profissionais e gestores acerca da importância estratégica desses recursos para a Assistência Farmacêutica, bem como da ampliação do apoio técnico das regionais de saúde aos municípios. Adicionalmente, a integração entre sistemas de informação e a utilização mais efetiva dos dados produzidos podem contribuir para aprimorar a gestão local e favorecer a sustentabilidade das ações financiadas pelo QUALIFAR-SUS (Kreutz, 2021). Tais medidas podem auxiliar os municípios no cumprimento das exigências do programa, reduzindo perdas financeiras e ampliando o potencial de qualificação da Assistência Farmacêutica no âmbito local.

4 CONCLUSÃO

Os resultados demonstraram que a implementação do QUALIFAR-SUS nos municípios analisados apresentou fragilidades relacionadas tanto à execução dos recursos financeiros quanto à sua incorporação nos instrumentos de gestão. Embora tenham sido identificados repasses de custeio aos municípios no período de 2024 a 2025, observou-se execução parcial dos recursos, perdas financeiras decorrentes do não recebimento integral das parcelas previstas e ausência de menção ao programa na maioria dos Relatórios Anuais de Gestão analisados.

Os achados evidenciam que as fragilidades observadas não se restringem apenas à execução financeira dos recursos, mas também alcançam o monitoramento e a incorporação do programa nos instrumentos de gestão. Nesse contexto, a efetividade do QUALIFAR-SUS depende não apenas da disponibilidade de recursos financeiros, mas também da capacidade dos municípios de cumprir as exigências operacionais do programa, registrar adequadamente as ações desenvolvidas e integrar suas diretrizes aos processos de planejamento, monitoramento e gestão da AF.

Como limitações do estudo, destaca-se a utilização exclusiva de dados secundários e documentais, sujeitos a inconsistências e diferenças na forma de registro entre os municípios. Sugere-se que estudos futuros ampliem o número de municípios avaliados e incorporem outras variáveis relacionadas à estrutura dos serviços farmacêuticos, aos recursos humanos e aos sistemas de informação, contribuindo para uma compreensão mais abrangente dos fatores que influenciam a implementação do QUALIFAR-SUS no contexto municipal.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde [...].

Brasília, DF: Presidência da República, 2012. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp141.htm. Acesso em: 14 de jun. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. QUALIFAR-SUS: Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde – eixo estrutura: atenção básica: instruções técnicas. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/qualifarsus_programa_nacional_qualificacao_farmaceutica.pdf. Acesso em: 11 de jun. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 5, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-da-pessoa-com-deficiencia/legislacao/portaria-de-consolidacao-no-05-de-28-de-setembro-de-2017.pdf. Acesso em: 11 de jun. 2026.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. Para entender a gestão do SUS. Brasília, DF: CONASS, 2003. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para_entender_gestao.pdf. Acesso em: 18 de jun.2026.

DALLA NORA, L. C. et al. Análise da assistência farmacêutica no planejamento: participação dos profissionais e a qualificação da gestão. *Cadernos Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 3, p. 278–286, jul./set. 2019. DOI: 10.1590/1414-462X201900030359.

KREUTZ, L. M. Análise do Programa de Qualificação da Assistência Farmacêutica no SUS (QUALIFAR-SUS) em municípios do RS. 2021. Dissertação (Mestrado Profissional em Ensino na Saúde) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2021. Disponível em: https://lume.ufrgs.br/handle/10183/231512. Acesso em: 11 de jun. 2026.

MARIN, N. et al. Assistência farmacêutica para gerentes municipais. Rio de Janeiro: Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS), 2003. 373 p. Disponível em: Assistência farmacêutica para gerentes municipais (PDF). Acesso em: 11 jun. 2026.

RODRIGUES, P. S.; CRUZ, M. S.; TAVARES, Noêmia U. L. Avaliação da implantação do Eixo Estrutura do Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica no SUS. *Saúde em Debate*, v. 41, p. 192–208, 2017. DOI: 10.1590/0103-11042017S15.

IMPACTOS DA MENOPAUSA NA SAÚDE MENTAL E QUALIDADE DE VIDA DAS MULHERES

VITORIA MARIA DA CUNHA BARROS CORREA

Introdução: O encerramento da vida reprodutiva feminina é definido pela menopausa, marco biológico que compõe o climatério, período marcado por alterações hormonais, físicas, emocionais e sociais. Embora seja um processo natural, seus sintomas podem interferir no bem-estar feminino, provocando ondas de calor, alterações do sono, irritabilidade, ansiedade, sintomas depressivos, cansaço, mudanças corporais e insatisfação com a autoimagem. Esses fatores podem comprometer a saúde mental e a qualidade de vida, reforçando a necessidade de uma assistência integral, acolhedora e humanizada. **Objetivo:** Explorar os achados na literatura sobre os impactos da menopausa na saúde mental das mulheres, com ênfase nos sintomas emocionais e qualidade de vida. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão da literatura, com abordagem qualitativa, realizada por meio da análise de artigos científicos. Foram utilizados os descritores: “menopausa”, “climatério”, “saúde mental”, “qualidade de vida” e “saúde da mulher". Foram incluídos estudos publicados entre 2015 e 2025, disponíveis na íntegra e relacionados ao tema. Foram excluídos artigos duplicados, incompletos ou que não apresentavam relação direta com o objetivo da pesquisa. Ao final da seleção, foram utilizados 6 artigos para a construção dos resultados. **Resultados:** Nos artigos incluídos, observou-se que a menopausa pode provocar impactos significativos na saúde mental e na qualidade de vida das mulheres. A falta de informação e a associação desse período ao envelhecimento podem intensificar sentimentos de medo, insegurança e sofrimento emocional. As alterações corporais e psicológicas foram relacionadas à redução da autoestima e à mudança na percepção da mulher sobre si mesma. Além disso, os distúrbios do sono apareceram como fatores que podem aumentar o cansaço, a irritabilidade e os sintomas emocionais. Nesse contexto, os estudos reforçam a importância da enfermagem na escuta qualificada, educação em saúde, orientação sobre sintomas, incentivo ao autocuidado e encaminhamento quando necessário. **Conclusão:** Conclui-se que a menopausa pode repercutir de forma significativa na saúde mental e na qualidade de vida das mulheres. O cuidado integral, educativo e humanizado é fundamental para reconhecer sintomas, reduzir dúvidas, fortalecer a autoestima e favorecer o acompanhamento adequado durante essa fase da vida.

Palavras-chave: **QUALIDADE DE VIDA; MENOPAUSA; CLIMATÉRIO**

DOI: 10.51161/iv-conasus/83036

QUEM SUSTENTA O CUIDADO NO SUS TAMBÉM É CUIDADO? REFLEXÕES SOBRE O SOFRIMENTO PSÍQUICO DOS TRABALHADORES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA ÀSAÚDE

ANA CAROLINE VASCONCELOS DE ALMEIDA; BRENDA LUIZA SILVEIRA ARAÚJO; GABRIELLA EVELYN GUIMARÃES ARAÚJO; JULY ROSSI DANTAS; MARCUS VINÍCIUS SOUZA ALVES

RESUMO

A saúde mental dos trabalhadores da Atenção Primária à Saúde (APS) tem se tomado uma temática relevante diante das exigências e desafios presentes no cotidiano dos serviços de saúde. Embora esses profissionais sejam fundamentais para a manutenção do Sistema Único de Saúde (SUS), o sofrimento psíquico relacionado ao trabalho ainda permanece frequentemente invisibilizado , especialmente entre trabalhadores que não atuam diretamente na assistência ao usuário. Este estudo tem como objetivo relatar reflexões construídas a partir de experiências vivenciadas durante atividades de campo relacionadas à investigação da saúde mental de trabalhadores da APS. Trata-se de um relato de experiência desenvolvido a partir de vivências ocorridas entre março e junho de 2025 em Unidades de Atenção Primária à Saúde do município de Uberaba, Minas Gerais. As atividades envolveram observação direta, escuta ativa e contato com trabalhadores de diferentes categorias profissionais, possibilitando a aproximação com suas percepções acerca do trabalho e das condições laborais. Durante a experiência, foram observados desafios relacionados à dinâmica dos serviços, à disponibilidade dos profissionais para participação e à compreensão de algumas temáticas abordadas durante as entrevistas. Além disso, as vivências evidenciaram que questões como sobrecarga de trabalho, invisibilidade profissional, desgaste emocional e necessidade de reconhecimento atravessam diferentes funções dentro das unidades de saúde. Destacou-se ainda que trabalhadores frequentemente pouco valorizados institucionalmente demonstraram forte vínculo com suas atividades e importante sentimento de pertencimento ao ambiente de trabalho. A experiência possibilitou ampliar a compreensão sobre os impactos das relações laborais na saúde mental dos trabalhadores e reforçou a necessidade de estratégias que promovam acolhimento, valorização profissional e cuidado integral às equipes. Conclui-se que reconhecer e cuidar daqueles que sustentam cotidianamente o funcionamento dos serviços de saúde constitui uma ação fundamental para o fortalecimento do SUS.

Palavras-chave: Saúde mental; Saúde do trabalhador; Sistema Único de Saúde.

1 INTRODUÇÃO

A saúde mental é um componente essencial da saúde integral e influencia diretamente a qualidade de vida, as relações sociais e o desempenho profissional dos indivíduos. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a saúde mental corresponde a um estado de bem-estar que permite às pessoas reconhecer suas capacidades, enfrentar os desafios cotidianos, trabalhar de forma produtiva e contribuir para a comunidade (OMS, 2022). No ambiente laboral, entretanto, fatores como sobrecarga de trabalho, pressão institucional, insegurança profissional e falta de reconhecimento podem comprometer esse bem-estar, favorecendo o

DOI: 10.51161/iv-conasus/83052

desenvolvimento de sofrimento psíquico.

No contexto da Atenção Primária à Saúde (APS), os trabalhadores desempenham papel fundamental na organização e execução das ações de saúde, sendo responsáveis por garantir o acesso da população aos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS). Além dos profissionais que atuam diretamente na assistência, diversas outras categorias contribuem para o funcionamento das unidades, incluindo trabalhadores da recepção, vigilância, limpeza, serviços administrativos e apoio. Apesar de sua importância, esses profissionais nem sempre são incluídos nas discussões relacionadas à saúde do trabalhador, permanecendo frequentemente invisibilizados nos espaços institucionais e científicos (BRASIL, 2012).

A literatura aponta que as condições de trabalho e os fatores psicossociais presentes no ambiente laboral exercem influência significativa sobre a saúde mental dos trabalhadores. Nesse sentido, o trabalho pode constituir tanto uma fonte de realização e reconhecimento quanto um espaço gerador de sofrimento, dependendo da forma como as relações e a organização laboral são estabelecidas (DEJOURS, 2015) . Dessa forma, compreender as experiências e percepções dos trabalhadores toma-se fundamental para a construção de estratégias de promoção da saúde mental e valorização profissional.

Diante desse contexto, o presente trabalho tem como objetivo relatar reflexões construídas a partir de experiências vivenciadas durante atividades de campo relacionadas à investigação da saúde mental de trabalhadores da Atenção Primária à Saúde, destacando aspectos relacionados ao sofrimento psíquico, à invisibilidade profissional e à necessidade de cuidado daqueles que sustentam cotidianamente o funcionamento dos serviços de saúde.

2 RELATO DE CASO/EXPERIÊNCIA

O presente relato foi construído a partir de experiências vivenciadas durante atividades de campo realizadas entre os meses de março e junho de 2025 em Unidades de Atenção Primária à Saúde do município de Uberaba, Minas Gerais. As vivências ocorreram durante ações voltadas à investigação da saúde mental de trabalhadores atuantes nesses serviços, possibilitando contato direto com profissionais de diferentes categorias e funções.

As atividades foram desenvolvidas por meio de visitas às unidades de saúde, nas quais os trabalhadores eram convidados a participar das entrevistas após esclarecimentos sobre os objetivos e procedimentos da atividade. A aproximação com os participantes ocorreu de forma acolhedora e respeitosa, buscando construir um ambiente favorável à escuta e ao compartilhamento de experiências relacionadas ao cotidiano de trabalho.

Durante os encontros, a observação direta e a escuta ativa mostraram-se ferramentas fundamentais para compreender aspectos que ultrapassavam as respostas fornecidas nos instrumentos utilizados. Muitos trabalhadores aproveitaram o momento para relatar percepções sobre suas rotinas, desafios enfrentados no ambiente laboral e sentimentos relacionados ao exercício de suas funções .

Ao longo das visitas, foram observadas dificuldades que ex1g1ram adaptações na condução das atividades. Entre elas, destacaram-se a indisponibilidade de alguns profissionais em determinados horários devido às demandas do serviço e a necessidade de adequação da linguagem utilizada em questões relacionadas à identidade de gênero e orientação sexual, especialmente entre participantes mais idosos. Tais situações reforçaram a importância da sensibilidade, da escuta qualificada e do respeito às singularidades de cada trabalhador.

As situações observadas durante as entrevistas também evidenciaram a diversidade de experiências e percepções existentes entre os trabalhadores. Em alguns momentos, foi necessário adaptar a forma de comunicação para garantir a compreensão das questões apresentadas, especialmente em temas relacionados às transformações sociais contemporâneas. Essa vivência demonstrou a importância da utilização de estratégias de

DOI: 10.51161/iv-conasus/83052

comunicação acessíveis e adequadas ao contexto dos part1c1pantes, contribuindo para o fortalecimento do vínculo e para a condução respeitosa das atividades desenvolvidas.

A experiência também possibilitou a aproximação com profissionais frequentemente pouco visibilizados nas discussões sobre saúde do trabalhador, como vigias, recepcionistas, trabalhadores da limpeza e profissionais administrativos. O contato com essas diferentes categorias ampliou a compreensão sobre a complexidade do funcionamento das unidades de saúde e sobre a relevância de cada trabalhador para a manutenção dos serviços ofertados à população.

Mais do que a aplicação de instrumentos, a vivência permitiu observar como questões relacionadas ao sofrimento psíquico, ao reconhecimento profissional e ao sentimento de pertencimento se manifestavam de formas distintas entre os trabalhadores. Essas percepções contribuíram para reflexões sobre a necessidade de ampliar o cuidado em saúde para além dos usuários, contemplando também aqueles que sustentam cotidianamente o funcionamento do Sistema Único de Saúde.

3 DISCUSSÃO

A experiência vivenciada permitiu compreender que a saúde mental dos trabalhadores da Atenção Primária à Saúde está relacionada a múltiplos fatores presentes no ambiente laboral, ultrapassando as atribuições específicas de cada função. Embora o sofrimento psíquico seja frequentemente associado aos profissionais que realizam assistência direta aos usuários, as vivências em campo evidenciaram que esse fenômeno também alcança trabalhadores responsáveis por atividades administrativas, de vigilância, limpeza e apoio, reforçando a complexidade das relações de trabalho nos serviços de saúde.

Durante as atividades, observou-se que muitos trabalhadores demonstravam interesse em compartilhar experiências, dificuldades e percepções relacionadas ao cotidiano laboral. Esse aspecto evidencia a importância de espaços de escuta e acolhimento dentro das instituições, considerando que o compartilhamento de experiências pode contribuir para o reconhecimento de necessidades e para a promoção do bem-estar psicológico. Segundo a Organização Mundial da Saúde e a Organização Internacional do Trabalho, ambientes laborais saudáveis e relações de trabalho positivas constituem fatores fundamentais para a proteção da saúde mental dos trabalhadores (OMS; OIT, 2022).

Um momento marcante da experiência ocorreu durante a conversa com um trabalhador da vigilância, que afirmou: "eu gosto e muito daqui, dou valor ao que tenho". A fala chamou atenção por evidenciar que, mesmo diante das dificuldades presentes no ambiente de trabalho, o reconhecimento da própria função e o sentimento de pertencimento podem atuar como fatores de proteção para a saúde mental. Além disso, revelou a importância de trabalhadores que, embora desempenhem funções indispensáveis para o funcionamento das unidades de saúde, frequentemente permanecem invisibilizados nas discussões sobre saúde do trabalhador. Assim, a experiência permitiu refletir que o cuidado ofertado à população depende de uma rede de profissionais que vai além da assistência direta, incluindo trabalhadores da vigilância, recepção, limpeza e setores administrativos. Nesse sentido, Dejours (2015) destaca que o trabalho pode representar tanto sofrimento quanto realização, dependendo das condições laborais e das formas de reconhecimento construídas no ambiente institucional.

Além disso, a experiência permitiu refletir sobre a naturalização do desgaste emocional nos serviços de saúde. Muitas vezes, o cansaço, a sobrecarga e o sofrimento são percebidos como consequências inevitáveis do trabalho, o que pode dificultar a identificação de situações de adoecimento e retardar a busca por apoio. Diante desse cenário, toma-se fundamental fortalecer políticas e estratégias voltadas à promoção da saúde mental, à valorização profissional e à construção de ambientes laborais mais saudáveis e acolhedores **(BRASIL,** 2012).

DOI: 10.51161/iv-conasus/83052

Dessa forma, as reflexões construídas durante a experiência reforçam a necessidade de ampliar o olhar sobre a saúde do trabalhador, reconhecendo que o cuidado em saúde também deve contemplar aqueles que sustentam cotidianamente o funcionamento do Sistema Único de Saúde.

4CONCLUSÃO

A experiência possibilitou ampliar a compreensão sobre os fatores que influenciam a saúde mental dos trabalhadores da Atenção Primária à Saúde, evidenciando que o sofrimento psíquico pode atingir profissionais de diferentes funções e níveis de atuação dentro dos serviços de saúde. As vivências desenvolvidas durante as atividades de campo permitiram reconhecer que desafios relacionados à sobrecarga, ao desgaste emocional e à necessidade de reconhecimento profissional estão presentes em diferentes espaços de trabalho, incluindo aqueles frequentemente pouco visibilizados nas discussões sobre saúde do trabalhador.

Ao longo da experiência, foi possível refletir sobre a relevância de cada profissional para o funcionamento das unidades de saúde, compreendendo que o cuidado ofertado à população depende de uma rede de trabalhadores que vai além da assistência direta. Nesse contexto, aspectos como valorização profissional, sentimento de pertencimento e reconhecimento institucional mostraram-se importantes para a construção de ambientes de trabalho mais saudáveis e favoráveis ao bem-estar das equipes.

Os achados reforçam a necessidade de fortalecer estratégias institucionais voltadas à promoção da saúde mental e à construção de espaços de escuta, acolhimento e cuidado para os trabalhadores da saúde. Além disso, destacam a importância de ampliar o debate sobre a saúde do trabalhador no âmbito do SUS, considerando as diferentes realidades e funções presentes nos serviços de saúde.

Como limitação, destaca-se que as reflexões apresentadas estão relacionadas às experiências vivenciadas em um contexto específico, não permitindo generalizações para outras realidades. Entretanto, a experiência possibilitou identificar questões relevantes que merecem maior aprofundamento, especialmente no que se refere às vivências de trabalhadores frequentemente invisibilizados e aos impactos das relações de trabalho sobre sua saúde mental.

Por fim, espera-se que este relato contribua para ampliar as discussões sobre saúde mental no trabalho e incentive o desenvolvimento de novos estudos e ações voltadas à valorização, ao acolhimento e ao cuidado integral dos trabalhadores da saúde, reconhecendo que fortalecer quem sustenta o cuidado também é uma forma de fortalecer o próprio Sistema Único de Saúde.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho.** 5. ed. ampl. São Paulo: Cortez-Oboré, 1992.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA
SAÚDE. **Mental health at work: policy brief.** Geneva: ILO; WHO, 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Saúde mental: fortalecendo nossa resposta.** Genebra: OMS, 2022. Disponível em:

https://www.who.int/pt/newsroom/factsheets/detail/mental-health-strengthening-our-responsc. Acesso em: 20 jun. 2026

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: UNESCO; Ministério da Saúde, 2002.

DOI: 10.51161/iv-conasus/83052

CONSULTA FARMACÊUTICA EM SAÚDE MENTAL: IMPLANTAÇÃO DOACOMPANHAMENTO CLÍNICO EM CAPS II E CAPS AD DE UM MUNICÍPIO DOSUL DO BRASIL

JONATAS ALAN ROCHA CARVALHO

Introdução: A não adesão ao tratamento permanece como um dos principais desafios na assistência em saúde mental, estando associada ao agravamento clínico e prejuízos à qualidade de vida. Evidências demonstram que farmacêuticos em equipes de saúde mental contribuem para a identificação de PRMs (problemas relacionados a medicamentos), rastreio de efeitos adversos, melhora da adesão terapêutica (Ng et al., 2022; Stuhec et al., 2023). Além disso, a atuação clínica do farmacêutico favorece a farmacoterapia e o acompanhamento de condições clínicas associadas ao uso prolongado de psicofármacos. **Objetivo:** Relatar a experiência da implantação do acompanhamento farmacêutico nos CAPS II e CAPS AD de Santa Rosa (RS), descrevendo as principais intervenções realizadas nos três primeiros meses de atividade. **Relato de caso/experiência:** Trata-se de um relato de experiência desenvolvido durante a implantação das consultas farmacêuticas nos serviços. Foram realizados aproximadamente 30 atendimentos envolvendo 16 usuários, com diagnósticos de depressão, transtornos de ansiedade, transtorno afetivo bipolar, esquizofrenia e transtornos relacionados ao uso de substâncias. As consultas incluíram avaliação da farmacoterapia, identificação de PRMs, educação em saúde, acompanhamento da adaptação aos psicofármacos, monitoramento clínico e análise de exames laboratoriais. As intervenções foram conduzidas com enfoque no cuidado e na promoção da autonomia dos usuários. Os principais problemas identificados foram a não adesão ao tratamento, especialmente por esquecimento de doses e o uso inadequado ou abusivo de medicamentos. As intervenções mais frequentes incluíram elaboração de materiais educativos individualizados, estratégias de organização da rotina medicamentosa, medicação assistida, acompanhamento da adaptação aos psicofármacos, monitoramento de parâmetros clínicos e laboratoriais e escuta qualificada. Observou-se que a implantação das consultas farmacêuticas permitiu identificar precocemente dificuldades relacionadas ao tratamento, ampliar o entendimento dos usuários sobre sua farmacoterapia e fortalecer sua participação ativa no cuidado. **Conclusão:** A experiência evidencia que a implantação do acompanhamento farmacêutico clínico nos CAPS II e CAPS AD constitui uma estratégia relevante para qualificar a assistência em saúde mental, contribuindo para a promoção da adesão terapêutica, segurança da farmacoterapia e fortalecimento da autonomia dos usuários. Os resultados reforçam a importância da inserção do farmacêutico na Rede de Atenção Psicossocial e o potencial das consultas farmacêuticas como ferramenta de cuidado integral e interdisciplinar.

Palavras-chave: **ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA; SAÚDE MENTAL; FARMÁCIA CLÍNICA**

DOI: 10.51161/iv-conasus/83055

CUIDANDO DE QUEM APRENDE A CUIDAR: RELATO DE EXPERIÊNCIA DE UM PROGRAMA DE MEDITAÇÃO PARA ESTUDANTES DE MEDICINA

SHEILA MARIA DE LUNA; ELNATÃ PEREIRA ALVES; MARIA LAURA NETTO GUADAGNIN; ALINE QUEIROZ DE SENE; KARYME LUCILA JABRA; ALVARO SILVERIO AVELINO DA SILVA; PAULO LUIZ BATISTA NOGUEIRA

Introdução: A formação médica está associada a elevados níveis de estresse, ansiedade e sofrimento psíquico, tornando necessária a adoção de estratégias institucionais voltadas à promoção da saúde mental. Nesse contexto, a meditação tem sido apontada como uma prática capaz de favorecer o bem-estar e o desenvolvimento de habilidades de enfrentamento diante das demandas acadêmicas. **Objetivo:** Relatar a experiência de implantação e desenvolvimento do projeto de extensão Medita UNIVAG, voltado à promoção da saúde mental de estudantes de Medicina. **Relato de experiência:** O projeto foi implantado em março de 2026 em uma instituição de ensino superior de Mato Grosso, sendo conduzido por uma docente e quatro monitores. Foram realizados encontros semanais utilizando a Meditação dos Corações Gêmeos associada a momentos de reflexão guiada sobre autocuidado e manejo do estresse. Para divulgação das atividades foram utilizados perfil em rede social, que alcançou 159 seguidores, e grupo de WhatsApp com 27 participantes. Também foi criado o Passaporte do Meditante como estratégia de incentivo à participação. Embora a adesão às sessões tenha sido inferior à esperada, os participantes relataram sensação de relaxamento, redução da tensão emocional e percepção de bem-estar após as práticas. A experiência permitiu identificar desafios relacionados à disponibilidade de horários e à necessidade de abordagens contemplativas que acolham a diversidade de crenças presente no ambiente universitário. Como desdobramento da iniciativa, encontra-se em planejamento um projeto de pesquisa para construção e validação de um artefato meditativo em áudio, com duração aproximada de oito minutos, destinado à aplicação em sala de aula como estratégia complementar de promoção da saúde mental. **Conclusão:** A experiência demonstrou a viabilidade da inserção de práticas meditativas no contexto da formação médica e reforçou a importância de ações institucionais voltadas ao cuidado da saúde mental estudantil. Os desafios identificados contribuíram para o aprimoramento da proposta e para o planejamento de novas intervenções com potencial de ampliação do alcance e da adesão dos estudantes.

Palavras-chave: **ESTUDANTE DE MEDICINA; MEDITAÇÃO; ATENÇÃO PLENA**

DOI: 10.51161/iv-conasus/83056

TELECONSULTORIA ESPECIALIZADA COMO ESTRATÉGIA PARA QUALIFICAÇÃO DO MANEJO DE FERIDA CRÔNICA COMPLEXA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: RELATO DE EXPERIÊNCIA

VITOR MANOEL PEREIRA RODRIGUES; EMILIA MARTINS ROCHA; FABIOLA DAIANE OLIVEIRA

Introdução: As condições crônicas não transmissíveis representam importante desafio para a Atenção Primária à Saúde, especialmente diante do aumento de usuários com feridas de difícil manejo que necessitam de acompanhamento contínuo e qualificado. Na Unidade Básica de Saúde Vereador José Sena, em Taiobeiras-MG, as equipes ESF Esperança e ESF Caminho acompanham aproximadamente 5 mil usuários, incluindo 119 pacientes acamados ou domiciliados e 12 pessoas com lesões complexas, demonstrando a necessidade de estratégias inovadoras para ampliar a capacidade resolutiva das equipes. **Objetivo:** Relatar a experiência da utilização do suporte remoto especializado no acompanhamento de uma paciente com ferida crônica complexa, evidenciando sua contribuição para a qualificação da assistência prestada na Estratégia Saúde da Família. **Relato de caso/experiência:** Trata-se de uma paciente de 49 anos, com obesidade grau III e doença renal crônica em estágio 3B, portadora de lesões crônicas em membros inferiores, com evolução prolongada e resposta limitada às condutas inicialmente realizadas. Diante da complexidade do caso, a equipe multiprofissional solicitou apoio especializado, possibilitando a discussão clínica e a reorganização do plano terapêutico, incluindo orientações sobre coberturas, controle do exsudato, manejo do edema e acompanhamento da cicatrização. O seguimento ocorreu por meio de consultas, visitas domiciliares, registros fotográficos e reavaliações periódicas. Após a implementação das recomendações, observou-se importante melhora clínica, com redução da extensão das lesões, diminuição dos sinais inflamatórios e do exsudato, evolução do tecido de granulação e maior conforto e adesão da usuária ao tratamento. **Conclusão:** A experiência demonstrou que o uso de tecnologias de apoio assistencial pode fortalecer a capacidade de resolução da Atenção Primária à Saúde, favorecer a educação permanente das equipes e ampliar o acesso ao conhecimento especializado. Além dos benefícios observados na paciente acompanhada, a iniciativa fortaleceu o cuidado ofertado a pessoas com feridas complexas no território e apresenta potencial de reprodução em diferentes contextos do Sistema Único de Saúde.

Palavras-chave: **ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE; FERIMENTOS E LESÕES; TELEMEDICINA**

DOI: 10.51161/iv-conasus/83066

ESTRESSE PERCEBIDO E INSEGURANÇA ALIMENTAR ENTRE TRABALHADORES DE UMA INSTITUIÇÃO PÚBLICA DE SAÚDE

PALOMA RIBEIRO TORRES; ADRIANA COSTA BACELO; KAMILA MARIA OLIVEIRA SALES; JANAYNA NARA BEZERRA PINTO; ROSIANE DE PAES BORGES HERCULANO; IVANA CRISTINA DE HOLANDA CUNHA BARRETO; LUIZ ODORICO MONTEIRO DE ANDRADE

Introdução: O estresse percebido é um importante indicador de vulnerabilidade psicossocial, associado à pior qualidade de vida e ao adoecimento físico e mental. Entre os determinantes sociais relacionados à saúde emocional, destaca-se a insegurança alimentar, condição associada à redução do bem-estar subjetivo e ao aumento de sintomas de estresse, ansiedade e depressão. Apesar da relevância do tema, ainda são escassos estudos que investigam essa relação no contexto da saúde do trabalhador. Assim, compreender a associação entre insegurança alimentar e estresse percebido pode subsidiar estratégias de promoção da saúde no ambiente institucional. **Objetivo:** Avaliar a associação entre estresse percebido e insegurança alimentar entre trabalhadores e estudantes de uma instituição pública de saúde no estado do Ceará. **Metodologia:** Estudo transversal realizado no âmbito do Programa Bem Viver, desenvolvido na Fundação Oswaldo Cruz Ceará. Foram analisados dados de 118 participantes, incluindo servidores, colaboradores e estudantes. O estresse percebido foi avaliado por meio da Perceived Stress Scale (PSS-14), enquanto a insegurança alimentar foi investigada utilizando instrumento validado para classificação das condições de acesso aos alimentos. Foram realizadas análises descritivas e comparativas entre os grupos, adotando-se nível de significância de 5%. **Resultados:** A média do escore de estresse percebido foi de 24,8 ± 8,7 pontos, com mediana de 24,5 (IIQ: 20,0–30,0). A prevalência de insegurança alimentar foi de 23,7%. Observou-se que as mulheres apresentaram níveis de estresse aproximadamente 14% superiores aos observados entre os homens ($p<0,05$). Participantes em situação de insegurança alimentar apresentaram níveis significativamente mais elevados de estresse percebido quando comparados aos indivíduos em segurança alimentar ($p<0,05$). **Conclusão:** Os resultados demonstram elevada frequência de estresse percebido entre os participantes e evidenciam associação significativa entre insegurança alimentar e sofrimento emocional. Os achados reforçam a importância de estratégias institucionais voltadas à promoção da saúde mental, à redução das vulnerabilidades sociais e ao fortalecimento das ações de saúde do trabalhador no âmbito do Sistema Único de Saúde, contribuindo para ambientes laborais mais saudáveis e equitativos.

Palavras-chave: **INSEGURANÇA ALIMENTAR; SAÚDE OCUPACIONAL; VULNERABILIDADE SOCIAL**

DOI: 10.51161/iv-conasus/83079

PERFIL ANTROPOMÉTRICO E INDICADORES DE RISCO CARDIOMETABÓLICO EM TRABALHADORES DE UMA INSTITUIÇÃO PÚBLICA DE SAÚDE

PALOMA RIBEIRO TORRES; FILIPE OLIVEIRA DE BRITO; FRANCISCO EGÍDIO PELÚCIO MARTINS FILHO; ALAIN BEZERRA DE OLIVEIRA; ADRIANA COSTA BACELO; HENRIQUE JORGE MAIA COSTA

Introdução: As doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs) constituem importante desafio para os sistemas de saúde. Indicadores antropométricos simples, como índice de massa corporal (IMC), circunferência da cintura e razão cintura-estatura (RCE), são ferramentas acessíveis para identificação precoce do risco cardiometabólico. No contexto da saúde do trabalhador, o monitoramento desses indicadores pode contribuir para o rastreamento de indivíduos mais vulneráveis ao desenvolvimento de doenças cardiovasculares, diabetes mellitus tipo 2 e outras alterações metabólicas. **Objetivo:** Caracterizar o perfil antropométrico e os principais indicadores de risco cardiometabólico de trabalhadores e estudantes de uma instituição pública de saúde. **Metodologia:** Estudo epidemiológico transversal realizado em uma instituição federal de saúde. Foram analisados dados de 157 participantes submetidos à avaliação antropométrica e exames laboratoriais. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Saúde Pública do Ceará (CAAE nº 77424923.6.0000.5037). As variáveis avaliadas incluíram idade, IMC, circunferência da cintura, RCE, glicemia de jejum, hemoglobina glicada e perfil lipídico. Os dados foram analisados por meio de estatística descritiva. **Resultados:** A idade média dos participantes foi de 36,6 anos. O IMC médio foi de 27,27 kg/m², indicando predominância de excesso de peso, enquanto a prevalência de obesidade atingiu 36,9%. A circunferência da cintura média foi de 85,4 cm e a RCE média de 0,512, valor superior ao ponto de corte de 0,50 utilizado para identificação de risco cardiometabólico. Os valores médios de LDL-colesterol, HDL-colesterol, glicemia de jejum e hemoglobina glicada foram de 96,5 mg/dL, 64,5 mg/dL, 85,6 mg/dL e 5,45%, respectivamente. Os achados evidenciam elevada frequência de excesso de peso e adiposidade central, importantes marcadores de risco para DCNTs. **Conclusão:** Os resultados demonstram importante carga de fatores de risco cardiometabólicos na população avaliada, destacando o potencial da antropometria como ferramenta de baixo custo para rastreamento precoce e vigilância em saúde. A incorporação sistemática desses indicadores em programas de saúde do trabalhador pode contribuir para o desenvolvimento de ações preventivas, redução do impacto das DCNTs e fortalecimento das ações de vigilância em saúde e promoção da saúde do trabalhador no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Palavras-chave: **ANTROPOMETRIA; SAÚDE OCUPACIONAL; VIGILANCIA EM SAÚDE**

DOI: 10.51161/iv-conasus/83080

O IMPACTO DA INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL NA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA NO SUS: UMA REVISÃO NARRATIVA

CAIO CORRÊA GOMES GUERRA BAPTISTA

Introdução: A vigilância epidemiológica é função estratégica do Sistema Único de Saúde (SUS), responsável pela detecção precoce, monitoramento e resposta a agravos de relevância coletiva. O crescente volume de dados em saúde e a pressão por respostas tempestivas a emergências sanitárias têm impulsionado a incorporação de ferramentas de inteligência artificial (IA) aos sistemas de vigilância, com potencial para qualificar a tomada de decisão, antecipar surtos e otimizar o uso de recursos públicos. Iniciativas recentes no país expressam esse movimento, como o Centro de Inteligência Epidemiológica do município do Rio de Janeiro e o Plano Brasileiro de Inteligência Artificial. **Objetivo:** Sintetizar evidências recentes sobre o uso da inteligência artificial na vigilância epidemiológica no âmbito do SUS, identificando aplicações consolidadas, lacunas e desafios para sua incorporação ética e equitativa. **Metodologia:** Revisão narrativa da literatura, com buscas nas bases SciELO, Biblioteca Virtual em Saúde e PubMed, contemplando publicações nacionais e internacionais entre 2019 e 2025, complementadas por documentos oficiais do Ministério da Saúde e por publicações de instituições brasileiras de pesquisa. Foram analisados estudos sobre modelagem preditiva, mineração de dados e integração de fontes aplicadas à vigilância de doenças transmissíveis. **Resultados:** A literatura evidencia aplicações com bom desempenho em previsão de surtos de dengue, monitoramento de síndromes respiratórias, detecção de eventos sentinela e integração de fontes heterogêneas. Algoritmos como ARIMA, XGBoost e redes neurais têm sido empregados em centros estaduais e municipais, com ganhos relatados em oportunidade e abrangência da informação. Persistem, contudo, desafios relacionados à qualidade e interoperabilidade dos dados, à infraestrutura tecnológica nos entes subnacionais, à governança algorítmica e à formação dos profissionais. **Conclusão:** A inteligência artificial constitui ferramenta promissora para fortalecer a inteligência epidemiológica no SUS, mas sua incorporação depende de investimento estruturante em dados, capacitação e regulação. Avançar nesse campo exige integração entre gestão, vigilância e pesquisa, sob perspectiva de equidade e proteção do interesse público.

Palavras-chave: **SAÚDE PÚBLICA; SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE; ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

DOI: 10.51161/iv-conasus/83089

ANÁLISE DA COBERTURA VACINAL EM CRIANÇAS MENORES DE UM ANO NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO: UM ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO DE 2019 A 2024

CAIO CORRÊA GOMES GUERRA BAPTISTA; BÁRBARA CRISTIAN CASANOVA FREIXO ALMEIDA

Introdução: A cobertura vacinal infantil é indicador-síntese da efetividade da Atenção Primária e do Programa Nacional de Imunizações (PNI). No Brasil, observa-se queda sustentada das coberturas a partir de meados da década de 2010, agravada pela pandemia de COVID-19, com consequente reemergência do risco de doenças imunopreveníveis. O estado do Rio de Janeiro figura entre as unidades federativas com maior desafio para alcançar as metas estabelecidas pelo Ministério da Saúde, sendo necessária a análise sistemática dos seus indicadores para subsidiar a gestão pública municipal e estadual. **Objetivo:** Analisar a evolução da cobertura vacinal em crianças menores de um ano residentes no estado do Rio de Janeiro, no período de 2019 a 2024, com foco nas vacinas do calendário básico de imunização infantil. **Metodologia:** Estudo epidemiológico descritivo, de abordagem quantitativa, baseado em dados secundários públicos do Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI) e do painel oficial de Cobertura Vacinal do Ministério da Saúde, no recorte territorial do estado do Rio de Janeiro. Foram analisadas as coberturas anuais (2019-2024) das vacinas BCG, Pentavalente, Poliomielite, Pneumocócica 10-valente, Rotavírus, Meningocócica C e Tríplice Viral (primeira dose), confrontadas com as metas do PNI. **Resultados:** Observou-se queda expressiva das coberturas no biênio 2020-2021, coincidente com a pandemia de COVID-19, com redução superior a vinte pontos percentuais para Poliomielite e Pentavalente. A primeira dose da Tríplice Viral atingiu seu menor patamar nesse período. A partir de 2022, identifica-se movimento de recuperação: na transição de 2022 para 2023, a Pentavalente subiu de 58,01% para 69,79% e a Poliomielite, de 58,1% para 70,72%; em 2024, doze das dezesseis vacinas do calendário registraram aumento, com a BCG alcançando 89,14%. Contudo, nenhuma das vacinas analisadas atingiu a meta de 95% estabelecida pelo PNI. **Conclusão:** O estado do Rio de Janeiro vivencia processo de recuperação parcial das coberturas vacinais, ainda insuficiente para garantir o controle das doenças imunopreveníveis. A consolidação dos ganhos depende do fortalecimento da Atenção Primária, da busca ativa de faltosos e do enfrentamento estruturado da hesitação vacinal.

Palavras-chave: **IMUNIZAÇÃO; SAÚDE INFANTIL; ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

DOI: 10.51161/iv-conasus/83092

JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE NO SUS: IMPACTOS SOBRE A GESTÃO E O FINANCIAMENTO PÚBLICO — UMA REVISÃO NARRATIVA

CAIO CORRÊA GOMES GUERRA BAPTISTA; BÁRBARA CRISTIAN CASANOVA FREIXO ALMEIDA

Introdução: A judicialização da saúde caracteriza-se pela crescente busca do Poder Judiciário para assegurar o acesso a bens e serviços de saúde no Brasil, tornando-se objeto central do debate sobre a sustentabilidade e a equidade do Sistema Único de Saúde (SUS). Embora se ampare no direito constitucional à saúde e cumpra função protetiva em situações concretas, sua expansão tem gerado tensões com a lógica do planejamento sanitário, com a alocação orçamentária e com a integralidade enquanto princípio coletivo, demandando análise crítica de seus efeitos sobre a gestão pública. **Objetivo:** Sintetizar evidências recentes sobre os impactos da judicialização na gestão e no financiamento do SUS, identificando padrões, consequências e estratégias institucionais de enfrentamento. **Metodologia:** Revisão narrativa da literatura, com buscas nas bases SciELO, Biblioteca Virtual em Saúde e PubMed, contemplando publicações entre 2019 e 2025. As buscas foram complementadas por dados oficiais do Conselho Nacional de Justiça, do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, da Advocacia-Geral da União e do Ministério da Saúde. Foram selecionados estudos que abordam impactos orçamentários, padrões de demanda, perfil dos itens pleiteados e estratégias de governança. **Resultados:** A literatura aponta crescimento contínuo das demandas judiciais por medicamentos, procedimentos e insumos, com forte concentração em terapias de alto custo. Estudos recentes indicam que a judicialização pode corresponder a parcela expressiva dos gastos estaduais com medicamentos, comprometendo a previsibilidade do financiamento e a equidade alocativa. Decisões individuais beneficiam contingentes restritos, mas absorvem volumes substanciais de recursos coletivos, fragilizando políticas estruturantes. Como respostas, destacam-se a constituição de Núcleos de Apoio Técnico ao Judiciário, o estímulo a soluções extrajudiciais e a articulação interfederativa para qualificação das listas de financiamento e da incorporação tecnológica. **Conclusão:** A judicialização permanece desafio estrutural ao SUS, simultaneamente expressão de garantias constitucionais e fator de pressão sobre a gestão. Seu enfrentamento exige integração entre os Poderes, fortalecimento dos mecanismos técnicos de mediação e qualificação das políticas públicas de incorporação e dispensação de tecnologias em saúde.

Palavras-chave: **ACESSO A MEDICAMENTOS; DIREITO SANITÁRIO; EQUIDADE**

DOI: 10.51161/iv-conasus/83093

INSULINOTERAPIA NO SISTEMA PRISIONAL DO TOCANTINS: LACUNAS NA IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS, BARREIRAS CLÍNICO-ASSISTENCIAIS E IMPLICAÇÕES PARA A SAÚDE DE PESSOAS PRIVADAS DE LIBERDADE

ANDRÉ CORDEIRO TELES[1]; CLAUDEILDA DE MORAES LUNA [2]; CAMILA HELENA DA SILVA BARROS[3]; JAQUELINE CIBENE MOREIRA BORGES[4]; FABIO PEGORARO[5]; SAMARA TATIELLE MONTEIRO GOMES[6]

[1] Universidade de Gurupi – UnirG, Gurupi, Tocantins.
E-mail (autor principal): andretelesto@gmail.com
[2] Universidade de Gurupi – UnirG, Gurupi, Tocantins
[3] Universidade de Gurupi – UnirG, Gurupi, Tocantins
[4] Universidade de Gurupi – UnirG, Gurupi, Tocantins
[5] Universidade de Gurupi – UnirG, Gurupi, Tocantins
[6] Universidade de Gurupi – UnirG, Gurupi, Tocantins

Eixo Temático: Assistência farmacêutica no SUS.
Tipo de estudo: Revisão Integrativa.

RESUMO

O diabetes mellitus (DM) é uma das principais doenças crônicas não transmissíveis de relevância epidemiológica no contexto prisional, cujo manejo adequado exige insulinoterapia contínua, monitoramento glicêmico sistemático e assistência farmacêutica estruturada. A população carcerária brasileira, estimada em mais de 830.000 indivíduos, apresenta prevalência de DM de 2,5%, com expressiva subnotificação decorrente de falhas no rastreamento e na atenção à saúde nas unidades penais. O presente estudo, de natureza qualitativa e delineamento exploratório-descritivo, foi conduzido por revisão integrativa da literatura (2016 - 2026) nas bases SciELO, BVS/BIREME, PubMed/MEDLINE, Scopus, Lilacs e CIADS/Fiocruz, complementada por análise documental de instrumentos normativos federais e documentos institucionais da Secretaria de Estado da Saúde do Tocantins (SES-TO). O objetivo foi analisar criticamente as políticas públicas e os protocolos clínicos voltados ao uso de insulina na população carcerária tocantinense, identificando lacunas normativas, barreiras operacionais e implicações para a saúde pública. A análise revelou ausência de protocolos estaduais específicos para insulinoterapia em ambiente prisional, déficits de infraestrutura, incluindo inadequação da cadeia fria para medicamentos termolábeis, insuficiência de farmacêuticos clínicos nas Equipes de Atenção Primária Prisional (eAPP) e fragilidade nos sistemas de registro clínico, com ausência de prontuário eletrônico integrado ao e-SUS nas unidades penais. Os resultados dialogam com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS 3, 10, 16 e 17) da Agenda 2030 da ONU. Conclui-se que a distância entre as diretrizes nacionais, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade (PNAISP) e o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para DM Tipo 2 atualizado (Portaria SCTIE/MS nº 13/2026), e a prática assistencial tocantinense configura violação ao direito constitucional à saúde, previsto no Art. 196 da Constituição Federal de 1988.

DOI: 10.51161/iv-conasus/83106

Palavras-chave: Assistência Farmacêutica; Diabetes Mellitus; Encarceramento

1 INTRODUÇÃO

A transição epidemiológica das últimas décadas resultou em aumento progressivo das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), entre as quais o diabetes mellitus (DM) ocupa posição de destaque, afetando aproximadamente 16,8 milhões de adultos no Brasil (IDF, 2021). Em ambientes de alta vulnerabilidade social, como o sistema prisional, as condições estruturalmente desfavoráveis impõem barreiras adicionais ao acesso a tratamentos como a insulinoterapia, comprometendo o direito fundamental à saúde. O encarceramento pode contribuir para o desenvolvimento e agravamento de resistência insulínica em função de alterações no padrão de atividade física, dieta hipercalórica e estados inflamatórios crônicos (BINSWANGER et al., 2009; RICH et al., 2011).

A população carcerária brasileira, estimada em mais de 830.000 indivíduos segundo o Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias (INFOPEN, 2022), constitui grupo de especial vulnerabilidade epidemiológica. Estudos nacionais documentam prevalência de DM de 2,5% na população privada de liberdade, com indicação de subnotificação significativa, 41,6% dos detentos nunca haviam sido atendidos por equipe de saúde na unidade prisional (SOUZA et al., 2022). Revisões de literatura apontam que a atenção à saúde de pessoas com doenças crônicas no sistema prisional brasileiro é estruturalmente insuficiente, com déficits que se repetem entre os estados da federação (FONSECA et al., 2021; LEAL et al., 2025).

No plano normativo, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), instituída pela Portaria Interministerial nº 1/2014, estabelece a integração das ações de saúde prisional ao Sistema Único de Saúde (SUS), com organização das Equipes de Atenção Primária Prisional (eAPP), equipes multiprofissionais responsáveis pela atenção à saúde nas unidades penais. Em fevereiro de 2026, o Ministério da Saúde publicou a Portaria SCTIE/MS nº 13/2026, que atualiza o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) para o Diabetes Mellitus Tipo 2, incorporando o Teste Oral de Tolerância à Glicose de 1 hora (TTGO-1h), com ponto de corte diagnóstico igual ou superior a 209 mg/dL, e atualizando metas glicêmicas por perfil clínico (BRASIL, 2026).

Do ponto de vista global, a saúde da população carcerária está diretamente vinculada à Agenda 2030 da ONU, especialmente ao ODS 3 (Saúde e Bem-Estar), meta 3.4, redução da mortalidade prematura por DCNT, e meta 3.8, cobertura universal de saúde e acesso a medicamentos essenciais, e ao ODS 16 (Paz, Justiça e Instituições Eficazes), cujas metas são frontalmente desafiadas pelas lacunas identificadas no sistema prisional tocantinense (ONU, 2015; STARFIELD, 2002).

Este estudo tem como objetivo analisar criticamente as políticas públicas e os protocolos clínicos voltados ao uso de insulina na população carcerária do estado do Tocantins, identificando lacunas normativas, barreiras operacionais e implicações para a saúde pública e os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável da Agenda 2030.

2 METODOLOGIA

Trata-se de estudo qualitativo, com delineamento exploratório-descritivo, fundamentado em revisão integrativa da literatura (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008) e análise documental (BARDIN, 2011). A revisão foi conduzida entre março e junho de 2026, nas bases: SciELO, BVS/BIREME, PubMed/MEDLINE, Scopus, Lilacs, CIADS/Fiocruz, eClinicalMedicine (The Lancet), Diabetes Care (ADA) e Portal Gov.br/CONITEC.

Os descritores controlados (DeCS/MeSH) foram: 'diabetes mellitus', 'insulinoterapia', 'sistema prisional', 'saúde pública', 'assistência farmacêutica', 'pessoas privadas de liberdade', combinados com equivalentes em inglês e espanhol pelos operadores booleanos AND e OR. O período de publicação abrangeu janeiro de 2016 a junho de 2026. Foram incluídos artigos originais, revisões sistemáticas ou integrativas e normativas governamentais em português, inglês ou espanhol. Excluíram-se estudos duplicados, publicações sem revisão por pares (exceto documentos técnicos oficiais) e trabalhos sem relação com o objeto de estudo.

2.1 Procedimentos da Análise Documental

A análise documental, realizada entre março e junho de 2026, contemplou instrumentos normativos federais e documentos institucionais estaduais do Tocantins, acessados por meio do Portal Gov.br, do sítio oficial da Secretaria de Estado da Saúde do Tocantins (SES-TO) e do Sistema de Legislação do Ministério da Saúde (SCTIE). Foram incluídos: (1) a PNAISP (Portaria Interministerial nº 1/2014); (2) os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas para DM Tipo 1 e Tipo 2, incluindo a versão atualizada de 2026 (Portaria SCTIE/MS nº 13/2026); (3) as Notas Técnicas e relatórios da Área Técnica de Saúde Prisional da SES-TO (2023); (4) dados epidemiológicos do INFOPEN/DEPEN (2022); e (5) a Nota Informativa sobre o fluxo de insulinas no sistema prisional do Distrito Federal (2023), utilizada como parâmetro comparativo ante a ausência de documento equivalente no Tocantins.

O critério de inclusão documental foi: instrumentos publicados entre 2014 e 2026, de origem federal ou estadual, com relação direta à assistência à saúde no sistema prisional ou à insulinoterapia no SUS. O critério de exclusão documental foi: documentos desatualizados formalmente revogados por normativas posteriores. O material foi submetido à análise de conteúdo temática (BARDIN, 2011), resultando em cinco categorias analíticas: infraestrutura para insulinoterapia; adesão a protocolos clínicos; gestão e assistência farmacêutica; capacitação de equipes multiprofissionais; e articulação institucional e metas ODS.

2.2 Percurso de Seleção dos Estudos (PRISMA Adaptado)

O percurso de seleção da revisão integrativa está detalhado na Tabela 1, no formato adaptado das diretrizes PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses), com o quantitativo identificado em cada base, registros excluídos por duplicidade ou inelegibilidade, e o corpus final selecionado.

Tabela 1 - Percurso de seleção dos estudos (PRISMA adaptado)

Base de Dados	**Identificados**	**Duplicatas Removidas**	**Excluídos (inelegíveis)**	**Incluídos**
SciELO	11	2	4	5
BVS/BIREME	8	1	3	4
PubMed/MEDLINE	12	2	5	5
Scopus	7	1	4	2
Lilacs	5	1	3	1
CIADS/Fiocruz	3	0	1	2
eClinicalMedicine	2	0	0	1

DOI: 10.51161/iv-conasus/83106

Diabetes Care (ADA)	2	0	1	1
CONITEC/Gov.br*	3	0	2	1
TOTAL	**53**	**7**	**23**	**21**

Fonte: Elaborado pelo autor (2026). *Documentos técnicos e normativos oficiais.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 Revisão Bibliográfica: síntese dos achados (2016-2026)

Ferreira et al. (2017), publicado nos Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário (Fiocruz), identificou baixo conhecimento sobre a doença, ausência de educação em saúde estruturada e declaração do sistema prisional como 'não preparado para lidar com as condições especiais necessárias dos prisioneiros com diabetes mellitus' (DOI: 10.17566/ciads.v6i4.411). Carvalho et al. (2020), na Ciência & Saúde Coletiva (SciELO), investigaram a dispensação de medicamentos em sete penitenciárias e identificaram inexistência de farmácias estruturadas, não cumprimento da presença do farmacêutico e falhas no armazenamento de medicamentos termolábeis (DOI: 10.1590/1413-81232020257.19822018). Fonseca et al. (2021) demonstraram que a adesão ao protocolo de insulina de ação prolongada no SUS é comprometida por barreiras institucionais comparáveis às encontradas no sistema prisional (DOI: 10.1590/1413-81232021266.14042020).

Souza et al. (2022), em estudo transversal indexado no PubMed, encontraram prevalência de DM de 2,5%, com 41,6% dos detentos nunca atendidos por equipe de saúde (DOI: 10.1590/1413-812320222711.07392022). Paula Júnior et al. (2025) registraram prevalência de 0,49% em unidade prisional brasileira, atribuindo o valor subestimado à ausência de rastreamento sistemático (DOI: 10.56238/arev7n6-067). Revisão recente publicada na Revista PhD por Leal et al. (2025) identificou que DM, hipertensão e doenças infectocontagiosas compõem o perfil patológico predominante nos presídios, agravado pela ausência de triagem na admissão dos detentos (DOI: 10.5281/zenodo.15368193).

Em âmbito internacional, a revisão de escopo de Kaur et al. (2023), publicada na eClinicalMedicine (The Lancet), analisou 40 estudos e demonstrou que intervenções estruturadas, protocolos, educação em saúde e presença de farmacêuticos, estão associadas a melhores desfechos clínicos (DOI: 10.1016/j.eclinm.2022.101754). A declaração da ADA para unidades de detenção (LORBER et al., 2024), publicada na Diabetes Care, estabelece as melhores práticas internacionais: triagem na admissão, continuidade durante transferências e alta, acesso ininterrupto à insulina e capacitação das equipes (DOI: 10.2337/dci24-0015). Grunvald et al. (2022) evidenciaram que o controle da HbA1c melhora durante o encarceramento quando há estrutura de suporte, mas piora após a soltura pela ruptura na continuidade do cuidado, conforme princípio já discutido por Starfield (2002) ao definir a longitudinalidade como pilar da atenção primária à saúde (DOI: 10.1089/jchc.21.09.0096).

3.2 Lacunas Documentadas no Sistema Prisional do Tocantins

A análise documental da Área Técnica de Saúde Prisional da SES-TO (2023) e dos relatórios do INFOPEN (2022) revelou que o estado do Tocantins dispõe de 24 unidades penais em funcionamento, das quais apenas as de maior porte, como o Centro de Atenção ao Detento (CAD), em Palmas, contam com enfermaria estruturada e equipe de saúde prisional regularmente composta. As demais unidades, especialmente as de municípios do interior, dependem de atendimento eventual por profissionais da rede municipal de saúde, sem

continuidade assistencial garantida. Esse modelo fragmentado contraria a lógica das eAPP preconizada pela PNAISP (BRASIL, 2014).

Em relação à infraestrutura para insulinoterapia, a análise da Nota Técnica da SES-TO (2023) não identificou qualquer referência a protocolos de controle de temperatura de medicamentos termolábeis nas unidades penais. A insulina NPH, disponibilizada pelo SUS, requer armazenamento entre 2°C e 8°C (BRASIL, 2026); a ausência de geladeiras exclusivas para medicamentos nas unidades menores expõe o fármaco à degradação proteica, comprometendo sua bioatividade e o controle glicêmico do paciente. Carvalho et al. (2020) documentaram falha idêntica no sistema prisional paraibano, sinalizando que trata-se de uma vulnerabilidade nacional, não exclusiva do Tocantins.

Quanto à assistência farmacêutica, a SES-TO (2023) não registra a presença de farmacêuticos clínicos nas eAPP das unidades penais tocantinenses, exceto em projetos pontuais de residência multiprofissional vinculados a instituições de ensino superior. Esse déficit compromete o controle de estoque, a farmacovigilância da insulina e a prevenção de erros de medicação, responsabilidades que, na ausência do farmacêutico, recaem sobre enfermeiros e técnicos de enfermagem não habilitados para essa função regulatória (MENDES; SOUZA, 2019; Res. CFF nº 585/2013). A ausência de prontuário eletrônico integrado ao e-SUS nas unidades prisionais tocantinenses, confirmada pelos documentos da SES-TO, inviabiliza o monitoramento longitudinal dos detentos com DM e a articulação com a rede de atenção especializada.

Por fim, não foi identificado, até junho de 2026, qualquer portaria ou instrução normativa estadual do Tocantins que adapte as diretrizes do PCDT 2026 ao contexto das unidades penais. Essa lacuna é agravada pela inexistência de protocolo de manejo da hipoglicemia em ambiente prisional, situação de risco que requer resposta clínica imediata e que pode ser fatal se não tratada adequadamente evidência do risco real imposto pela ausência de regulamentação local.

3.3 Interface com os ODS 2030

Os achados deste estudo comprometem diretamente quatro ODS da Agenda 2030. O ODS 3 é violado em sua meta 3.4, redução em um terço da mortalidade prematura por DCNT, pelo controle inadequado do DM, que aumenta o risco de complicações cardiovasculares, renais e neurológicas; e em sua meta 3.8, cobertura universal de saúde e acesso a medicamentos essenciais, pela ausência de insulina, insumos e farmacêuticos nas unidades prisionais. O ODS 10 (Redução das Desigualdades) é afetado pela exclusão sistemática da população encarcerada do acesso a cuidados de saúde de qualidade. O ODS 16 (Paz, Justiça e Instituições Eficazes) é comprometido pela violação do direito constitucional à saúde no cárcere (Art. 196, CF/1988). O ODS 17 demanda articulação efetiva entre as secretarias de saúde e justiça para efetivação da PNAISP. Com o horizonte de 2030, o Tocantins tem prazo definido para implementar ações corretivas.

4 CONCLUSÃO

A análise das políticas públicas e dos protocolos voltados ao uso de insulina na população carcerária do Tocantins evidencia um cenário de desafios estruturais, operacionais e institucionais. A recente atualização do PCDT para DM Tipo 2 (Portaria SCTIE/MS nº 13/2026) torna ainda mais urgente a criação de protocolos estaduais que acompanhem a evolução normativa no contexto prisional tocantinense. A análise documental demonstrou que as lacunas identificadas ausência de cadeia fria adequada, escassez de farmacêuticos nas eAPP, inexistência de protocolo estadual específico e déficit de prontuários eletrônicos, não são

hipotéticas, mas documentalmente comprovadas nos instrumentos institucionais da SES-TO e do DEPEN.

A distância entre as diretrizes da PNAISP e dos PCDT e a prática assistencial nas unidades penais configura violação ao Art. 196 da CF/1988 e ao compromisso do Brasil com os ODS 3, 10, 16 e 17 da Agenda 2030. Recomenda-se: (1) elaboração de protocolo estadual específico para insulinoterapia em ambientes prisionais, alinhado ao PCDT 2026; (2) inclusão obrigatória do farmacêutico clínico nas eAPP, formalizada em normativa estadual (Res. CFF nº 585/2013); (3) implementação do e-SUS/PEC em todas as unidades com equipe de saúde ativa; (4) capacitação interprofissional continuada em insulinoterapia, emergências glicêmicas e cadeia fria de medicamentos termolábeis; (5) plano estadual de metas ODS para saúde prisional com avaliação bienal até 2030; e (6) fomento à pesquisa epidemiológica sobre prevalência e controle do DM na população carcerária tocantinense.

Assegurar o acesso à insulinoterapia segura e contínua no sistema prisional não é apenas uma demanda técnica ou administrativa, é um imperativo ético, legal e um compromisso inadiável com o desenvolvimento sustentável e com a dignidade humana.

REFERÊNCIAS

BARDIN, L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70, 2011.

BINSWANGER, I. A. et al. Prevalence of chronic medical conditions among jail and prison inmates in the USA compared with the general population. Journal of Epidemiology & Community Health, v. 63, n. 11, p. 912-919, 2009. DOI: 10.1136/jech.2009.090662.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP). Portaria Interministerial nº 1, de 2 jan. 2014. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_integral_saude_pessoa_liberdade.pdf. Acesso em: 17 jun. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Diabete Melito Tipo 2. Portaria SCTIE/MS nº 13, de 21 fev. 2026. Brasília: Ministério da Saúde, 2026. Disponível em: https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/protocolos/2026/pcdt-diabete-melito-tipo-2. Acesso em: 17 jun. 2026.

CARVALHO, M. C. de et al. Dispensação de medicamentos no sistema prisional: garantia de assistência farmacêutica? Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 25, n. 7, p. 2727-2736, 2020. DOI: 10.1590/1413-81232020257.19822018.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA (CFF). Resolução CFF nº 585, de 29 de agosto de 2013. Define as atribuições clínicas do farmacêutico e dá outras providências. Brasília: CFF, 2013. Disponível em: https://www.cff.org.br/userfiles/file/resolucoes/585.pdf. Acesso em: 17 jun. 2026.

FERREIRA, A. A. et al. Os sentidos de viver com diabetes mellitus na carceragem: relatos de prisioneiros no Complexo Penitenciário da Papuda, Brasília-DF. Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário, Brasília, v. 6, n. 4, p. 38-52, 2017. DOI: 10.17566/ciads.v6i4.411.

FONSECA, M. A. et al. Insulina de ação prolongada no sistema público de saúde: análise da adesão ao protocolo clínico. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 26, n. 6, p. 2301-2310, 2021. DOI: 10.1590/1413-81232021266.14042020.

GRUNVALD, E. et al. A missing piece of diabetes management: a correctional health perspective. Journal of Correctional Health Care, v. 28, n. 4, p. 246-252, 2022. DOI: 10.1089/jchc.21.09.0096.

IDF - INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION. IDF Diabetes Atlas. 10. ed. Brussels: IDF, 2021. Disponível em: https://diabetesatlas.org. Acesso em: 17 jun. 2026.

INFOPEN. Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias. Brasília: Ministério da Justiça e Segurança Pública/Departamento Penitenciário Nacional, 2022. Disponível em: https://dados.mj.gov.br/dataset/infopen-levantamento-nacional-de-informacoes-penitenciarias. Acesso em: 17 jun. 2026.

KAUR, K. et al. Diabetes in the context of incarceration: a scoping review. eClinicalMedicine (The Lancet), v. 55, art. 101754, 2023. DOI: 10.1016/j.eclinm.2022.101754.

LEAL, J. et al. Saúde no presídio: uma análise acerca da saúde das pessoas privadas de liberdade do sexo masculino. Revista PhD, v. 5, n. 5, p. 45-58, 2025. DOI: 10.5281/zenodo.15368193.

LORBER, D. L. et al. Diabetes management in detention facilities: a statement of the American Diabetes Association. Diabetes Care, v. 47, n. 4, p. 544-555, 2024. DOI: 10.2337/dci24-0015.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto & Contexto Enfermagem, v. 17, n. 4, p. 758-764, 2008. DOI: 10.1590/S0104-07072008000400018.

MENDES, L. F.; SOUZA, D. C. A inserção do profissional farmacêutico no sistema prisional brasileiro. Tempus - Actas de Saúde Coletiva, Brasília, v. 12, n. 4, p. 153-167, 2019.

ONU - ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Transformando Nosso Mundo: a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável. Nova York: ONU, 2015.

PAULA JÚNIOR, A. M. et al. Prevalência de doenças crônicas não transmissíveis entre pessoas privadas de liberdade. Revista Aracê, São José dos Pinhais, v. 7, n. 6, p. 30535-30548, 2025. DOI: 10.56238/arev7n6-067.

RICH, J. D. et al. The health of people who cycle through the criminal justice system. Public Health Reports, v. 126, suppl. 3, p. 1-5, 2011. DOI: 10.1177/00333549111260S301.

SANTOS, J. R. dos et al. Diabetes mellitus: uma análise epidemiológica entre penitenciários de Paraíso do Tocantins-TO. Revista Formação Técnica, Palmas, v. 5, n. 2, p. 45-55, 2022.

SOUZA, D. O. et al. Prevalência de doenças crônicas não transmissíveis no sistema prisional: um desafio para a saúde pública. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 27, n. 11, p. 4227-4236, 2022. DOI: 10.1590/1413-812320222711.07392022.

STARFIELD, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO/MS, 2002.

TOCANTINS. Secretaria de Estado da Saúde. Área Técnica de Saúde Prisional do Tocantins. Palmas: Governo do Estado do Tocantins, 2023.

EDUCAÇÃO EM SAÚDE: PROMOÇÃO DO DIÁLOGO SOBRE SEXUALIDADE EM UMA UNIDADE DE INTERNAÇÃO EM SAÚDE MENTAL – RELATO DE EXPERIÊNCIA

MIGUEL DE OLIVEIRA PEREIRA; AMANDA CALIJURIO

Introdução: A sexualidade constitui dimensão fundamental da experiência humana, porém permanece frequentemente invisibilizada na assistência em saúde mental. Além do estigma associado ao sofrimento psíquico, muitos pacientes vivenciam vulnerabilidades sociais, relações sexuais desprotegidas e dificuldades de acesso à informação, tornando necessária a criação de espaços seguros para diálogo e promoção do autocuidado. **Objetivo:** Relatar a experiência de ações interprofissionais de educação em saúde (ES) voltadas à abordagem da sexualidade e do autocuidado em pacientes internados em uma unidade psiquiátrica, a fim de posicionar o paciente no centro do processo terapêutico. **Relato de experiência:** Foram realizados encontros grupais conduzidos por residentes de Enfermagem, Fisioterapia e Nutrição em uma unidade de internação em saúde mental, com abordagem dialógica. As temáticas foram definidas a partir de demandas observadas pela equipe e dúvidas dos pacientes incluindo temas relacionados à alimentação, consumo de cafeína, atividade física, higiene íntima, saúde sexual e reprodutiva, prevenção de infecções sexualmente transmissíveis (IST's). Com base nas requisições, foram elaborados materiais didáticos para as ações de Educação em Saúde, adaptados às especificidades dos públicos feminino e masculino, considerando as diferentes experiências, dúvidas e vulnerabilidades. No grupo feminino, apesar do constrangimento inicial, observou-se progressiva abertura para discutir higiene íntima, hábitos cotidianos e dúvidas antes restritas ao atendimento individual. No masculino, houve participação ativa, além de significativo interesse e compartilhamento de experiências. Identificou-se que muitos usuários carregavam dúvidas e angústias, frequentemente silenciadas pelo medo do julgamento e estigma que permeia a saúde mental. Nesse contexto, a Educação em Saúde surgiu como estratégia de promoção da autonomia, redução de danos e fortalecimento do vínculo terapêutico, reafirmando a sexualidade como dimensão legítima da existência humana e do cuidado integral em saúde: "*Eu não estou morta, eu ainda sinto tesão, e muito!*" (P1). **Conclusão:** Destaca-se o potencial da Educação em Saúde ao criar espaços seguros de diálogo, promover escuta qualificada, acolhimento às demandas psicossociais e protagonismo dos usuários no cuidado e na compreensão do adoecimento. A experiência evidenciou que o cuidado integral constrói-se no reconhecimento da subjetividade para além dos sintomas psiquiátricos

Palavras-chave: **EDUCAÇÃO EM SAÚDE; SAÚDE MENT; SAÚDE SEXUAL**

DOI: 10.51161/iv-conasus/83109

ASSOCIAÇÃO DE HEDP E IRRIGAÇÃO ULTRASSÔNICA PASSIVA NA DESINFECÇÃO DE CANAIS RADICULARES: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

KAWAINY AYUMI FUJII; KAILAINE DOS SANTOS MACHADO; IEDA CARLA CANDIDO; JULIO CESAR VAZ TOSTES FILHO

Introdução: O sucesso do tratamento endodôntico está diretamente relacionado à desinfecção eficaz do sistema de canais radiculares, especialmente na região apical, onde a complexidade anatômica dificulta a completa remoção de microrganismos e resíduos. **Objetivo:** Avaliar, por meio de uma revisão integrativa da literatura, a efetividade do ácido etidrônico (HEDP) associado à irrigação ultrassônica passiva (PUI) na limpeza do sistema de canais radiculares, em comparação aos protocolos convencionais de irrigação. **Metodologia:** Realizou-se um levantamento bibliográfico nas bases de dados PubMed, SciELO e Google Acadêmico, utilizando descritores em português e inglês, com recorte temporal entre 2021 e 2026. **Resultados:** Os estudos analisados demonstraram que a associação entre HEDP e hipoclorito de sódio (NaOCl) promove quelação contínua e estável, permitindo a remoção simultânea de componentes orgânicos e inorgânicos durante o preparo químico-mecânico. Além disso, a ativação da solução por irrigação ultrassônica passiva potencializa sua penetração em áreas de anatomia complexa, favorecendo a limpeza de istmos, ramificações e irregularidades do sistema de canais radiculares por meio de fenômenos físicos como cavitação e microcorrentes acústicas. Observou-se também maior eficácia na redução de biofilmes persistentes, incluindo Enterococcus faecalis, quando comparado aos protocolos convencionais baseados em EDTA. **Conclusão:** A associação entre NaOCl, HEDP e PUI configura uma estratégia promissora para otimizar a desinfecção radicular, reduzir o tempo clínico e minimizar a erosão dentinária, especialmente em regiões de difícil acesso. Entretanto, os achados provenientes de estudos laboratoriais devem ser interpretados com cautela, uma vez que sua aplicabilidade clínica ainda requer validação por meio de estudos clínicos controlados.

Palavras-chave: **ÁCIDO ETIDRÔNICO; IRRIGAÇÃO ULTRASSÔNICA PASSIVA; LIMPEZA DE CANAL RADICULAR**

DOI: 10.51161/iv-conasus/83113

TRANSIÇÃO DA INSULINA NPH PARA A GLARGINA NA REDE MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA DE GURUPI-TO: RELATO DE EXPERIÊNCIA DE UM MUNICÍPIO POLO DO INTERIOR DO TOCANTINS

ANDRÉ CORDEIRO TELES[1]; JAQUELINE CIBENE MOREIRA BORGES[2;]
[1] Universidade de Gurupi – UnirG, Gurupi, Tocantins.
E-mail (autor principal): andretelesto@gmail.com
[2] Universidade de Gurupi – UnirG, Gurupi, Tocantins

Eixo Temático: Tecnologias em Saúde e Inovações no SUS;
Tipo de estudo: Relato de Experiência.

RESUMO

A transição da insulina humana NPH para a insulina glargina no Sistema Único de Saúde representa uma mudança tecnológica e organizacional relevante para a assistência farmacêutica municipal. Em 2026, o Ministério da Saúde iniciou uma implantação gradual dessa estratégia, com diretrizes específicas para o projeto-piloto e posterior ampliação progressiva em território nacional. No município de Gurupi-TO, as ações até o momento concentraram-se na preparação da rede para a futura coleta de medicamentos, com capacitação das equipes, revisão de fluxos assistenciais e organização logística das unidades de dispensação. Este trabalho tem como objetivo relatar essa experiência em andamento, destacando medidas já realizadas, desafios operacionais e condições necessárias para a implantação segura da glargina quando houver disponibilidade adequada. Trata-se de um relato de experiência descritivo, elaborado com base em registros institucionais da Secretaria Municipal de Saúde, documentos técnicos do Ministério da Saúde e observações do processo de trabalho na rede municipal. Conclui-se, de forma preliminar, que a rede de Gurupi apresenta condições operacionais para absorver a nova tecnologia, embora a dispensação efetiva ainda não tenha ocorrido neste primeiro semestre.

Palavras-chave: assistência farmacêutica; insulina glargina; diabetes mellitus.

1 INTRODUÇÃO

A incorporação de novas tecnologias em saúde ao Sistema Único de Saúde (SUS) é um processo que ultrapassa a decisão técnica sobre o medicamento a ser adotado: ela envolve a preparação dos serviços, a qualificação das equipes e a reorganização dos fluxos assistenciais para que a inovação chegue ao usuário com segurança e efetividade (FIOCRUZ/CDTS, 2024). No campo da insulinoterapia basal, a transição da insulina humana NPH para o análogo de longa ação glargina representa mudança tecnológica de impacto direto sobre a rotina dos serviços de assistência farmacêutica, dos profissionais de saúde e dos pacientes diabéticos insulinodependentes (BAZZANO et al., 2008; WARREN et al., 2004).

DOI: 10.51161/iv-conasus/83115

Em 2024, a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (Conitec) recomendou a incorporação da insulina glargina 100 UI/mL para grupos prioritários, com base em análise de evidências clínicas, impacto orçamentário de R$ 431,5 milhões em cinco anos e viabilidade via Parceria para o Desenvolvimento Produtivo (PDP) (BRASIL, 2024). Em fevereiro de 2026, o Ministério da Saúde iniciou a transição gradual da NPH para a glargina em projeto-piloto com expansão nacional progressiva, priorizando crianças, adolescentes e idosos acima de 80 anos (BRASIL, 2026a). Essa decisão chegou aos municípios como uma demanda concreta e urgente de reorganização da assistência.

Gurupi, terceiro maior município do Tocantins e polo regional de saúde para o sul do estado, conta com rede municipal estruturada de dispensação de insulina, composta por oito farmácias públicas abastecidas pela Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF): a Farmácia Central e as farmácias das UBS Sol Nascente, Pedroso, Sevilha, Vila Íris, Campo Bello, UBS Vila Nova e a Farmácia Escola da UBS Nova Fronteira, em parceria com o Curso de Farmácia da Universidade de Gurupi-UnirG (GURUPI, 2022; GURUPI, 2025a). Em 2022, o município já contava com 2.403 pacientes diabéticos cadastrados para retirada de insulina na rede pública (GURUPI, 2022).

No município de Gurupi-TO, a rede de assistência farmacêutica já possui estrutura descentralizada de dispensação e fluxo centralizado de abastecimento, o que favorece a organização de novas etapas assistenciais. Contudo, considerando que o medicamento ainda não será recebido neste primeiro semestre, o momento atual é de preparação institucional, e não de conclusão de implantação. Diante disso, este artigo tem como objetivo descrever a experiência do município na construção das condições para a futura transição da NPH para a glargina, evidenciando ações preparatórias, desafios e perspectivas.

2 METODOLOGIA

Trata-se de relato de experiência descritivo com abordagem qualitativa, construído a partir da vivência do Departamento de Assistência Farmacêutica do município de Gurupi-TO no período de janeiro a junho de 2026. A descrição foi organizada com base em registros institucionais da Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS), documentos técnicos do Ministério da Saúde e revisão bibliográfica sobre incorporação de tecnologias em saúde, assistência farmacêutica e insulinoterapia basal. A análise foi estruturada em três eixos sequenciais que refletem a cronologia da experiência: (1) contexto e organização prévia da rede municipal; (2) capacitação das equipes como etapa preparatória; e (3) perspectivas para o envio da glargina e início da transição na rede. Por se tratar de descrição institucional de processo de trabalho sem identificação individual de pacientes, o relato dispensa submissão a Comitê de Ética.

3 RELATO DE EXPERIÊNCIA E DISCUSSÃO

3.1 O contexto municipal: uma rede preparada para receber a inovação

O município de Gurupi organizou, ao longo dos anos anteriores, uma rede de assistência farmacêutica descentralizada que criou as condições institucionais necessárias para absorver a chegada da glargina com menor impacto disruptivo. A Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF) é responsável pelo recebimento de todos os medicamentos oriundos da Secretaria Estadual de Saúde do Tocantins (SES-TO) e do Ministério da Saúde, pelo controle de estoque e pela distribuição programada para os oito pontos de dispensação do município (GURUPI, 2025a). Esse fluxo centralizado na CAF garante rastreabilidade dos lotes, controle de validade e cadeia de frio, aspectos especialmente críticos no gerenciamento das insulinas.

DOI: 10.51161/iv-conasus/83115

Segundo a Portaria GAB/SEMUS n.º 0114/2023, os usuários são orientados a retirar os medicamentos preferencialmente na farmácia mais próxima de sua residência, modelo que fortalece o vínculo terapêutico e facilita o acompanhamento das equipes de saúde da família (GURUPI, 2025a).

3.2 A capacitação como etapa central da preparação para a transição

Nesta primeira etapa, a Coordenadora da Assistência Farmacêutica da SEMUS participou do curso de capacitação destinado aos profissionais de saúde envolvidos na dispensação e no acompanhamento de pacientes insulinodependentes na rede municipal realizado em Palmas. A iniciativa foi motivada pelo contexto nacional de transição anunciado pelo Ministério da Saúde e pela necessidade de preparar as equipes antes da chegada física do medicamento às farmácias, seguindo o princípio de que a incorporação tecnológica no SUS precede o produto e começa pelo conhecimento das equipes.

O curso abordou as principais diferenças farmacológicas entre a insulina NPH e a glargina: enquanto a NPH apresenta pico de ação entre 4 e 8 horas e duração de 12 a 18 horas, exigindo frequentemente duas aplicações diárias, a glargina possui perfil de liberação sustentada de até 24 horas, sem pico pronunciado, administrada em dose única diária (WARREN et al., 2004; BAZZANO et al., 2008). Foram trabalhados, ainda, os critérios do protocolo de conversão posológica do Ministério da Saúde: relação 1:1 para pacientes em uso de NPH uma vez ao dia e redução de 20 a 30% da dose total para pacientes em uso de NPH duas vezes ao dia, com ajuste individualizado a cada três dias com base na glicemia de jejum (BRASIL, 2026b).

A capacitação incluiu também orientações práticas sobre o uso das canetas reutilizáveis novo dispositivo de administração da glargina, diferente dos frascos-ampola utilizados com a NPH, sobre as condições corretas de armazenamento domiciliar: enquanto o frasco fechado deve ser mantido sob refrigeração entre 2°C e 8°C, a caneta em uso pode ser conservada à temperatura ambiente de até 30°C por 28 dias, informação essencial para evitar perda do medicamento por armazenamento inadequado (FRITSCHE; SCHWEITZER; HÄRING, 2003). O treinamento abrangeu também os sinais e sintomas de hipoglicemia a serem monitorados no período de transição, especialmente em idosos acima de 80 anos e em crianças, grupos prioritários da transição nacional (BRASIL, 2026a).

A realização da capacitação como etapa anterior ao envio da glargina representou escolha estratégica acertada: ao qualificar as equipes antes da chegada do medicamento, o município com isso reduz o risco de erros de orientação ao usuário, padroniza a comunicação da rede e assegura que os profissionais de todas as unidades estejam aptos a conduzir a transição no momento em que o produto chegue às mãos dos pacientes. Essa sequência capacitar antes de distribuir é apontada pela literatura como condição essencial para a efetividade de processos de incorporação tecnológica em redes descentralizadas de atenção (ROSENSTOCK et al., 2003).

3.3 Perspectivas para o envio da glargina e início da transição

Após a realização da capacitação, a CAF receberá os primeiros lotes da insulina glargina provenientes da SES-TO, oriundos da Parceria para o Desenvolvimento Produtivo firmada entre o Ministério da Saúde e a empresa Biomm (BRASIL, 2025b). O envio da glargina para os oito pontos de dispensação da rede seguirá o fluxo regular de distribuição gerenciado pela CAF, com registro de entrada dos lotes, controle de validade, identificação dos lotes para rastreabilidade e programação da distribuição conforme o perfil de usuários de cada unidade.

DOI: 10.51161/iv-conasus/83115

A Central de Abastecimento Farmacêutico assume papel estratégico no início da transição ao concentrar o cadastro dos usuários elegíveis para conversão crianças, adolescentes e idosos acima de 80 anos, orientar individualmente cada paciente sobre o novo medicamento, o novo dispositivo e o protocolo de ajuste de dose, e fornecer a glargina acompanhada de materiais educativos desenvolvidos durante a capacitação (GURUPI, 2025a). As farmácias da rede, com orientação, farão a dispensação para os usuários de seus territórios com respaldo do protocolo padronizado pelo Departamento de Assistência Farmacêutica.

O início da transição evidencia, na prática, os benefícios clínicos que a literatura já apontava: entre os usuários convertidos para a glargina, especialmente idosos com histórico de hipoglicemias noturnas recorrentes com a NPH, espera-se observar maior satisfação com a aplicação única diária e relatos de melhoria na qualidade do sono e redução de desconfortos noturnos (YKI-JÄRVINEN; DRESSLER; ZIEMEN, 2000). O feedback dos usuários é importante para as equipes no processo de orientação.

3.4 Desafios e perspectivas

Entre os principais desafios identificados ao longo do primeiro semestre de 2026, destacaram-se: a necessidade de manutenção simultânea de dois estoques de insulina basal na CAF e em cada ponto de dispensação; a adaptação dos sistemas de registro para distinguir usuários em uso de NPH, usuários convertidos para glargina e novos usuários já iniciados diretamente na glargina; e a gestão da expectativa de usuários não elegíveis na primeira fase da transição.

A dependência do município em relação ao abastecimento estadual e federal foi identificada como ponto de vulnerabilidade estrutural: qualquer interrupção no fluxo da SES-TO ou nos lotes produzidos via PDP pode gerar ruptura de estoque e descontinuidade terapêutica para os usuários já convertidos (FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO, 2023). Por isso, o Departamento de Assistência Farmacêutica mantém registro atualizado dos estoques e comunicação constante com a SES-TO para antecipar possíveis problemas de abastecimento. O Tocantins registrou, em 2025, mais de 113 mil pessoas com diabetes cadastradas pelo SISAB (TOCANTINS, 2025), o que dimensiona o desafio estadual e reforça a importância de municípios organizados como Gurupi como referência nesta transição.

QUADRO 1 — REDE MUNICIPAL DE DISPENSAÇÃO DE INSULINA DE GURUPI-TO E FLUXO DE TRANSIÇÃO PARA A GLARGINA (JANEIRO–JUNHO/2026)

Unidade	Tipo	Endereço	Papel na Transição
CAF — Central de Abastecimento Farmacêutico	Polo logístico	Avenida Guanabara, Centro	Recebimento, estoque, controle e distribuição da insulina
Farmácia Central	Referência na entrega de tiras / Dispensação descentralizada	Av. Alagoas esq. Rua 5 – Centro	Retirada mensal e orientação local. Atendimento Clínico
UBS Sol Nascente	Dispensação descentralizada	Av. Sergipe, 2452 – Jd. Eldorado	Retirada mensal e orientação local.
UBS Pedroso	Dispensação descentralizada	Rua K Padrão, 16137-A – Pedroso	Retirada mensal e orientação local.
UBS Sevilha	Dispensação descentralizada	Av. Território do Rio Branco, 1071 – Novo Horizonte	Retirada mensal e orientação local.

DOI: 10.51161/iv-conasus/83115

UBS Vila Íris	Dispensação descentralizada	Rua 48 – Vila Íris	Retirada mensal e orientação local.
UBS Campo Bello	Dispensação descentralizada	Rua 9, Qd. 51 – Campo Bello	Retirada mensal e orientação local.
UBS Vila Nova / Farmácia Escola (UnirG)	Dispensação + ensino-serviço	Rua 03, Qd. 03 – Aeroporto II	Dispensação + integração acadêmica para orientação ao usuário
UBS Nova Fronteira / Farmácia Escola (Unirg)	Dispensação + ensino-serviço	Avenida C, nº 495, no Setor Nova Fronteira	Dispensação + integração acadêmica para orientação ao usuário

Fonte: Elaborado pelos autores com base em Gurupi (2022; 2025a).

4 CONCLUSÃO

A experiência do Departamento de Assistência Farmacêutica de Gurupi-TO no período de janeiro a junho de 2026 demonstra que a transição da insulina NPH para a glargina é um processo que começa muito antes da chegada do medicamento às farmácias. A realização do curso de capacitação foi a ação mais estratégica do período relatado: ao preparar as equipes com antecedência, o município cria as condições para que a distribuição da glargina ocorra com segurança, padronização e capacidade real de orientar os usuários.

Ainda assim, a rede municipal demonstra condições operacionais para absorver a nova tecnologia quando a glargina chegar. O caso de Gurupi pode servir como referência para outros municípios que estão organizando sua assistência farmacêutica para a mesma mudança, especialmente aqueles que buscam implantar o processo de forma gradual, seguro e alinhado às orientações do Ministério da Saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BAZZANO, L. A.; LEE, L. J.; SHI, L.; REYNOLDS, K.; JACKSON, J. A.; FONSECA, V. Safety and efficacy of glargine compared with NPH insulin for the treatment of Type 2 diabetes: a meta-analysis of randomized controlled trials. Diabetic Medicine, Oxford, v. 25, n. 8, p. 924-932, ago. 2008. DOI: https://doi.org/10.1111/j.1464-5491.2008.02517.x.

BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC). Relatório para a sociedade com decisão final n.o 489: incorporação da insulina glargina 100 UI/mL para o tratamento do diabetes mellitus. Brasília: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/relatorios/2024/sociedade/relatorio-para-a-sociedade-com-decisao-final-no-489>. Acesso em: 20 jan. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Saúde inicia transição de tratamento de diabetes no SUS. Brasília, 5 fev. 2026a. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2026/fevereiro/ministerio-da-saude-inicia-transicao-de-tratamento-de-diabetes-n>. Acesso em: 28 fev. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Nota Técnica Conjunta n.o 32/2026-DEPROS/SAPS/DAET: orientações para transição da insulina NPH para a glargina na Atenção Primária. Brasília: Ministério da Saúde, 2026b. Acesso em: 10 mar. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Após 20 anos, Brasil retoma produção de insulina. Brasília, 10 jul. 2025b. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2025/julho/apos-20-anos-brasil-retoma-producao-de-insulina-em-iniciativa-conduz>. Acesso em: 3 fev. 2026.

FIOCRUZ. Centro de Desenvolvimento Tecnológico em Saúde (CDTS). Avaliação de tecnologias em saúde: em prol da qualidade e do acesso. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2024. Disponível em: <https://www.cdts.fiocruz.br/opiniao-de-especialistas/avaliacao-de-tecnologias-em-saude-em-prol-da-qualidade-e-do-acesso>. Acesso em: 10 abr. 2026.

FRITSCHE, A.; SCHWEITZER, M. A.; HÄRING, H. U. Glimepiride combined with morning insulin glargine, bedtime neutral protamine hagedorn insulin, or bedtime insulin glargine in patients with type 2 diabetes. Annals of Internal Medicine, Philadelphia, v. 138, n. 12, p. 952-959, jun. 2003. DOI: https://doi.org/10.7326/0003-4819-138-12-200306170-00008.

FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO. Farmácia de Minas: metodologia de gestão de estoques para insulina glargina. Belo Horizonte: FJP, 2023. (Monografia — Curso de Especialização em Gestão Pública de Saúde). Disponível em: <https://repositorio.fjp.mg.gov.br/items/7734cd6b-d1d4-4c55-8ae6-fd045b1a1bbb>. Acesso em: 7 mai. 2026.

GURUPI. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. Prefeitura de Gurupi amplia número de farmácias disponíveis para retirada de insulina. Gurupi, 3 fev. 2022. Disponível em: <https://gurupi.to.gov.br/2022/02/prefeitura-de-gurupi-amplia-numero-de-farmacias-disponiveis-para-retirada-de-insulina/>. Acesso em: 10 abr. 2026.

GURUPI. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. Assistência Farmacêutica. Gurupi, 2025a. Disponível em: <https://gurupi.to.gov.br/assistencia-farmaceutica/>. Acesso em: 5 abr. 2026.

GURUPI. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. Secretaria Municipal de Saúde de Gurupi encerra 2025 com quase um milhão de atendimentos. Gurupi, 22 dez. 2025c. Disponível em: <https://gurupi.to.gov.br/2025/12/secretaria-municipal-de-saude-de-gurupi-encerra-2025-com-quase-um-milhao-de-atendimentos-e-avancos-que-fortalecem-o-sus/>. Acesso em: 3 jan. 2026.

ROSENSTOCK, J.; MASSI-BENEDETTI, M.; HADJI-GEORGOPOULOS, A.; TSUR, A.; MUCHA, Z.; QUILLOT, M. H.; FONTAINE, P. The treat-to-target trial: randomized addition of glargine or human NPH insulin to oral therapy of type 2 diabetic patients. Diabetes Care, Alexandria, v. 26, n. 11, p. 3080-3086, nov. 2003. DOI: https://doi.org/10.2337/diacare.26.11.3080.

TOCANTINS. Jornal Opção. Tocantins tem mais de 113 mil pessoas com diabetes, aponta Sisab. Palmas, 15 nov. 2025. Disponível em: <https://tocantins.jornalopcao.com.br/noticias/tocantins-tem-mais-de-113-mil-pessoas-com-diabetes-e-especialistas-alertam-para-diagnostico-tardio>. Acesso em: 5 jan. 2026.

WARREN, E.; WEATHERLEY-JONES, E.; CHILCOTT, J.; BEVERLEY, C. Systematic review and economic evaluation of a long-acting insulin analogue, insulin glargine. Health Technology Assessment, Southampton, v. 8, n. 45, p. iii, 1-57, nov. 2004. DOI: https://doi.org/10.3310/hta8450.

YKI-JÄRVINEN, H.; DRESSLER, A.; ZIEMEN, M. Less nocturnal hypoglycemia and better post-dinner glucose control with bedtime insulin glargine compared with bedtime NPH insulin during insulin combination therapy in type 2 diabetes. Diabetes Care, Alexandria, v. 23, n. 8, p. 1130-1136, ago. 2000. DOI: https://doi.org/10.2337/diacare.23.8.1130.

AURICULOTERAPIA APLICADA A PROFISSIONAIS DA SAÚDE: REVISÃO INTEGRATIVA

JULIANE CLOTILDE SOUZA CORDEIRO[1]; LEIDIELY GOMES MORAES[2]

RESUMO

Introdução: Trabalhadores da saúde são expostos a fatores estressores presentes no ambiente laboral e são necessárias estratégias de cuidado voltadas à promoção da saúde e do bem-estar, tais quais as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS). A auriculoterapia trata-se de uma PICS em que são realizadas intervenções terapêuticas no pavilhão auditivo. Objetivo: analisar as evidências científicas disponíveis sobre os efeitos da auriculoterapia na saúde de trabalhadores da saúde. Metodologia: Revisão integrativa de literatura realizada nas bases de dados Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Scientific Electronic Library Online (SciELO). Foram incluídos artigos disponíveis na íntegra, publicados em português, inglês ou espanhol, dos últimos cinco anos que abordassem a utilização da auriculoterapia em trabalhadores da saúde. Como critérios de exclusão foi estabelecido a literatura cinzenta e artigos que não apresentavam textos completos. Resultados: Foram evidenciadas 13 pesquisas na base BVS e 1 na SciELO, dos quais 3 foram incluídos no estudo. Os artigos indicaram que a auriculoterapia apresenta benefícios relacionados à saúde física, emocional e às relações interpessoais no ambiente de trabalho, evidenciando benefícios relacionados à saúde física, emocional e às relações interpessoais no ambiente de trabalho. Conclusão: A auriculoterapia constitui uma estratégia complementar promissora para a promoção da saúde dos trabalhadores, contribuindo para o bem-estar físico e emocional e para o enfrentamento dos impactos decorrentes das demandas laborais. Nesse sentido, sua utilização pode representar uma importante ferramenta de cuidado voltada à valorização da saúde do trabalhador, especialmente em contextos marcados por sobrecarga física e emocional. Considerando a reduzida quantidade de estudos identificados, ressalta-se a necessidade de novas pesquisas que ampliem o conhecimento sobre seus efeitos e potencialidades em diferentes cenários de atuação profissional.

Palavras-chave: Auriculoterapia; Práticas Integrativas e Complementares; Trabalhadores da saúde.

1 INTRODUÇÃO

[1] Enfermeira pela Universidade Tuiuti do Paraná – julianescordeiro@gmail.com

[2] Mestre em enfermagem. Enfermeira pela Universidade Federal de Mato Grosso - UFMT – leidielymoraes@gmail.com

DOI: 10.51161/iv-conasus/83118

A saúde do trabalhador constitui um importante campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS), uma vez que o trabalho exerce influência direta sobre o processo saúde-doença e pode expor os indivíduos a diferentes riscos ocupacionais. Nesse contexto, a Atenção Primária à Saúde desempenha papel estratégico na promoção da saúde, prevenção de agravos e identificação de condições relacionadas ao trabalho (Oliveira et al., 2026).

Considerando os impactos do adoecimento ocupacional na qualidade de vida e no desempenho laboral, torna-se necessário investir em estratégias voltadas à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, favorecendo a redução de agravos e o bem-estar no ambiente de trabalho (Ribeiro; Hirai; Teston, 2018).

Nesse contexto, as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) integram o Sistema Único de Saúde (SUS) como estratégias voltadas à promoção, prevenção e recuperação da saúde, contribuindo para a integralidade do cuidado e o fortalecimento das ações em saúde, especialmente na Atenção Primária à Saúde (Brasil, 2023). Entre essas práticas, destaca-se a auriculoterapia, considerada uma vertente da acupuntura que se baseia no princípio de que o pavilhão auricular representa reflexamente todo o organismo. Dessa forma, alterações em pontos específicos da orelha podem indicar desequilíbrios físicos e emocionais, possibilitando intervenções terapêuticas voltadas ao restabelecimento do equilíbrio biopsicossocial do indivíduo (Rupp et. al., 2023).

Estudos apontam que a utilização da auriculoterapia pode contribuir para a melhora da qualidade do sono e da qualidade de vida, além da redução da ansiedade e de outros agravos relacionados à saúde mental dos trabalhadores (Trindade et al., 2024).

Considerando a exposição dos trabalhadores da saúde a fatores estressores presentes no ambiente laboral e a necessidade de estratégias de cuidado voltadas à promoção da saúde e do bem-estar, torna-se relevante compreender as contribuições da auriculoterapia para esse público.

Nesse contexto, surge o seguinte questionamento: quais são as contribuições da auriculoterapia para a promoção da saúde dos trabalhadores da saúde descritas na literatura científica? Portanto, o presente estudo tem como objetivo analisar as evidências científicas disponíveis sobre os efeitos da auriculoterapia na saúde de trabalhadores da saúde.

2 MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de uma revisão integrativa de literatura, metodologia propícia a encontrar evidências científicas e propor intervenções práticas por meio da exploração dos estudos encontrados (Almeida et al., 2024).

Esta revisão foi desenvolvida em seis etapas: identificação do tema e elaboração da pergunta de pesquisa; delimitação dos critérios de inclusão; busca e seleção dos estudos nas bases de dados científicas; avaliação e análise dos artigos selecionados; interpretação dos resultados; e apresentação final da síntese da revisão integrativa (Mendes; Silveira; Galvão, 2008).

A busca foi realizada nas bases de dados Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Scientific Electronic Library Online (SciELO), utilizando os descritores "Auriculoterapia; Práticas Integrativas e Complementares; Saúde do Trabalhador".

Foram incluídos artigos disponíveis na íntegra, publicados em português, inglês ou espanhol, dos últimos cinco anos que abordassem a utilização da auriculoterapia em trabalhadores da saúde. Como critérios de exclusão foi estabelecido a literatura cinzenta e artigos que não apresentavam textos completos.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

DOI: 10.51161/iv-conasus/83118

As buscas realizadas na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) resultaram na identificação de 13 artigos, dos quais 11 foram selecionados após a leitura dos títulos e nove após a análise dos resumos. Em seguida, procedeu-se à leitura dos textos completos, sendo que três estudos atenderam aos critérios de elegibilidade e compuseram a amostra final da revisão. Na Scientific Electronic Library Online (SciELO), foi identificado um artigo, o qual também estava indexado na BVS, caracterizando-se como duplicata.

A seguir, a Tabela 1 apresenta a síntese dos estudos incluídos na revisão, os quais fundamentaram a análise dos resultados e a discussão desenvolvida neste estudo.

Tabela 1 - Artigos evidenciados no estudo

Autor/Ano	Título	Objetivo	População	Método	Resultados
Trindade et al., 2024	Percepção dos trabalhadores da Atenção Primária à Saúde sobre o uso da auriculoterapia	Compreender a percepção de trabalhadores da APS sobre um processo de cuidado com auriculoterapia	9 trabalhadores da Atenção Primária à Saúde	Estudo qualitativo	Redução da ansiedade, melhora do sono, qualidade de vida, bem-estar emocional, concentração, disposição, dores físicas e relações interpessoais.
Silva et al., 2021	Efeito da auriculoterapia chinesa sobre o humor de profissionais de saúde: estudo piloto	Verificar a efetividade de um protocolo de auriculoterapia para redução de sinais e sintomas de estresse na melhora do humor dos profissionais de saúde.	80 profissionais de enfermagem de um hospital oncológico.	Estudo piloto controlado e randomizado. Grupo intervenção recebeu seis sessões de auriculoterapia; grupo controle não recebeu tratamento	Melhora do humor, redução dos níveis de tensão e confusão mental. Melhora do escore global de humor, indicando benefícios para o enfrentamento do estresse ocupacional e para o bem-estar psicológico dos trabalhadores da saúde
Damasceno et al., 2022	Efetividade da auriculoterapia na redução de estresse em trabalhadores de saúde: ensaio clínico controlado randomizado	Avaliar a efetividade da auriculoterapia na redução do estresse ocupacional em trabalhadores de saúde da Estratégia de Saúde da	49 trabalhadores da Estratégia Saúde da Família	Ensaio clínico controlado randomizado	Redução significativa do estresse ocupacional. Redução de 16,13% após três sessões e de 23,7% após seis sessões, mantendo efeito residual após 15 dias.

		Família durante a pandemia da COVID-19.			

Fonte: Dados do estudo, 2026.

Nota-se, por meio dos estudos apresentados na Tabela 1, que a auriculoterapia tem sido utilizada como estratégia complementar voltada à promoção da saúde dos trabalhadores da saúde, evidenciando benefícios relacionados à saúde física, emocional e às relações interpessoais no ambiente de trabalho.

Estudo desenvolvido com profissionais de enfermagem identificou contribuições positivas com a aplicação da auriculoterapia, apontando melhorias significativas na qualidade do sono, no manejo de dores físicas e, notadamente, nas relações interpessoais no ambiente de trabalho (Assis et al., 2025). Esse impacto na convivência entre os membros da equipe profissional ganha relevância especial, pois demonstra que os benefícios da auriculoterapia ultrapassam a esfera puramente individual do alívio de sintomas físicos. Ao reduzir a tensão diária e promover o bem-estar psicológico, a técnica atua diretamente na melhoria do clima organizacional e no fortalecimento dos vínculos coletivos, mostrando-se como uma estratégia de intervenção institucional altamente viável e recomendada para a valorização geral da saúde de equipes de saúde (Assis et al., 2025).

Amorim et al. (2022) menciona que a auriculoterapia tem se destacado pelo fato de ser um procedimento de baixa complexidade, milenar, e passível de ser utilizado no cotidiano de profissionais de saúde com vista a reduzir emoções negativas comuns no contexto desses trabalhadores, como a ansiedade e estresse. Tal minimização também foi percebida no estudo de Damasceno e Colaboradores, que identificou a redução do estresse ocupacional no contexto do estudo (Damasceno et al., 2022), e demonstra potencial para o meio corporativo.

Por meio da auriculoterapia torna-se possível identificar e atentar-se às emoções experienciadas, minimizar dores e situações de insônia (Silva et al.,2022). Tal achado converge com o estudo de Trindade e colaboradores que evidenciou melhora no padrão do sono para os trabalhadores submetidos a auriculoterapia (Trindade et al., 2024).

Percebe-se predomínio de estudos realizados no contexto da APS (Trindade et al., 2024; Damasceno et al., 2022), mas observa-se possibilidade de bons resultados da aplicação da auriculoterapia também em outros cenários, tal qual o âmbito hospitalar (Silva et al., 2021), demonstrando capacidade de quebra dos muros da APS, como estratégia viável em diversas conjunturas.

4 CONCLUSÃO

Os estudos encontrados na presente revisão de literatura evidenciaram que a auriculoterapia apresenta contribuições relevantes para a saúde dos profissionais de saúde. Dentre estes, destacam-se a melhora da qualidade do sono, do humor e da concentração, além da redução dos níveis de estresse e de queixas físicas. Também foram observadas repercussões positivas no contexto laboral, como a melhora das relações interpessoais entre os profissionais, demonstrando que os benefícios da prática transcendem a esfera individual e podem influenciar positivamente o ambiente de trabalho.

Os achados sugerem que a auriculoterapia constitui uma estratégia complementar promissora para a promoção da saúde dos trabalhadores, contribuindo para o bem-estar físico e emocional e para o enfrentamento dos impactos decorrentes das demandas laborais. Nesse sentido, sua utilização pode representar uma importante ferramenta de

cuidado voltada à valorização da saúde do trabalhador, especialmente em contextos marcados por sobrecarga física e emocional.

Considerando a reduzida quantidade de estudos identificados, ressalta-se a necessidade de novas pesquisas que ampliem o conhecimento sobre seus efeitos e potencialidades em diferentes cenários de atuação profissional. Além disso, por integrar as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde, a auriculoterapia apresenta potencial para utilização no âmbito do Sistema Único de Saúde, favorecendo o fortalecimento de ações voltadas à promoção da saúde, à prevenção de agravos e ao cuidado integral dos trabalhadores.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, C. B. de; ALVES, M. S.; FLORES, F. F.; MUSSI, R. F. de F. Revisão Integrativa: Da Realização Da Pesquisa Ao Desenho Da Publicação Acadêmica. **Cenas Educacionais,** [S. l.], v. 7, p. e20891, 2024. DOI: 10.5281/zenodo.13863172. Disponível em: https://revistas.uneb.br/cenaseducacionais/article/view/20891. Acesso em: 21 jun. 2026.

AMORIM, E. C. S.; BOARETTO, J. P.; FREITAS, I. R. S.; MARTINS, E. A. P. Uso da auriculoterapia em servidores da saúde no período de pandemia. **Brazilian Journal of Development,** Curitiba, v. 8, n. 4, p. 23064-23073, abr. 2022. DOI: 10.34117/bjdv8n4-021. Disponível em: https://doi.org/10.34117/bjdv8n4-021. Acesso em: 21 jun. 2026.

ASSIS, F. R. A. de; CORRÊA, K. C.; PERES, J. N.; BONITO, R. F. Auriculoterapia como estratégia para redução do estresse em trabalhadora de enfermagem em um centro de material e esterilização: relato de caso. **Contribuciones a las Ciencias Sociales,** [S. l.], v. 18, n. 8, p. e20153, 2025. DOI: 10.55905/revconv.18n.8-169. Disponível em: https://ojs.revistacontribuciones.com/ojs/index.php/clcs/article/view/20153. Acesso em: 21 jun. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, [2023]. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/p/pics. Acesso em: 20 jun. 2026.

DAMASCENO, K. S. M.; OLIVEIRA, G. M.; BELTRAME, M.; COELHO, J. M. F.; PIMENTEL, R. F. W.; MERCES, M. C. Effectiveness of auriculotherapy on stress reduction in health workers: a controlled randomized clinical trial. **Revista Latino-Americana de Enfermagem,** Ribeirão Preto, v. 30, e3771, 2022. DOI: 10.1590/1518-8345.5992.3771. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1518-8345.5992.3771. Acesso em: 21 jun. 2026.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem,** Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 758-764, 2008. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018. Acesso em: 20 jun. 2026.

OLIVEIRA, C. W. M. de; ABREU, M. C. S. de; SANTOS, F. L.; YOSHIDA, B. K.; JORDÃO, S. L. A saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde: organização da

rede, vigilância e atuação da atenção primária. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação,** São Paulo, v. 12, n. 4, abr. 2026. Disponível em: https://doi.org/10.51891/rease.v12i4.25115. Acesso em: 21 jun. 2026.

RIBEIRO, B. M. S. S.; HIRAI, V. H. G.; TESTON, E. F. A redução de perícias médicas baseado na gestão de absenteísmo, rotatividade e qualidade de vida no trabalho. **Revista Gestão & Saúde,** Brasília, v. 9, n. 3, p. 393-403, 2018. Disponível em: https://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/20291. Acesso em: 20 jun. 2026.

RUPP, A. C.; SANTOS, D. G. L.; LIMBERGER, D. C.; BARTSCH, L.; CAVALHEIRO, V. S.; JANTSCH, L. B. O uso da auriculoterapia como prática integrativa à saúde: revisão integrativa. ***Journal of Nursing and Health*,** v. 13, n. 2, e13223611, 2023. Disponível em: https://doi.org/10.15210/jonah.v13i1.23611. Acesso em: 20 jun. 2026.

SANTOS, T. G. G.; ANDRADE, T. L. C.; SANTOS, P. A. G.; SILVA, K. S. M.; TARGINO, H. C. O. A efetividade do tratamento para dor utilizando auriculoterapia: um artigo de revisão. **Research, Society and Development,** [S. l.], v. 10, n. 12, e400101220517, 2021. DOI: 10.33448/rsd-v10i12.20517. Disponível em: http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i12.20517. Acesso em: 21 jun. 2026.

SILVA, L. K. M. da; LIMA, H. S.; CAVALCANTE, W. T.; MORAIS, M. S. T.; VIANA, Y. A.; SILVA, L. M. Auriculoterapia na atenção primária: perspectivas de participantes de um grupo fechado. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 44, p. 2687, 2022. DOI: 10.5712/rbmfc17(44)2687. Disponível em: https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/2687. Acesso em: 21 jun. 2026.

SILVA, N. O.; KUBA, G.; KUREBAYASHI, L. F. S.; TURRINI, R. N. T. Efeito da auriculoterapia chinesa sobre o humor de profissionais de saúde: estudo piloto. **Revista de Enfermagem da UFSM,** Santa Maria, v. 11, e53, p. 1-21, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.5902/2179769261883. Acesso em: 21 jun. 2026.

TRINDADE, T. P. B.; FORTE, F. D. S.; FERREIRA JÚNIOR, A. R.; SOARES, G. B. Percepção dos trabalhadores da Atenção Primária à Saúde sobre o uso da auriculoterapia. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 34, e34066, 2024. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/S0103-7331202434066pt. Acesso em: 20 jun. 2026.

TELETRABALHO DO PROFISSIONAL PSICÓLOGO DURANTE A PANDEMIA DA COVID-19

JANAÍNA PEREIRA CARVALHO; CELINA YAMAO; GUILHERME MARECA DE OLIVEIRA; LUCAS ARAUJO COUTINHO DE PAULA; NATALIA DE CÁSSIA ONUZIK

Introdução: Esse artigo pretende discutir acerca do teletrabalho do psicólogo no contexto da pandemia da COVID-19, conceituando-o e diferenciando-o legalmente do home Office com base na Reforma Trabalhista de 2017. Contextualiza-se uma breve história da psicologia no Brasil, analisando sua regulamentação perante o trabalho à distância, com destaque para as resoluções do Conselho Federal de Psicologia (CFP) e os impactos da Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD) no sigilo das informações. **Objetivos:** Analisar a importância, a regulamentação e o funcionamento do teletrabalho em psicologia como prática necessária para a saúde pública brasileira durante a pandemia; propor uma reflexão existencial-heideggeriana sobre os impactos do isolamento e da finitude na saúde mental do indivíduo. **Metodologia:** Pesquisa teórico-descritiva de abordagem qualitativa. A fundamentação baseou-se na legislação trabalhista, resoluções do CFP e no arcabouço conceitual da fenomenologia existencial de Martin Heidegger. A dimensão prática utilizou o Relatório do Serviço de Atendimento Psicológico On-line da Secretaria Municipal de Saúde de Guaratinguetá/SP, que registrou o funcionamento do serviço no município. **Resultados:** Os dados do programa municipal indicam que entre abril e novembro de 2020, o serviço realizou 778 sessões e acolheu 145 pessoas. O programa enfrentou desafios como o autoestigma de profissionais da linha de frente e entraves no fluxo de encaminhamento psiquiátrico, superados posteriormente em 2021 pela autonomia multiprofissional. Constatou-se que a queixa de maior prevalência foi de ansiedade, atingindo 70 pacientes (48,3% da amostra). Realizou-se uma análise de inspiração existencial-heideggeriana dos afetos que estão em jogo durante a crise da COVID-19. **Conclusão:** Sob a ótica fenomenológica contrapõe-se a visão biológica e comportamental dos manuais diagnósticos tradicionais, como o DSM-5. Enquanto a ansiedade culturalmente assemelha-se ao temor e ocupa-se com antecipações de ameaças futuras no cotidiano, a vertente existencial resgata o conceito de angústia (“angst”). Logo, conclui-se que o isolamento social severo e a iminência da finitude desestabilizaram o modo de “estar no mundo” das pessoas, confrontando-as diretamente com a perda abrupta das certezas e com a própria liberdade diante do vazio existencial provocado pela pandemia.

Palavras-chave: **TELETRABALHO; COVID-19; ANSIEDADE**

DOI: 10.51161/iv-conasus/83120

CONTROLE SOCIAL NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: REVISÃO NARRATIVA SOBRE OS CONSELHOS DE SAÚDE E PERSPECTIVAS PARA A GESTÃO PARTICIPATIVA EM GURUPI, TOCANTINS

ANDRÉ CORDEIRO TELES[1];
[1] Universidade de Gurupi – UnirG, Gurupi, Tocantins.
E-mail (autor principal): andretelesto@gmail.com

Tipo de Estudo: Revisão Bibliográfica

Eixo: Participação e Controle social do SUS

RESUMO

Os Conselhos de Saúde constituem o principal mecanismo institucional de controle social no Sistema Único de Saúde (SUS), organizados nos níveis Local, Municipal, Estadual e Nacional. Este estudo apresenta revisão narrativa da literatura publicada entre 2016 e 2026, articulando fontes normativas, documentais e científicas sobre os Conselhos de Saúde no Brasil, com ênfase no município de Gurupi, Tocantins. Não foram identificados estudos anteriores que articulem os quatro níveis dos conselhos com o contexto específico de Gurupi no recorte adotado, conferindo ineditismo ao trabalho. Os resultados indicam que, apesar de 98,8% dos municípios possuírem CMS ativo, persistem obstáculos como assimetria de informação, baixa capacitação técnica, fragilidade administrativa e risco de cooptação política. Em 2026, a 18ª Conferência Nacional de Saúde, o edital federal de R$ 15 milhões para os CLS e a qualificação de conselheiros no Tocantins revelam renovação institucional. Conclui-se que fortalecer os Conselhos de Saúde é condição estratégica para consolidar um SUS democrático e equânime.

Palavras-chave: equidade em saúde; governança participativa; políticas públicas.

1. INTRODUÇÃO

O Brasil possui 5.570 Conselhos Municipais de Saúde que deliberam sobre a aplicação de recursos do SUS em todos os municípios, mas estudos nacionais indicam que parcela significativa das deliberações ainda não se converte em ações concretas de gestão (SCIELO, 2020). A participação da comunidade é diretriz do SUS prevista no artigo 198 da Constituição Federal de 1988 e regulamentada pela Lei nº 8.142/1990, que consolidou os conselhos como instâncias colegiadas permanentes, autônomas e deliberativas em âmbito local, municipal, estadual e nacional (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990).

DOI: 10.51161/iv-conasus/83123

No período 2016–2026, o sistema enfrentou ciclo de pressões e renovações: a EC nº 95/2016 restringiu o crescimento do financiamento do SUS, a pandemia de Covid-19 testou os limites do controle social e a retomada democrática pós-2023 recolocou a participação social no centro da agenda sanitária (CAVALCANTE; MAGDALENA; MORIGUCHI, 2023; PAIM, 2024). Em 2026, a 18ª Conferência Nacional de Saúde e o edital federal para os CLS sinalizam renovação institucional (BRASIL/CNS, 2026a; BRASIL/CNS, 2026b).

No município de Gurupi, Tocantins, polo regional de saúde e sede do PPGBS/UnirG, reconhecido pelo MEC em 2025, a 10ª Conferência Municipal de Saúde reuniu gestores, trabalhadores, conselheiros e usuários para construir propostas ao SUS local (GURUPI, 2025; UNIRG, 2025). Não foram identificados estudos anteriores que articulem os quatro níveis dos conselhos com o contexto específico de Gurupi no recorte 2016–2026, conferindo ineditismo a este trabalho.

2. OBJETIVO

Analisar, por meio de revisão narrativa da literatura publicada entre 2016 e 2026, a estrutura, as competências, os desafios e as perspectivas dos Conselhos de Saúde no Brasil, articulando fundamentação normativa, evidências científicas e o contexto de Gurupi, Tocantins.

3. METODOLOGIA

Trata-se de revisão narrativa com abordagem qualitativa, adequada para integrar diferentes tipos de fontes e discutir um campo temático de forma analítica e interpretativa, sem a exigência de protocolo rígido de seleção de estudos (ROTHER, 2007). O recorte temporal 2016–2026 foi definido por representar um ciclo político-institucional relevante para o controle social no SUS, da Emenda Constitucional nº 95/2016 à 18ª Conferência Nacional de Saúde de 2026.

Foram consultadas fontes normativas, documentais e científicas. As fontes normativas incluíram a Constituição Federal de 1988, a Lei nº 8.142/1990, a Emenda Constitucional nº 95/2016 e a Resolução CNS nº 804/2026. As fontes documentais abrangeram publicações do Ministério da Saúde, do Conselho Nacional de Saúde, do COSEMS-TO, da Prefeitura de Gurupi e da Universidade de Gurupi. As fontes científicas compreenderam artigos indexados nas bases SciELO, LILACS, PubMed/MEDLINE, Portal de Periódicos CAPES e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS/BIREME), além de dissertações e teses pertinentes ao tema.

Os descritores utilizados foram: controle social; conselhos de saúde; participação social; gestão participativa; Sistema Único de Saúde; democracia sanitária; community participation; health councils. A análise foi organizada em cinco eixos: fundamentos normativos; arquitetura multinível; evidências empíricas sobre os CMS; desafios estruturais; e perspectivas para Gurupi e para o período 2026–2030. Como limitação, destaca-se a escassez de estudos primários específicos sobre o CMS de Gurupi, o que reforça a necessidade de pesquisas futuras com dados locais.

DOI: 10.51161/iv-conasus/83123

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 Arquitetura multinível dos Conselhos de Saúde

O sistema brasileiro de Conselhos de Saúde constitui uma das mais robustas arquiteturas de governança participativa do setor público, ao articular deliberação, fiscalização e formulação coletiva de políticas em quatro níveis hierárquicos complementares (LOPATIUK et al., 2026). A composição paritária 50% de usuários e 50% entre trabalhadores, gestores e prestadores busca equilibrar os interesses em disputa, embora sua implementação formal nem sempre garanta paridade real nas decisões (CAVALCANTE; MAGDALENA; MORIGUCHI, 2023; LABRA; FIGUEIREDO, 2002).

Quadro 1 — Arquitetura multinível dos Conselhos de Saúde no Brasil

Nível	Abrangência	Composição	Principais competências	Principal desafio
Local (CLS)	UBS/território	4–16 membros; 50% usuários	Planejamento local; fiscalização da UBS; encaminhamento de demandas	Baixa institucionalização; ausência de apoio técnico
Municipal (CMS)	Município	Variável; 50% usuários	Aprovação do PMS e PAS; fiscalização do FMS; parecer sobre contas; Conferência Municipal	Atraso nos instrumentos; assimetria de informação; risco de cooptação
Estadual (CES)	Estado/DF	Variável; 50% usuários	Aprovação do PES; fiscalização do FES; articulação intermunicipal; Conferência Estadual	Baixa incidência sobre decisões estratégicas; rotatividade de conselheiros
Nacional (CNS)	Brasil	48 membros; 50% usuários	Formulação de políticas nacionais; aprovação do PNS; Conferências Nacionais; resoluções	Distância do território; adaptação à agenda digital e global

Fonte: Brasil (1990); ESDM (2022); Lopatiuk et al. (2026). Elaborado pelo autor.

4.2 Fundamentos normativos e tensões recentes

A EC nº 95/2016 impôs teto de gastos que restringiu o crescimento do financiamento do SUS, intensificando disputas nas arenas dos conselhos e aumentando a pressão sobre os conselheiros para legitimar cortes orçamentários (CAVALCANTE; MAGDALENA; MORIGUCHI, 2023; PAIM, 2024). Em sentido oposto, a 18ª Conferência Nacional de Saúde reposiciona o controle social no centro do debate contemporâneo e reconhece que muitos conselhos ainda operam sem poder real de incidência sobre decisões estratégicas do Estado (BRASIL/CNS, 2026a).

4.3 Conselho Municipal de Saúde: evidências da literatura

DOI: 10.51161/iv-conasus/83123

Cavalcante, Magdalena e Moriguchi (2023) demonstraram que, em CMS de médio porte, os Relatórios Detalhados do Quadrimestre Anterior foram os únicos instrumentos apreciados dentro do prazo legal, enquanto Planos de Saúde e Relatórios Anuais de Gestão chegaram atrasados ao colegiado, comprometendo sua capacidade deliberativa. Dados nacionais mostram que 98,8% dos municípios possuíam CMS em funcionamento, mas apenas 77,6% apresentavam paridade plena e caráter deliberativo em conformidade com a legislação, o que revela distância entre cobertura quantitativa e efetividade qualitativa (ESDM, 2022).

Em Gurupi, a 10ª Conferência Municipal de Saúde realizada em dezembro de 2025 reafirmou a importância do controle social local ao reunir diferentes segmentos para elaboração de propostas ao SUS municipal (GURUPI, 2025). A participação da UnirG nesse processo expressa o potencial da integração ensino-serviço-comunidade como estratégia de fortalecimento da gestão participativa (UNIRG, 2025).

4.4 Desafios estruturais

A literatura do período 2016–2026 identifica como obstáculos recorrentes a assimetria de informação entre gestores e usuários, a baixa capacitação técnica dos conselheiros, a fragilidade administrativa dos colegiados, a mobilização comunitária irregular e o risco de cooptação política (ATRICON, 2023; LABRA; FIGUEIREDO, 2002; LOPATIUK et al., 2026). Bispo Júnior e Gerschman (2013) observam que esses fatores reduzem o potencial participativo e a função deliberativa dos conselhos, limitando seu papel como instrumento de ampliação democrática no SUS.

No Tocantins, iniciativas de qualificação como o Curso Participa+SUS, apoiado pelo COSEMS-TO em 2026, apontam caminho concreto para fortalecimento técnico e político dos conselheiros (COSEMS-TO, 2026b). Para Gurupi, o PPGBS/UnirG representa oportunidade singular para produção de pesquisa aplicada e educação permanente em controle social.

4.5 Perspectivas para 2026–2030

Três tendências se destacam: a expansão dos Conselhos Locais de Saúde com meta federal de 100 estruturas ativas até 2030 (BRASIL/CNS, 2026b; HEALTHNEWS, 2025); a integração com a Estratégia de Saúde Digital para o Brasil 2020–2028, que amplia a transparência e o monitoramento em rede (BRASIL/MS, 2020); e o alinhamento com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, especialmente ODS 3, ODS 10 e ODS 16, reforçando os conselhos como instrumentos de equidade e fortalecimento institucional (BRASIL/CNS, [s.d.]; PAIM, 2024).

Para Gurupi, esse horizonte indica a necessidade de consolidar parcerias entre gestão, conselho e universidade, com foco em qualificação permanente, produção de evidências locais e aprimoramento das práticas participativas no território.

5. CONCLUSÃO

A revisão narrativa confirma que os Conselhos de Saúde permanecem como pilares da democracia sanitária brasileira, mas sua efetividade depende da superação de limites históricos relacionados à informação, capacitação, autonomia e incidência política (LOPATIUK et al., 2026; CAVALCANTE; MAGDALENA; MORIGUCHI, 2023; PAIM, 2024). Para Gurupi, o cenário atual oferece condições favoráveis para uma agenda de fortalecimento do controle social baseada na articulação entre CMS, 10ª Conferência Municipal de Saúde e PPGBS/UnirG. Fortalecer os Conselhos de Saúde é fortalecer o próprio SUS como direito coletivo, democrático e socialmente responsivo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ATRICON — ASSOCIAÇÃO DOS MEMBROS DOS TRIBUNAIS DE CONTAS DO BRASIL. Orientações para Conselheiros de Saúde. 2. ed. [S.l.]: ATRICON, 2023. Disponível em: <https://atricon.org.br>. Acesso em: 21 jun. 2026.

BISPO JÚNIOR, J. P.; GERSCHMAN, S. Potencial participativo e função deliberativa: um debate sobre a ampliação da democracia por meio dos conselhos de saúde. Ciência & Saúde Coletiva, v. 18, n. 1, p. 7–16, 2013.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS. Diário Oficial da União, Brasília, 31 dez. 1990.

BRASIL. Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. Institui o Novo Regime Fiscal. Diário Oficial da União, Brasília, 16 dez. 2016.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução CNS nº 804, de 12 de março de 2026. Define o tema da 18ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília: CNS, 2026a.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. CNS anuncia edital de R$ 15 milhões para Conselhos Locais de Saúde. Brasília: CNS, jun. 2026b. Disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude>. Acesso em: 21 jun. 2026.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. CNS discute desafios para que o Brasil cumpra metas da ONU até 2030. Brasília: CNS, [s.d.]. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br>. Acesso em: 21 jun. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Estratégia de Saúde Digital para o Brasil 2020–2028. Brasília: MS, 2020.

CAVALCANTE, A. A.; MAGDALENA, P. C.; MORIGUCHI, C. S. Instrumentos de gestão na pauta do Conselho de Saúde. Saúde e Sociedade, São Paulo, v. 32, n. 1, e210866pt, 2023. DOI: 10.1590/S0104-12902022210866pt.

COSEMS-TO. Fortalecimento e Controle Social: COSEMS-TO apoia qualificação para conselheiros do Tocantins. Palmas: COSEMS-TO, fev. 2026b. Disponível em: <https://cosemsto.org>. Acesso em: 21 jun. 2026.

ESDM — ESCOLA DE SAÚDE DO DISTRITO DE MACAÉ. A participação social nos conselhos municipais sob a perspectiva dos dados. Macaé: ESDM, 2022. Disponível em: <https://esdm-ojs.galoa.net.br>. Acesso em: 21 jun. 2026.

GURUPI. Prefeitura Municipal. 10ª Conferência Municipal de Saúde reúne gestores, servidores, conselheiros e usuários do SUS. Gurupi: PMG, dez. 2025. Disponível em: <https://gurupi.to.gov.br>. Acesso em: 21 jun. 2026.

HEALTHNEWS. Conselho Nacional de Saúde quer 100 estruturas locais de participação comunitária em cinco anos. [S.l.]: HealthNews, 15 dez. 2025. Disponível em: <https://healthnews.pt>. Acesso em: 21 jun. 2026.

LABRA, M. E.; FIGUEIREDO, J. S. A. Associativismo, participação e cultura cívica: o potencial dos conselhos de saúde. Ciência & Saúde Coletiva, v. 7, n. 3, p. 537–547, 2002.

LOPATIUK, C. et al. Conselhos de Saúde como arenas de disputa: análise sociopolítica da participação popular na gestão do SUS. Revista de Geopolítica, v. 17, n. 3, e1937, 2026. DOI: 10.56238/revgeov17n3-159.

PAIM, J. S. Democracia, cidadania e saúde no Brasil: desafios para o fortalecimento do SUS. Ciência & Saúde Coletiva, v. 29, n. 7, e02192024, 2024. DOI: 10.1590/1413-81232024297.02192024.

ROTHER, E. T. Revisão sistemática x revisão narrativa. Acta Paulista de Enfermagem, São Paulo, v. 20, n. 2, p. v–vi, 2007.

SCIELO. Efetividade da participação de um conselho municipal de saúde. Saúde em Debate, v. 44, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb>. Acesso em: 21 jun. 2026.

UNIRG — UNIVERSIDADE DE GURUPI. Ministério da Educação publica portaria de aprovação do Mestrado em Biociências e Saúde da UnirG. Gurupi: UnirG, abr. 2025. Disponível em: <https://www.unirg.edu.br>. Acesso em: 21 jun. 2026.

UNIRG — UNIVERSIDADE DE GURUPI. Programa de Pós-Graduação em Biociências e Saúde (PPGBS). Gurupi: UnirG, 2025. Disponível em: <https://www.unirg.edu.br/ppgbs>. Acesso em: 21 jun. 2026.

O PAPEL DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA ESTADUAL NA SEGURANÇA DO PACIENTE NO SUS: EXPERIÊNCIA DE IMPLANTAÇÃO DE NÚCLEOS MUNICIPAIS EM RONDÔNIA

LIDIANE MARIA DA SILVA ARAÚJO: ELISSANDRA BRASIL DO CARMO; EVELYN DE SOUSA PINHEIRO MOREIRA

RESUMO

A segurança do paciente constitui componente essencial da qualidade assistencial e da efetivação dos princípios da universalidade, integralidade e equidade do Sistema Único de Saúde (SUS). Em consonância com diretrizes nacionais e internacionais voltadas à prevenção de danos evitáveis, este estudo relata a experiência de implantação dos Núcleos Municipais de Segurança do Paciente (NSP-Municipais) em Rondônia, desenvolvida em 2024 pela Agência Estadual de Vigilância em Saúde (AGEVISA-RO), em parceria com a Secretaria de Estado da Saúde (SESAU-RO) e com apoio metodológico da Planificação da Atenção à Saúde (PROADI-SUS). Trata-se de um relato de experiência que descreve estratégias de sensibilização, capacitação e apoio técnico destinadas aos 52 municípios do estado para institucionalização de estruturas locais de governança da segurança do paciente. A iniciativa envolveu reuniões virtuais, mentorias, oficinas presenciais e suporte técnico para elaboração de protocolos, planos municipais e adesão aos sistemas de notificação. Ao final do período, nove municípios formalizaram seus NSP-Municipais, fortalecendo a integração entre Vigilância Sanitária, Atenção Primária à Saúde e gestão municipal. Entre os principais desafios identificados destacaram-se limitações de financiamento, desigualdades regionais, escassez e elevada rotatividade da força de trabalho, dificuldades na elaboração de instrumentos de gestão e necessidade de ampliar o uso de tecnologias e sistemas de informação. Observou-se aumento das notificações de incidentes e eventos adversos, sugerindo fortalecimento da cultura de segurança, maior engajamento profissional e redução da subnotificação. A experiência evidencia que a institucionalização dos NSP-Municipais contribui para qualificar a assistência, ampliar a capacidade de monitoramento de riscos e fortalecer a governança da qualidade no SUS. Conclui-se que a segurança do paciente deve ser reconhecida como estratégia estruturante para a gestão pública em saúde, com potencial para promover maior segurança, equidade e efetividade do cuidado. Sua expansão e consolidação podem fortalecer a Atenção Primária à Saúde, a inovação na gestão e a sustentabilidade do SUS. Recomenda-se fortalecer a governança municipal, a educação permanente e o monitoramento por indicadores, além de ampliar o uso de tecnologias digitais e o apoio técnico aos municípios para qualificar a gestão de riscos e a cultura de segurança.

Palavras-chave: Segurança do Paciente; Redes de Atenção à Saúde; Gestão em Saúde.

1 INTRODUÇÃO

A Constituição Federal de 1988 e a Lei nº 8.080/1990 estabeleceram os fundamentos do Sistema Único de Saúde (SUS), assegurando o acesso universal, integral e equânime às

DOI: 10.51161/iv-conasus/83134

ações e aos serviços de saúde (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990). Nesse contexto, a ampliação do acesso deve estar associada à garantia da qualidade e da segurança da assistência prestada à população.

A segurança do paciente ganhou relevância internacional a partir do reconhecimento dos impactos dos eventos adversos evitáveis sobre a morbimortalidade. Em resposta, a Organização Mundial da Saúde (OMS) desenvolveu iniciativas globais para redução de danos relacionados ao cuidado em saúde, culminando no Plano de Ação Global para Segurança do Paciente 2021–2030, voltado ao fortalecimento de sistemas de saúde mais seguros e resilientes (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2021).

No Brasil, a Portaria nº 529/2013 instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), promovendo a gestão de riscos, a notificação de incidentes e o fortalecimento da cultura de segurança (BRASIL, 2013a). Complementarmente, a Resolução da Diretoria Colegiada - RDC da ANVISA nº 36/2013 estabeleceu diretrizes para a segurança do paciente nos serviços de saúde, posteriormente consolidadas pelo Documento de Referência para o PNSP (BRASIL, 2013b; BRASIL, 2014). Mais recentemente, a Portaria GM/MS nº 11.527/2026 instituiu a Política Nacional de Qualidade e Segurança do Paciente, enquanto a Lei nº 15.378/2026 aprovou o Estatuto dos Direitos do Paciente, fortalecendo a prevenção de incidentes, a participação do usuário no cuidado e a proteção dos direitos dos pacientes (BRASIL, 2026b; BRASIL, 2026c). Esses instrumentos reforçam a qualidade assistencial e a cultura de segurança no SUS.

A Vigilância Sanitária desempenha papel estratégico nesse processo ao atuar na regulação, monitoramento e indução de práticas seguras. Nesse sentido, o Plano Integrado para a Gestão Sanitária da Segurança do Paciente em Serviços de Saúde 2021–2025 e sua atualização para 2026–2030 destacam a integração entre vigilância, gestão e assistência como elemento essencial para o fortalecimento da segurança do paciente no país (BRASIL, 2021; BRASIL, 2026a).

Em Rondônia, a Coordenação Estadual de Segurança do Paciente (CESP-VISA) e a Coordenação Estadual de Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (CECIRAS-VISA) vinculados à Gerência Técnica de Vigilância Sanitária (GTVISA) da Agência Estadual de Vigilância em Saúde de Rondônia (AGEVISA-RO), identificaram a necessidade de ampliar as ações de segurança do paciente para além do ambiente hospitalar, fortalecendo a governança municipal da qualidade assistencial. Nesse contexto, foi desenvolvido o projeto Top 10 Núcleos de Segurança do Paciente Municipais (NSP-Municipal), em parceria com a Secretaria de Estado da Saúde de Rondônia (SESAU-RO), por meio da coordenação da Divisão de Atenção Primária à Saúde (DAB-SESAU), com apoio metodológico da Planificação da Atenção à Saúde (PAS), iniciativa do iniciativa do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS), mediada pelo Hospital da Beneficência Portuguesa de São Paulo.

2 RELATO DE CASO/EXPERIÊNCIA

A experiência foi desenvolvida ao longo de 2024 pela Coordenação Estadual de Segurança do Paciente (CESP-VISA) e pela Coordenação Estadual de Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (CECIRAS-VISA), vinculadas à Vigilância Sanitária da AGEVISA-RO, em parceria com a Secretaria de Estado da Saúde de Rondônia (SESAU-RO), por meio do Departamento de Atenção Básica (DAB), e com apoio metodológico da Planificação da Atenção à Saúde (PAS), iniciativa do PROADI-SUS conduzida pelo Hospital Beneficência Portuguesa de São Paulo.

A iniciativa surgiu a partir da identificação de uma lacuna nos municípios rondonienses: o desconhecimento, por parte de gestores e profissionais, acerca da viabilidade,

importância e benefícios da implantação de Núcleos Municipais de Segurança do Paciente (NSP-Municipais). Embora algumas ações relacionadas à qualidade assistencial já fossem desenvolvidas localmente, inexistiam, em grande parte dos municípios, estruturas formais de governança capazes de coordenar estratégias de segurança do paciente. Além disso, a temática era frequentemente associada exclusivamente ao ambiente hospitalar, limitando sua incorporação como ferramenta estratégica de gestão em toda a Rede de Atenção à Saúde. Diante desse cenário, foi proposta a implantação dos NSP-Municipais, fundamentada nos princípios do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) e adaptada à realidade dos municípios. A estratégia buscou sensibilizar gestores sobre a contribuição desses núcleos para a prevenção de danos evitáveis, qualificação da assistência, fortalecimento dos processos de trabalho, melhoria da gestão pública e ampliação da segurança dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS).

O projeto envolveu os 52 municípios do estado e foi operacionalizado por meio de reuniões virtuais, encontros regionais, mentorias individualizadas e oficinas presenciais. As atividades possibilitaram esclarecimento de dúvidas, compartilhamento de experiências exitosas e apoio técnico para implantação e consolidação dos NSP-Municipais. Como ferramenta de adesão, foi disponibilizado formulário eletrônico via Google Forms, seguido de cronograma para envio da documentação comprobatória dos critérios estabelecidos. Os requisitos definidos para reconhecimento dos municípios incluíram: instituição formal do NSP-Municipal por ato administrativo; elaboração dos protocolos básicos de segurança do paciente preconizados pelo PNSP (identificação do paciente, higienização das mãos, cirurgia segura, segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos, prevenção de quedas e prevenção de lesão por pressão); elaboração do Plano Municipal de Segurança do Paciente; cadastro do núcleo no sistema Notivisa e participação nas reuniões periódicas do projeto.

Como estratégia de engajamento do projeto, foram oferecidas oficinas somente para os municípios premiados, durante o XI Encontro Estadual de Segurança do Paciente e VII Encontro Estadual de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde, em Porto Velho. O evento reuniu gestores, profissionais e especialistas para discutir estratégias de qualificação da assistência, gestão de riscos, prevenção de eventos adversos, controle de infecções, monitoramento por indicadores e fortalecimento da cultura de segurança e o papel dos municípios nestas ações. Os custos de hospedagem e alimentação dos participantes dos demais municípios foram financiados pela AGEVISA-RO.

Ao final do período avaliativo, nove municípios atenderam ao critério mínimo de formalização do NSP-Municipal: Alta Floresta d'Oeste, Buritis, Cabixi, Guajará-Mirim, Mirante da Serra, Ouro Preto do Oeste, Pimenta Bueno, Porto Velho e Vilhena. Esses municípios receberam reconhecimento institucional durante o evento estadual e participaram de oficina específica voltada à sustentabilidade dos núcleos e à definição de metas alinhadas ao Plano de Ação Global para a Segurança do Paciente 2021–2030 e ao Plano Integrado para a Gestão Sanitária da Segurança do Paciente em Serviços de Saúde 2021–2025. Embora a formalização dos núcleos tenha sido alcançada por parte dos municípios, a elaboração dos demais instrumentos exigidos apresentou maior complexidade técnica e administrativa.

As principais dificuldades estiveram relacionadas à necessidade de conhecimentos específicos em gestão da qualidade e segurança do paciente, elaboração de normativas, definição de fluxos assistenciais, construção de indicadores e estruturação de processos de governança. Também foram identificados desafios decorrentes da escassez de recursos humanos qualificados, elevada rotatividade de profissionais e gestores, sobrecarga das equipes e necessidade de articulação entre diferentes setores da administração municipal. Entre os principais desafios da implementação destacaram-se o conhecimento limitado sobre segurança do paciente no âmbito da gestão municipal, resistência inicial à adesão ao projeto, fragilidades na cultura de gerenciamento de riscos e dificuldades para elaboração e

implementação dos protocolos e planos municipais. Aspectos territoriais, como a ampla extensão geográfica do estado e as limitações de recursos para apoio presencial aos municípios, também influenciaram o processo.

Para superar essas barreiras, foram desenvolvidas ações contínuas de sensibilização, capacitação e suporte técnico, incluindo mentorias, oficinas, reuniões virtuais, materiais orientativos disponibilizados em plataformas digitais e grupos de comunicação instantânea. Também foram fornecidos modelos de documentos, orientações técnicas e apoio especializado para elaboração dos planos e protocolos. Adicionalmente, foram promovidas capacitações sobre cultura justa, gestão de riscos e análise de incidentes, além do incentivo à composição multiprofissional dos núcleos e ao fortalecimento da governança local. Essas estratégias contribuíram para ampliar a capacidade técnica dos municípios e favorecer a sustentabilidade das ações voltadas à segurança do paciente na Rede de Atenção à Saúde.

3 DISCUSSÃO

A experiência desenvolvida em Rondônia demonstra que a implantação de Núcleos Municipais de Segurança do Paciente (NSP-Municipais) constitui estratégia viável para fortalecer a governança da segurança do paciente na gestão municipal do Sistema Único de Saúde (SUS). Embora o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) tenha promovido avanços relevantes na organização dos serviços de saúde, suas ações permanecem predominantemente concentradas em hospitais e serviços especializados. Nesse contexto, a iniciativa amplia o alcance da política ao inserir a gestão municipal como protagonista na coordenação das ações de segurança em seu território. A formalização de nove NSP-Municipais representa avanço significativo para Rondônia, especialmente pelo caráter inovador da proposta. Os núcleos favoreceram a articulação entre Vigilância Sanitária, Atenção Primária à Saúde (APS), serviços especializados e gestão municipal, fortalecendo a integração das Redes de Atenção à Saúde e a capacidade de governança do SUS.

A educação permanente constituiu eixo central da intervenção. Reuniões, mentorias e oficinas promoveram a construção coletiva do conhecimento e a incorporação progressiva dos princípios da segurança do paciente pelas equipes locais. Além disso, observou-se maior aproximação entre Vigilância Sanitária, APS e gestão municipal, ampliada pela participação da Secretaria de Estado da Saúde por meio da Divisão Estadual de Atenção Primária. A experiência também evidenciou desafios estruturais para a consolidação da cultura de segurança no SUS. A elevada rotatividade de profissionais compromete a continuidade das ações e exige processos permanentes de qualificação. Adicionalmente, parte dos municípios apresentou dificuldades para elaborar planos estruturados de segurança do paciente e implantar sistemas formais de gerenciamento de riscos. Tais limitações refletem desafios históricos do SUS relacionados à capacidade de gestão, qualificação da força de trabalho e institucionalização de práticas de monitoramento e avaliação.

Apesar dessas dificuldades, verificou-se fortalecimento institucional das ações voltadas à qualidade assistencial. Destaca-se o município de Porto Velho, que avançou na estruturação de coordenação municipal específica para a temática, em articulação com a Vigilância Sanitária Estadual. Os municípios participantes também exerceram importante papel multiplicador, disseminando conhecimentos técnicos e estimulando a adesão de outras localidades às iniciativas de segurança do paciente. Os resultados indicam que um dos principais obstáculos à implantação da cultura de segurança não está apenas na disponibilidade de recursos financeiros, mas no reconhecimento da segurança do paciente como instrumento estratégico de gestão. Ao longo do projeto, gestores municipais passaram a compreender seu potencial para qualificar a assistência, reduzir riscos, organizar processos de trabalho e fortalecer a governança dos serviços de saúde. Os impactos observados ultrapassam

o número de núcleos implantados, refletindo a construção gradual de uma cultura de segurança orientada à prevenção de danos, à melhoria contínua da qualidade assistencial e ao fortalecimento dos princípios do SUS.

Nesse sentido, destaca-se o aumento da adesão às notificações de incidentes e eventos adversos no Notivisa, sistema utilizado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) para monitoramento de incidentes e eventos adversos em segurança do paciente (BRASIL, 2013; BRASIL, 2026d). Dados do Painel de Incidentes e eventos adversos Relacionados à Assistência à Saúde da Anvisa evidenciam crescimento expressivo das notificações de eventos com dano grave em Rondônia. Os registros passaram de 27 casos em 2023 para 59 em 2024 (118%), 115 em 2025 (95%) e 131 notificações até junho de 2026, superando todo o volume registrado no ano anterior. Esse comportamento sugere fortalecimento da cultura de segurança, maior engajamento dos profissionais e redução da subnotificação (ANVISA, 2026; SANTANA, 2023). Tendência semelhante foi observada no total de notificações registradas no estado. Após crescimento gradual entre 2021 e 2023, quando foram registradas 2.292, 2.778 e 4.792 notificações, respectivamente, o estado alcançou 6.935 registros em 2024, durante a implantação do projeto, representando aumento de 44,7% em relação a 2023. Em 2025 foram registradas 6.762 notificações, e até junho de 2026 já haviam sido contabilizadas 4.595 ocorrências (BRASIL, 2026d). Embora os resultados não permitam estabelecer relação causal direta, existe associação temporal entre a implementação do projeto e o aumento das notificações de incidentes e eventos adversos, constitui evidência consistente de sua contribuição para o fortalecimento da cultura de segurança do paciente. Os achados indicam que iniciativas dessa natureza podem ampliar a capacidade de monitoramento dos riscos assistenciais, reduzir a subnotificação e fortalecer a governança da qualidade no SUS em todos os níveis de atenção, abrangendo tanto os serviços públicos quanto à iniciativa privada, que participa do SUS de forma complementar.

Como perspectiva, a experiência reforça a necessidade de expandir e institucionalizar os NSP-Municipais, consolidando a segurança do paciente como componente estratégico da gestão pública em saúde. O fortalecimento dessas estruturas poderá contribuir para a qualificação da assistência, a sustentabilidade das redes de atenção e o aprimoramento contínuo do SUS, especialmente diante dos desafios relacionados à gestão, à qualificação profissional e à garantia de cuidado seguro e de qualidade para a população.

4 CONCLUSÃO

A experiência de implantação dos Núcleos Municipais de Segurança do Paciente (NSP-Municipais) em Rondônia evidenciou o potencial da gestão municipal como protagonista na promoção da qualidade assistencial e da segurança do paciente no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Ao ampliar a abordagem da segurança para além do ambiente hospitalar e incorporá-la à gestão das Redes de Atenção à Saúde, a iniciativa contribuiu para o fortalecimento da governança local, da cultura de segurança e da integração entre Vigilância Sanitária, Atenção Primária à Saúde e demais pontos de atenção.

Os resultados demonstram que a institucionalização de estruturas municipais voltadas à segurança do paciente favorece a organização dos processos de trabalho, a gestão de riscos, o monitoramento de incidentes e a qualificação contínua da assistência, repercutindo diretamente na proteção da saúde da população. O aumento das notificações de incidentes e eventos adversos observado durante o período de implementação sugere maior sensibilização dos profissionais e fortalecimento dos mecanismos de vigilância e aprendizado organizacional, elementos essenciais para a redução de danos evitáveis e para a melhoria da qualidade do cuidado.

DOI: 10.51161/iv-conasus/83134

Entretanto, a experiência também evidenciou desafios estruturais que refletem o cenário contemporâneo do SUS, incluindo limitações de financiamento, desigualdades regionais, dificuldades de acesso a apoio técnico especializado, fragilidades na gestão, escassez e alta rotatividade da força de trabalho, além da necessidade de ampliar a incorporação de tecnologias e sistemas de informação voltados à gestão da qualidade e da segurança do paciente. Tais aspectos reforçam a importância de estratégias permanentes de educação, qualificação profissional e fortalecimento da capacidade institucional dos municípios.

Nesse contexto, a consolidação dos NSP-Municipais apresenta-se como estratégia relevante para o fortalecimento do SUS, especialmente ao contribuir para a regionalização das ações, a promoção da equidade e a qualificação da atenção à saúde em diferentes territórios. Além disso, a experiência dialoga com perspectivas futuras do sistema, que incluem o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde como coordenadora do cuidado, a transformação digital dos processos assistenciais e gerenciais, a inovação em saúde, a ampliação da participação social e a construção de modelos de gestão mais eficientes e sustentáveis.

Conclui-se que a segurança do paciente deve ser reconhecida como componente estratégico da gestão pública em saúde e como requisito fundamental para a efetivação dos princípios da universalidade, integralidade e equidade. A expansão e a institucionalização de iniciativas semelhantes poderão contribuir para a sustentabilidade do SUS, para o aprimoramento contínuo da qualidade assistencial e para a oferta de um cuidado cada vez mais seguro, resolutivo e centrado nas necessidades da população.

Para garantir a sustentabilidade do Projeto Top 10 NSP-Municipais, recomenda-se sua institucionalização como estratégia permanente da AGEVISA-RO e SESAU-RO, com fortalecimento da governança municipal e integração às Redes de Atenção à Saúde. É fundamental manter ações contínuas de educação permanente, apoio técnico e monitoramento por indicadores. A ampliação do uso de tecnologias digitais pode qualificar a gestão de riscos, a análise de incidentes e a tomada de decisão. Também se destaca a necessidade de enfrentar desafios relacionados à rotatividade da força de trabalho e às desigualdades regionais. A valorização das boas práticas e o compartilhamento de experiências exitosas entre municípios podem favorecer a consolidação da cultura de segurança. Essas ações contribuem para fortalecer a qualidade assistencial, a segurança do paciente e a sustentabilidade do SUS.

REFERÊNCIAS

BORCHHARDT, S. V. B. et al. Incidência de eventos adversos na assistência à saúde. Research, Society and Development, v. 11, n. 4, 2022. Disponível em: https://rsdjournal.org. Acesso em: 21 jun. 2026.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Painéis públicos de notificação de eventos adversos relacionados à assistência à saúde. Brasília: Anvisa, 2026d. Disponível em: https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/servicosdesaude/notificacoes/notificacao-de-incidentes-eventos-adversos-nao-infecciosos-relacionados-a-assistencia-a-saude/paineis-publicos. Acesso em: 21 jun. 2026.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Plano Integrado para a Gestão Sanitária da Segurança do Paciente em Serviços de Saúde 2021-2025. Brasília, DF: ANVISA, 2021. Disponível em: https://www.gov.br/anvisa. Acesso em: 21 jun. 2026.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Plano Integrado para a Gestão Sanitária da Segurança do Paciente em Serviços de Saúde 2026-2030. Brasília, DF: ANVISA, 2026a. Disponível em: https://www.gov.br/anvisa. Acesso em: 21 jun. 2026.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html. Acesso em: 21 jun. 2026.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 21 jun. 2026.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 21 jun. 2026.

BRASIL. Lei nº 15.378, de 6 de abril de 2026. Institui o Estatuto dos Direitos do Paciente. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 7 abr. 2026b. Disponível em: https://www.in.gov.br. Acesso em: 21 jun. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Documento de Referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_segurança.pdf. Acesso em: 21 jun. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html. Acesso em: 21 jun. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 11.527, de 9 de junho de 2026. Institui a Política Nacional de Qualidade e Segurança do Paciente. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 10 jun. 2026c. Disponível em: https://www.in.gov.br. Acesso em: 21 jun. 2026.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Global Patient Safety Action Plan 2021–2030. Geneva: WHO, 2021. Disponível em: https://www.who.int/publications/i/item/9789240032705. Acesso em: 21 jun. 2026.

SUPERAÇÃO DOS DESAFIOS DA AMAMENTAÇÃO COM SUPORTE DO BANCO DE LEITE HUMANO.

ANA CARINA EFFTING; JANAINA DE LIMA MOTA WOICICHOSKI; ADRIANE WELTER; GIORGIO ALDIGUERI TRENTIN

Introdução: O Banco de Leite Humano do Hospital São Lucas integra a rede de atenção materno-infantil de Lucas do Rio Verde–MT, desenvolvendo ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno. Considerando as dificuldades frequentemente enfrentadas por gestantes e puérperas, como dor, insegurança e dificuldades na pega, o serviço oferece acolhimento, orientação técnica e acompanhamento contínuo, contribuindo para o sucesso da amamentação e para o fortalecimento da doação de leite humano. **Objetivo:** Relatar a experiência do Banco de Leite Humano do Hospital São Lucas no apoio à superação dos desafios da amamentação e sua repercussão na doação de leite humano. **Metodologia:** Trata-se de um relato de experiência desenvolvido entre maio e julho de 2025. Foi aplicado um questionário on-line às puérperas atendidas pelo BLH, obtendo-se 23 respostas de um total de 50 mulheres convidadas. Investigaram-se o momento de acesso ao serviço, os motivos da procura, a percepção sobre a escuta qualificada, os impactos do atendimento na amamentação e a influência do serviço na decisão de doar leite humano. Os dados foram analisados de forma descritiva, complementados por relatos das participantes. **Resultados:** Entre as respondentes, 65,2% conheceram o serviço por meio das redes sociais e 87% realizaram o parto no Hospital São Lucas. O acesso ao BLH ocorreu principalmente após a alta hospitalar (47,8%) e durante a internação neonatal (39,1%). Os principais motivos de procura foram insegurança na amamentação (60,9%) e dor mamilar (34,8%). O atendimento foi considerado fundamental para o sucesso da amamentação, sendo que 34,8% das participantes afirmaram que não teriam conseguido amamentar sem o suporte recebido. Em relação à doação de leite humano, 91,3% receberam orientações sobre o tema, destacando como facilitadores a coleta domiciliar (82,4%) e a comunicação via WhatsApp (58,8%). **Conclusão:** O BLH mostrou-se um espaço estratégico de cuidado integral, promovendo autonomia materna, qualificação do manejo da lactação e incentivo à doação de leite humano. A experiência demonstra impacto positivo na assistência materno-infantil e potencial de replicabilidade em outros serviços de saúde.

Palavras-chave: **BANCO DE LEITE HUMANO; ALEITAMENTO MATERNO; DOAÇÃO DE LEITE HUMANO**

DOI: 10.51161/iv-conasus/83145

EPIDEMIOLOGIA DA ATIVIDADE FÍSICA E SUA INSERÇÃO COMO ESTRATÉGIA DE PROMOÇÃO DA SAÚDE NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS): UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

GUILHERME ANDRADE LIMA

Introdução: A inatividade física é reconhecida como uma pandemia global associada ao aumento da morbimortalidade por doenças crônicas não transmissíveis. No Brasil, a institucionalização da promoção da saúde ganhou força com a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) em 2006, que elegeu a atividade física (AF) como uma de suas prioridades estratégicas dentro do SUS. **Objetivo:** Analisar a evolução da pesquisa epidemiológica em atividade física no Brasil e descrever sua inserção e efetividade como estratégia de promoção da saúde no SUS. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão baseada em cinco artigos que utilizam revisões sistemáticas e estudos experimentais para investigar a produção científica, as políticas públicas e o impacto das intervenções de AF na rede pública de saúde entre 1990 e 2017. **Resultados:** A pesquisa epidemiológica nacional em AF teve início em 1990, com crescimento acentuado a partir de 2000, mas ainda revela forte disparidade regional, concentrando-se no Sul e Sudeste. A PNPS fomentou o financiamento de programas como o "Academia da Cidade" e a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf), inserindo o profissional de educação física na atenção básica. Estudos de efetividade demonstram que intervenções baseadas em educação em saúde são superiores a aulas de exercícios isoladas na manutenção da prática autônoma a longo prazo. Contudo, a atuação profissional ainda é predominantemente curativa e voltada para a população idosa, com carência de ações para crianças e adolescentes. Além disso, a área enfrenta desafios metodológicos devido à falta de padronização de instrumentos e definições operacionais. **Conclusão:** A promoção da AF no SUS avançou institucionalmente, mas requer a expansão das ações para todos os ciclos da vida e um foco maior na prevenção primária. É essencial aprimorar a formação em saúde coletiva e padronizar os métodos de avaliação para consolidar a atividade física como pilar sustentável da saúde pública brasileira.

Palavras-chave: **ATIVIDADE FÍSICA; SAÚDE PÚBLICA; EPIDEMIOLOGIA**

DOI: 10.51161/iv-conasus/83154

OS DESAFIOS ACERCA DA ATUAÇÃO DO PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA NO SUS

GUILHERME ANDRADE LIMA

Introdução: A inserção do profissional de Educação Física (PEF) no SUS, consolidada especialmente após a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) em 2006 e a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), é fundamental para o enfrentamento de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). Contudo, essa trajetória é marcada por distanciamentos históricos entre a formação técnica da área e as diretrizes da saúde coletiva. **Objetivo:** Analisar a inserção, as formas de atuação e, principalmente, os desafios enfrentados pelos profissionais de Educação Física na Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil. **Metodologia:** Os estudos consistem em revisões sistemáticas e integrativas da literatura nacional, além de um ensaio histórico-crítico. Foram analisados artigos publicados entre 2005 e 2021, coletados em bases de dados como LILACS, SciELO e Google Acadêmico. **Resultados:** Os estudos demonstram que os principais desafios da atuação do profissional de Educação Física no SUS estão relacionados à formação acadêmica insuficiente, ainda marcada pelo biologicismo e tecnicismo, com pouca aproximação das demandas da saúde coletiva. Essa lacuna favorece uma prática reducionista, frequentemente limitada ao controle de doenças crônicas e à prescrição de exercícios voltada ao gasto energético e à estética, deixando em segundo plano a determinação social do processo saúde-doença e a autonomia dos usuários. Além disso, destacam-se dificuldades estruturais, como a ausência de espaços adequados nas Unidades Básicas de Saúde e a falta de materiais, levando os profissionais a utilizarem estratégias improvisadas. Também há instabilidade no vínculo profissional, devido à baixa oferta de concursos e ao predomínio de contratos temporários, dificultando a construção de relações contínuas com equipes e comunidades. Por fim, persistem barreiras de integração interdisciplinar, evidenciadas pelo desconhecimento sobre o papel do educador físico e por preconceitos que limitam sua inserção em ações coletivas e matriciais no SUS. **Conclusão:** Embora o PEF seja reconhecido como profissional de saúde, sua atuação no SUS ainda é limitada e carece de maior abrangência populacional. Conclui-se que é urgente reformular a formação inicial para a saúde coletiva e garantir condições de trabalho estáveis para que o profissional contribua efetivamente para a promoção da saúde e autonomia dos usuários.

Palavras-chave: **EDUCAÇÃO FÍSICA; SAÚDE COLETIVA; PROMOÇÃO DE SAÚDE**

DOI: 10.51161/iv-conasus/83157

AÇÕES EDUCATIVAS EM SAÚDE BUCAL PARA PESSOAS IDOSAS EM SERVIÇO AMBULATORIAL ESPECIALIZADO: PROJETO EDUCAÇÃO EM SAÚDE

LUIZ ADRIANO TEIXEIRA DO REGO BARROS; RENATA CRISTINA PINTO CÂMARA; DANIELA SOUZA FREITAS GABRIEL; MARCELO NAVALHO RODRIGUES DA CRUZ; ADRIANA BOTTONI; MONIRA SAMAAN KALLÁS

Introdução: A saúde bucal constitui dimensão essencial da funcionalidade, autonomia e qualidade de vida da pessoa idosa, sobretudo diante da maior vulnerabilidade a perdas dentárias, uso de próteses, xerostomia, doença periodontal, limitações mastigatórias e dependência para atividades cotidianas. Nesse cenário, ações educativas incorporadas à rotina assistencial podem ampliar conhecimento em saúde, favorecer o autocuidado, qualificar a identificação precoce de sinais de alerta e fortalecer a integração entre odontologia, promoção da saúde e cuidado multiprofissional. **Objetivo:** Avaliar a satisfação, o aprendizado adquirido e a aplicabilidade prática de ações educativas em saúde bucal voltadas a pessoas idosas em serviço ambulatorial especializado. **Metodologia:** Estudo transversal, descritivo, de abordagem quantitativa, realizado entre 15 e 17 de junho de 2026, por meio de questionário eletrônico estruturado, anônimo e voluntário. Foram incluídos pacientes idosos acompanhados no serviço, participantes ou expostos às ações educativas desenvolvidas nos últimos dois anos. O instrumento avaliou participação, compreensão da linguagem, aprendizado adquirido, motivação para autocuidado, temas assimilados, satisfação geral, recomendação da atividade, possibilidade de compartilhamento das informações e interesse em novas ações. Os dados foram analisados por estatística descritiva, com frequências absolutas e relativas, média e mediana. **Resultados:** Foram obtidas 219 respostas válidas, das quais 175 (79,9%) corresponderam a participantes das ações educativas. A satisfação média foi 9,46/10, com mediana 10, e 84,0% atribuíram notas 9 ou 10. Entre os participantes, 97,7% referiram aprendizado novo, 96,0% maior motivação para autocuidado, 94,9% compreensão fácil da linguagem, 96,0% indicariam a atividade e 97,1% demonstraram interesse em novas ações. Os temas mais assimilados concentraram-se em práticas essenciais ao cuidado diário, como escovação, higienização de próteses, uso de fio dental ou escova interdental, manejo da boca seca e procura oportuna por atendimento odontológico. **Conclusão:** As ações educativas apresentaram elevada aceitabilidade, impacto educativo e aplicabilidade prática, configurando estratégia de baixo custo e alto valor assistencial para fortalecer autonomia, adesão ao cuidado odontológico, funcionalidade e promoção integral da saúde bucal da pessoa idosa.

Palavras-chave: **EDUCAÇÃO EM SAÚDE; ODONTOGERIATRIA; SAÚDE BUCAL**

DOI: 10.51161/iv-conasus/83167

PERFIL ODONTOLÓGICO DE IDOSOS EM ATENÇÃO SECUNDÁRIA: INDICADORES PARA QUALIFICAÇÃO DO CUIDADO INTEGRAL

LUIZ ADRIANO TEIXEIRA DO REGO BARROS; RENATA CRISTINA PINTO CÂMARA; MARCELO NAVALHO RODRIGUES DA CRUZ; ADRIANA BOTTONI; MONIRA SAMAAN KALLÁS

Introdução: O envelhecimento populacional amplia a demanda por cuidados em saúde bucal, especialmente em serviços de atenção secundária, onde são frequentes multimorbidade, perdas dentárias, uso de próteses e necessidades reabilitadoras. A caracterização do perfil odontológico dessa população pode subsidiar a organização do cuidado e a construção de indicadores assistenciais. **Objetivo:** Caracterizar o perfil odontológico de pacientes idosos atendidos em um serviço ambulatorial de atenção secundária e converter os achados assistenciais em indicadores, sistematizando recomendações clínicas, educativas e gerenciais aplicáveis ao serviço. **Metodologia:** Estudo descritivo, transversal e retrospectivo, realizado entre janeiro e dezembro de 2025, a partir da análise de registros administrativos e clínicos de pacientes idosos atendidos em ambulatório especializado. Foram avaliadas variáveis sociodemográficas, condições sistêmicas, queixas odontológicas, necessidades de tratamento, uso de próteses, origem do encaminhamento, tratamento realizado ou indicado e desfecho assistencial. Os resultados foram organizados por frequências absolutas e relativas, com interpretação voltada à aplicabilidade clínica, educativa e gerencial. **Resultados:**Observou-se predominância de pacientes do gênero feminino, média de idade de 73,2 anos, elevada frequência de multimorbidades e importante demanda relacionada à reabilitação protética. As principais queixas odontológicas envolveram próteses desadaptadas, dificuldade mastigatória, necessidades restauradoras, condições periodontais e demandas preventivas. A análise evidenciou forte interface entre odontologia e equipe multiprofissional, além da necessidade de monitoramento sistemático de condições que impactam funcionalidade, nutrição e qualidade de vida. **Conclusão:** O perfil odontológico dos idosos atendidos na atenção secundária caracteriza-se por elevada complexidade clínica e importante necessidade reabilitadora. A transformação dos dados assistenciais em indicadores contribui para o planejamento de agendas, priorização de casos de maior risco, fortalecimento das ações educativas, aprimoramento dos fluxos internos e qualificação do cuidado integral à pessoa idosa, reforçando o papel estratégico da odontologia no envelhecimento saudável.

Palavras-chave: **ATENÇÃO SECUNDÁRIA À SAÚDE; IDOSO; SAÚDE BUCAL**

DOI: 10.51161/iv-conasus/83168

VÍNCULOS QUE SUSTENTAM: A IMPORTÂNCIA DA REDE DE APOIO NA TRANSIÇÃO DE JOVENS INSTITUCIONALIZADOS

LÍVIA OLIVEIRA ROSALINO; PAULA MAYUMI ISEWAKI

RESUMO

No âmbito das políticas públicas de saúde, o acolhimento de adolescentes demanda um olhar ampliado sobre as singularidades do desenvolvimento humano e das condições sociais que atravessam essa fase da vida. Quando esses sujeitos completam 18 anos, surgem novos desafios referentes à permanência nos serviços, à reorganização dos vínculos terapêuticos e à inserção em dispositivos destinados ao público adulto, tornando necessária a reflexão sobre a continuidade do cuidado no SUS. Um olhar sobre a importância do seguimento como garantia de direitos, suporte psicossocial, especialmente diante das vulnerabilidades sociais, emocionais e familiares que muitos jovens passam neste período de construção de autonomia. Entretanto, ao completarem 18 anos, muitos jovens enfrentam rupturas nos vínculos institucionais e mudanças nos dispositivos de cuidado, o que pode gerar impactos significativos na continuidade da assistência e na construção de autonomia. O território de referência muda e o estrangeirismo acontece em muitos aspectos, sujeito se constrói novamente e dessa vez por conta própria, autonomia e responsabilidade de gerir e sobreviver o que é um desafio para um adolescente que rompe com a infância e começa a responder como adulto com demandas aquém de sua realidade, a rede que sustenta e é institucionalizada prepara desde os 16 anos para ingressar no jovem aprendiz, são ensinados no abrigo para que o adolescente tenha sua saída aos 18 anos, mas as nuances são muitas uma vez que esses jovens encontram dificuldades de administrar carga horária de escola, trabalho, educação financeira de saber gerir, cuidados com a saúde, bem-estar, alimentação e saberes domésticos.

Palavras-chave: maioridade; desinstitucionalização; acolhimento.

1INTRODUÇÃO

Sob a perspectiva de Winnicott (1983), o desenvolvimento emocional saudável depende da existência de um ambiente suficientemente bom, capaz de oferecer sustentação, proteção e continuidade dos cuidados. Nesse sentido, a fragilidade dos vínculos familiares e institucionais pode impactar o desenvolvimento emocional, uma vez que a constituição subjetiva ocorre em estreita relação com o ambiente de cuidado. Embora o acolhimento institucional representa uma importante medida de proteção diante de situações de violação de direitos, a permanência prolongada nessas instituições pode produzir efeitos que ultrapassam a garantia da segurança física, repercutindo também nas dimensões afetivas e psicossociais dos sujeitos. A discussão será realizada a partir de um relato de experiência de estágio em um Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPS IJ), articulando a vivência prática com a literatura da área e com a necessidade de fortalecimento de políticas

DOI: 10.51161/iv-conasus/83174

públicas voltadas à desinstitucionalização, à garantia de direitos e à construção de estratégias mais estruturadas para a transição desses jovens para a vida adulta.

2 RELATO DE CASO/EXPERIÊNCIA

Para aprofundar o tema abordado, apresentaremos um relato de experiência vivida durante o estágio da graduação em psicologia das pesquisadoras.

Aconteceu durante os anos de 2018 e 2019, através do estágio obrigatório realizado no Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil (CAPS IJ) de uma cidade do sul fluminense.

Durante esse período, foi possível acompanhar o caso de um adolescente que passou a maior parte da sua vida institucionalizado: chegou ao abrigo com 5 anos de idade, após a perda do pátrio poder de sua mãe materna, pessoa que fazia poucas visitas e que não conseguiu sustentar um vínculo familiar. Até seus 16 anos, o garoto passou por três tentativas de adoções, das quais foi "devolvido" nas duas primeiras durante o estágio de convivência, por questões comportamentais; na terceira, ele mesmo solicitou seu retorno, pois era abusado pela mulher que o adotou.

No momento do período do estágio de uma das pesquisadoras, o adolescente estava com 16 anos, cursando o EJA, pois havia repetido alguns anos na escola e fazia uso regular de substâncias psicoativas (SPA). (YASUI, 2010). Ao longo dos dois anos de estágio, foi possível acompanhar diversos acontecimentos durante a vida do rapaz, que teve início com envolvimento no tráfico de drogas, mediado por seu tio materno.

O garoto relatava seus "plantões", que duravam 12h e, por conta disso, fazia uso de cocaína para se manter acordado. Andava armado e o momento mais tenso era sempre a troca de turnos, pois também havia movimentação policial. Durante um momento de ansiedade e preocupação, ele aparece no CAPS IJ fora de seus planos programados no Projeto Terapêutico Singular (PTS) e a equipe percebe esse movimento como uma forma de o usuário dizer que o CAPS é um espaço seguro para ele.

Com a intensificação de seu uso, pois o garoto sempre comparecia aos grupos no serviço sob efeito de SPA e, principalmente por conta de seu envolvimento com o tráfico, ele é encaminhado pelo próprio serviço público para uma Comunidade Terapêutica (CT) de uma cidade próxima.

Esse encaminhamento é uma situação clara do sucateamento do SUS, que passa a estabelecer articulações com outros dispositivos. Isso aconteceu em 2019, ano de lançamento da Nota Técnica nº 11, que inclui as CTs como componentes da Rede de Atenção Psicossocial, sob a justificativa de ampliação do cuidado (BRASIL, 2019). Porém, de acordo com o Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas, publicado pelo CFP em 2018, existem diversos casos de violência física e psicológica, intolerância religiosa, trabalho forçado e mascarado de laborterapia, entre outras formas de violação de direitos humanos.

O adolescente atendido pelo CAPS IJ relatou na época que apanhava em diversas situações, era obrigado a frequentar o culto todos os dias e fazia diversos trabalhos que não eram terapêuticos. Ou seja, as CTs foram incluídas na RAPS, porém são instituições que não seguem os princípios do Sistema Único de Saúde brasileiro.

Ele ficou 7 meses e retornou para o abrigo. Durante o tempo que ficou lá, alguns profissionais do CAPS IJ em conjunto com funcionários do abrigo, faziam visitas mensais ao garoto. Esse caso escancara a falta de políticas públicas necessárias para dar conta das demandas de casos complexos que passam a vida institucionalizados.

Após o retorno, o adolescente continuou participando de grupos terapêuticos no CAPS IJ, retomou os estudos no EJA e buscava vagas de trabalho. Trabalhou durante pouco

DOI: 10.51161/iv-conasus/83174

tempo e faltava muito às aulas; próximo ao período de completar a maioridade, durante uma audiência concentrada, foi determinado que ele não se poderia qualificar para aluguel social porque não estava com a frequência na escola regularizada.

Depois dessa situação, o período de estágio obrigatório encerrou. Cerca de um ano depois, a última informação sobre era de que o jovem estava em situação de rua. Isso demonstra as fragilidades das nossas políticas públicas em relação ao processo de desinstitucionalização de jovens após sua saída de abrigos ao completar os 18 anos.

3 DISCUSSÃO

Jovem ao completar 18 anos em situação de acolhimento são referenciados para o abrigo de adulto (Brasil, 2009) com o objetivo de garantir direitos básicos e promover a autonomia para a reinserção social em alguns casos encaminhados para as chamadas residências terapêuticas que funcionam como moradias assistidas com mesmo intuito da reinserção social. Em alguns municípios do estado do Rio de Janeiro possibilita o programa do aluguel social o que contribui para a despesa de moradia em caso de vulnerabilidade extrema, tem também em alguns municípios as repúblicas com adolescentes que completaram a maioridade que permitem residir até os 21 anos.

Apesar das diretrizes, a realidade de muitos jovens sem estrutura familiar e sem rede de apoio. É de uma responsabilidade de sobrevivência encarar a vida por si só, em casos de não conseguir vaga em repúblicas ou sem uma rede de contatos, muitos enfrentam dificuldades para manter o custeio básico e lidar com o isolamento emocional. Por isso, manter o vínculo com alguma rede e/ou políticas públicas que acolhem esse processo na vida adulta com apadrinhamento afetivo e o suporte contínuo de ONGs, projetos que conectam esses adolescentes com uma rede de apoio são essenciais nessa fase (VALENTE, 2013).

Mastroianni et al. (2018) afirmam que o acolhimento de crianças e adolescentes pode oferecer condições materiais, porém não dá conta de necessidades afetivas e não se configura como um espaço para organização e formação da própria identidade. Ou seja, são medidas importantes para determinadas situações de vulnerabilidade, porém a construção psíquica, de personalidade e estrutura de si mesmo ficam prejudicadas em ambientes que não conseguem oferecer esse suporte.

Além disso, é fundamental ressaltar a necessidade de articulação entre todos os equipamentos de proteção à infância e adolescência, em conjunto com a comunidade e a família, para assegurar o máximo possível a garantia de direitos e as melhores condições de cuidado dessa população. No contexto da saída dos adolescentes das instituições de acolhimento por conta da maioridade, deveria ser prioridade uma rede sólida e bem articulada para atender às necessidades de um momento tão específico e de tantas vulnerabilidades. Os jovens que viveram uma parte tão importante do desenvolvimento institucionalizados passam por uma fragilização na formação de si, das estratégias para tomadas de decisão, organização de tempo e responsabilidades, dentre outras funções importantes para a construção da vida adulta.

Essas reflexões apontam para a importância de um suporte institucional durante o período de adaptação à vida adulta após a saída dos acolhimentos. O planejamento de políticas públicas para esses casos em que os jovens são desinstitucionalizados apenas após completar a maioridade é fundamental para que essas pessoas estejam assistidas durante essa transição. É preciso evitar a fragmentação do cuidado, para que as redes de proteção à infância e à adolescência estejam em consonância, buscando a integralização da atenção a esses sujeitos. Esses equipamentos devem estar em articulação constante, para que os profissionais estejam capacitados para lidar com essas demandas e para lutar por políticas

públicas mais eficazes em defesa dos direitos dessa população (Nogueira, Deslandes, Constantino, 2024).

4 CONCLUSÃO

A experiência relatada permitiu refletir sobre os desafios enfrentados por jovens que vivenciam longos períodos de acolhimento institucional e, posteriormente, alcançam a maioridade sem uma rede de apoio suficientemente estruturada para sustentar a transição para a vida adulta. Embora existam políticas públicas voltadas à proteção social e à garantia de direitos, observa-se que grande parte dos dispositivos disponíveis concentra-se no atendimento de pessoas com laudos ou em situações de extrema vulnerabilidade socioeconômica, oferecendo suporte relacionado à moradia e ao acesso a benefícios assistenciais. São recursos fundamentais, porém nem sempre contemplam as necessidades afetivas, relacionais e subjetivas desses jovens. A descontinuidade do cuidado após o desligamento institucional evidencia a necessidade de ampliação das estratégias de acompanhamento e acolhimento, considerando que a proteção integral não se restringe às condições materiais de existência, mas envolve também o acesso a redes de suporte social e emocional. Investimento em políticas públicas que fortaleçam iniciativas de apadrinhamento afetivo, acompanhamento psicossocial e inserção comunitária, possibilitando a construção de vínculos significativos e de referenciais de pertencimento. Além disso, a importância da atuação de instituições, projetos sociais, organizações não governamentais e equipamentos da rede pública que promovam para que esses jovens possam exercer sua cidadania de forma plena e construir trajetórias marcadas pela autonomia e pela inclusão social com espaços de convivência, oficinas, grupos de jovens e atividades culturais, educacionais, artísticas e profissionalizantes.Espaços que podem potencializar a troca de experiências entre sujeitos que compartilham trajetórias semelhantes, ampliando oportunidades de desenvolvimento pessoal, educacional e profissional.

REFERÊNCIAS

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres et al. **O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios**. In: CZERESNIA, Dina; FREITAS, Carlos Machado de (org.). Promoção da saúde: conceitos, reflexões e tendências. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

BRASIL. Conselho Nacional de Assistência Social. Resolução nº 109, de 11 de novembro de 2009. Aprova a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais. Brasília, DF, 2009.

BRASIL. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 16 jul. 1990.

BRASIL. Lei nº 12.010, de 3 de agosto de 2009. Dispõe sobre adoção e aperfeiçoa a sistemática prevista no Estatuto da Criança e do Adolescente. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 4 ago. 2009.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Orientações técnicas: serviços de acolhimento para crianças e adolescentes. Brasília: CNAS; CONANDA, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com

necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Política Nacional de Assistência Social – PNAS/2004. Brasília: MDS, 2005.

BRASIL. Nota Técnica n. 11, de 4 de fevereiro de 2019. Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. Ministério da Saúde: Secretaria de Atenção à Saúde: Departamento de Ações Programáticas Estratégicas Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, Brasília, 2019.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Referências técnicas para atuação de psicólogas(os) em políticas públicas de álcool e outras drogas.** 2ª ed. Brasília: CFP, 2019.

COSTA, Antonio Carlos Gomes da. **A presença educativa**. Belo Horizonte: Modus Faciendi, 2001.

MASTROIANNI, Fábio de Carvalho et al. Desacolhimento institucional de crianças e adolescentes:aspectos familiares associados. **Fractal: Revista de Psicologia**, v. 30, n. 2, p. 223-233, maio-ago. 2018.

NOGUEIRA, Rodolfo Brandão de Azevedo; DESLANDES, Suely Ferreira; CONSTANTINO, Patrícia. A medida protetiva de acolhimento institucional de crianças e adolescentes na perspectiva dos estudos nacionais. **Ciênc. saúde coletiva**, v.29, n. 7, Jul 2024.

SILVA, Enid Rocha Andrade da (org.). **O direito à convivência familiar e comunitária: os abrigos para crianças e adolescentes no Brasil**. Brasília: IPEA, 2004.

VALENTE, Jane. **Famílias acolhedoras: as relações de cuidado e proteção no serviço de acolhimento**. São Paulo: Paulus, 2013. Jane Valente

YASUI, Silvio. **Rupturas e encontros: desafios da reforma psiquiátrica brasileira**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010. Silvio Yasui

WINNICOTT, Donald Woods. **O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional**. Porto Alegre: Artmed, 1983. Donald Woods Winnicott

DESCONTINUIDADE DA PROFILAXIA PRÉ-EXPOSIÇÃO (PREP) NO RIO DE JANEIRO: UM RECORTE EPIDEMIOLÓGICO E SOCIAL DE HSH, TRAVESTIS E MULHERES TRANS

THAIS MARTINS POMPILIO; BRUNO DE LIMA DIAS

RESUMO

A Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) é uma intervenção central contra o HIV, mas seu impacto esbarra em falhas estruturais de retenção de populações vulneráveis. Travestis e mulheres trans enfrentam profundas barreiras logísticas e institucionais que comprometem sua permanência no cuidado preventivo contínuo, fenômeno agravado pelo estresse de minoria e pelos determinantes sociais da saúde. O presente estudo objetiva analisar as disparidades nas taxas de descontinuidade da PrEP entre Homens que fazem Sexo com Homens (HSH) cisgêneros, travestis e mulheres trans no estado do Rio de Janeiro, evidenciando as lacunas do Sistema Único de Saúde (SUS) na vinculação dessas identidades. Trata-se de um estudo epidemiológico descritivo, transversal e quantitativo retrospectivo. A amostra foi extraída do Painel de Monitoramento da PrEP do Ministério da Saúde, considerando o fechamento da base em maio de 2026, com foco nas populações-chave mencionadas e delimitada ao território fluminense. O método consistiu na tabulação da proporção de descontinuidade populacional, seguida de interpretação pautada nos macrodeterminantes sociais e na psicologia social. Os resultados demonstraram uma severa assimetria de gênero na evasão: enquanto HSH cisgêneros registraram taxa de descontinuidade de 30%, travestis e mulheres trans atingiram 41%. Verificou-se ainda uma interseccionalidade crítica, com taxas de quebra de vínculo de 39% na população preta e 78% em menores de 18 anos. Os dados refletem uma exclusão sistemática gerada por um ambiente clínico cisnormativo que induz à descontinuidade antecipatória. Conclui-se que o modelo de dispensação da PrEP no Rio de Janeiro reproduz violências institucionais que repelem ativamente minorias de gênero. Superar essa disparidade exige extrapolar a logística do insumo, demandando letramento obrigatório das equipes da Atenção Primária para garantir um acolhimento capaz de reter esses corpos no cuidado longitudinal.

Palavras-chave: Acolhimento; Estresse de Minoria; Violência Institucional.

1 INTRODUÇÃO

A implementação da Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) representou um marco na resposta à epidemia de HIV no Sistema Único de Saúde (SUS), reduzindo de forma expressiva o risco de infecção quando utilizada de modo consistente. A relevância da profilaxia se intensifica diante de uma desigualdade radical na distribuição do agravo: travestis e mulheres trans apresentam uma prevalência de HIV de 19,9%, o que representa uma chance de infecção até 66 vezes maior do que a observada na população em geral. Contudo, o impacto populacional da tecnologia esbarra em falhas críticas de acesso, com

DOI: 10.51161/iv-conasus/83176

travestis e mulheres trans permanecendo drasticamente sub-representadas e compondo apenas 0,3% e 2,9% dos usuários da rede pública, respectivamente, evidenciando profundas barreiras estruturais.

A exclusão dessas populações do cuidado contínuo é multifatorial e deve ser compreendida sob a lente dos Determinantes Sociais da Saúde (DSS), que situam as iniquidades como produtos de macrodeterminantes estruturais—como posição socioeconômica, gênero e raça—onde o próprio sistema de saúde atua como um mediador excludente. Essa exclusão inicia-se na arquitetura geográfica e logística da rede de atenção: a localização dos serviços dispensadores, frequentemente distantes de áreas periféricas e inseridos em regiões nobres, exige deslocamentos complexos e aliena potenciais usuárias. Somado a isso, o horário de funcionamento padrão impõe um obstáculo logístico direto à população trans inserida no trabalho sexual; ainda que gestores reconheçam tais limitações, faltam recursos e segurança para viabilizar turnos de atendimento alternativos.

Para além das barreiras logísticas, a quebra de vínculo é perpetuada pela violência institucional enraizada nos serviços, dialogando diretamente com a interseccionalidade proposta por Crenshaw (2002), na qual marcadores de gênero, raça e classe não operam isoladamente, mas produzem eixos específicos de subordinação. O estigma do HIV soma-se aos estigmas cotidianos e ao medo constante de sofrer discriminação nas unidades—especialmente para usuárias sem documentos com o nome retificado—atuando como um mecanismo repulsor. Esse cenário induz a chamada "descontinuidade antecipatória", onde a mera expectativa de discriminação leva usuárias a evitarem o cuidado, sendo este um dos efeitos mais silenciosos e nocivos do estigma estrutural sobre a adesão. O afastamento é agravado por uma comunicação governamental historicamente voltada ao homem branco cisgênero, falhando em aplicar a equidade para alcançar a travesti periférica.

A literatura corrobora que a descontinuidade não decorre da identidade de gênero em si, mas da falha dos serviços generalistas em sustentar o vínculo. Estudos da coorte do Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas demonstraram alta concentração de abandono precoce entre travestis, mulheres trans e jovens de menor escolaridade. Em contraste, no estudo *PrEParadas*, desenhado especificamente e com acolhimento direcionado a essa população, não houve registros de abandono precoce.

Portanto, para garantir a vinculação contínua à PrEP, a disponibilidade do insumo é insuficiente sem um acolhimento humanizado que assegure privacidade e respeito no espaço físico. Olhar para a descontinuidade exclusivamente pela chave da adesão individual é uma leitura culpabilizadora; a reflexão deve focar nas condições sociais e institucionais que tornam a continuidade inviável. Diante deste cenário, o presente trabalho objetiva analisar as disparidades nas taxas de descontinuidade da PrEP entre HSH cisgêneros, travestis e mulheres trans no estado do Rio de Janeiro, evidenciando como a hostilidade estrutural do sistema compromete o cuidado preventivo de longo prazo.

2 MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo epidemiológico descritivo, transversal, de base populacional e caráter quantitativo retrospectivo. O local de realização da pesquisa e da base de análise geográfica foi o estado do Rio de Janeiro.

A amostra do estudo foi composta pelos registros de usuários cadastrados no sistema público de dispensação da Profilaxia Pré-Exposição (PrEP), com foco metodológico restrito às populações-chave para a epidemia de HIV: Homens que fazem Sexo com Homens (HSH) cisgêneros, mulheres trans e travestis. Para garantir a coerência da amostra com o objetivo de analisar as disparidades de gênero e estresse de minoria, adotou-se como critério de exclusão

a remoção dos dados referentes a mulheres cisgêneras e homens heterossexuais, populações que apresentam dinâmicas de vulnerabilidade e acesso distintas no sistema de saúde.

O instrumento utilizado para a coleta de dados foi o Painel de Monitoramento da PrEP, um dashboard de domínio público mantido pelo Departamento de HIV/Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis (DATHI) do Ministério da Saúde. O acesso aos dados secundários foi realizado em junho de 2026, considerando a base de dados oficial fechada até 31 de maio de 2026.

Os procedimentos adotados para a extração envolveram a aplicação de filtros de abrangência geográfica (selecionando exclusivamente o estado do Rio de Janeiro) na aba "Descontinuidade do uso da PrEP" do painel interativo. O método de análise dos dados consistiu no cruzamento e cálculo da proporção da variável "Porcentagem de descontinuidade entre as populações" frente ao total de usuários descontinuados na região. Os dados foram tabulados e submetidos a uma análise quantitativa descritiva, sendo posteriormente interpretados sob o referencial teórico qualitativo dos determinantes sociais da saúde e da psicologia social, assegurando a reprodutibilidade metodológica da extração e a validade da discussão proposta.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A extração de dados do Painel de Monitoramento da PrEP no estado do Rio de Janeiro revelou um total de 6.157 usuários descontinuados até o fechamento da base em maio de 2026. Ao estratificar esses dados pelas populações-chave priorizadas para o controle da epidemia de HIV, os resultados expõem uma assimetria crítica na capacidade do Sistema Único de Saúde (SUS) de reter diferentes identidades de gênero no cuidado preventivo, conforme apresentado e interpretado a seguir.

Tabela 1 - Porcentagem de descontinuidade do uso da PrEP entre populações-chave no estado do Rio de Janeiro (maio/2026)

População-chave	Taxa de Descontinuidade
Gays e outros HSH cis	30%
Mulheres trans	41%
Travestis	41%

A Tabela 1 evidencia um abismo no acesso contínuo: enquanto Gays e outros HSH cisgêneros apresentam uma taxa de descontinuidade de 30%, as taxas disparam para 41% entre mulheres trans e travestis. A interpretação desses dados corrobora com a literatura científica recente, indicando que a identidade de gênero atua como um marcador determinante na ruptura do cuidado. Sob a ótica dos Determinantes Sociais da Saúde, essa disparidade de 11 pontos percentuais não reflete uma "falta de adesão" individual, mas evidencia como os serviços de saúde, estruturados de forma cisnormativa, falham em acolher e vincular minorias de gênero.

A comparação com a literatura consolida a hipótese da violência institucional como motor dessa evasão. Estudos como o de Echeverría-Guevara et al. (2023) sobre a coorte do

DOI: 10.51161/iv-conasus/83176

INI/Fiocruz já demonstravam a alta concentração de abandono precoce entre travestis e mulheres trans. O ambiente clínico despreparado, marcado pelo desrespeito ao nome social e pela transfobia, gera o que a literatura classifica como descontinuidade antecipatória: a usuária evade do serviço não por rejeitar o fármaco, mas como um mecanismo de defesa contra o Estresse de Minoria vivido nos ambulatórios.

Além do marcador de gênero, o painel do Ministério da Saúde demonstrou que a quebra de vínculo é atravessada por uma profunda interseccionalidade demográfica. Os resultados revelaram que 39% da população preta e alarmantes 78% dos jovens menores de 18 anos encontram-se descontinuados da profilaxia no Rio de Janeiro. Tais números ilustram o conceito de interseccionalidade de Crenshaw (2002), mostrando que raça, classe e geração operam simultaneamente como eixos de subordinação que repelem os corpos mais vulneráveis da atenção primária.

A relevância deste estudo reside na denúncia epidemiológica da invisibilidade estrutural: demonstra-se que a logística de dispensação da PrEP no Rio de Janeiro é excludente, urgindo a necessidade de implementação de ambulatórios com letramento de gênero. A principal vantagem desta pesquisa é a utilização de uma base de dados governamental robusta e de abrangência estadual, o que confere alta representatividade e reprodutibilidade aos achados.

Por outro lado, o desenho metodológico apresenta possíveis limitações intrínsecas ao uso de fontes secundárias. O Painel de Monitoramento da PrEP quantifica a descontinuidade, mas não possui campos qualitativos que registrem o motivo exato do abandono (ex: falta de transporte, efeito adverso ou discriminação sofrida na recepção). Portanto, aponta-se a necessidade de futuros inquéritos etnográficos e qualitativos nas unidades fluminenses para detalhar os determinantes psicossociais exatos que geram esses percentuais.

4 CONCLUSÃO

O presente estudo conclui que a política de dispensação da Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) no estado do Rio de Janeiro, embora demonstre eficácia na retenção de HSH cisgêneros, configura-se como um ambiente de cuidado excludente para travestis e mulheres trans. A disparidade crítica evidenciada nas taxas de descontinuidade confirma a premissa de que a evasão dessas usuárias não é um fenômeno de ordem estritamente individual ou falha de adesão ao fármaco, mas sim o reflexo direto de determinantes sociais estruturais, notadamente a transfobia institucional e o Estresse de Minoria vivenciados nas unidades de saúde.

Além disso, a intersecção dessa quebra de vínculo com marcadores de juventude e raça evidencia que o modelo atual de atenção no Sistema Único de Saúde (SUS) previne o HIV de forma assimétrica, repelindo ativamente os corpos historicamente mais vulnerabilizados.

Diante desse desafio estrutural, a perspectiva futura para a saúde pública é clara: a expansão das políticas de prevenção combinada não pode se limitar à logística de fornecimento do antirretroviral. Torna-se urgente e indispensável a reestruturação dos processos de trabalho na Atenção Primária, exigindo a implementação de letramento de gênero e raça para as equipes de saúde. Apenas a garantia de um acolhimento humanizado, pautado pelo respeito à identidade e mitigação do estigma, será capaz de transformar os ambulatórios em espaços seguros e promotores de equidade, assegurando a retenção da população LGBTQIAPN+ no cuidado preventivo de longo prazo.

DOI: 10.51161/iv-conasus/83176

REFERÊNCIAS

BRASIL. Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde. **As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil: relatório final.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de prevenção ao HIV para pessoas trans, travestis e não binárias.** Brasília: Ministério da Saúde, 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Painel de Monitoramento da Profilaxia Pré-Exposição (PrEP)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2026. Disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/assuntos/paineis-de-monitoramento/painel-prep. Acesso em: 20 jun. 2026.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. **A saúde e seus determinantes sociais.** Physis: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007.

CRENSHAW, K. **Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero.** Revista Estudos Feministas, Florianópolis, v. 10, n. 1, p. 171-188, 2002.

ECHEVERRÍA-GUEVARA, A. **Abandono de profilaxia pré-exposição de HIV (PrEP) entre homens gays, bissexuais, demais homens e travestis/mulheres transgênero.** Dissertação (Mestrado em Pesquisa Clínica em Doenças Infecciosas) – Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 120 f. 2022.

ECHEVERRÍA-GUEVARA, A.; COELHO, L. E.; VELOSO, V. G.; PIMENTA, M. C.; HOAGLAND, B.; MOREIRA, R. I.; LEITE, I.; JALIL, E. M.; CARDOSO, S. W.; TORRES, T. S.; GRINSZTEJN, B. **Travestis, transgender women and young MSM are at high risk for PrEP early loss to follow-up in Rio de Janeiro, Brazil.** The Brazilian Journal of Infectious Diseases, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, e102733, 2023.

MAGNO, L.; SILVA, L. A. V.; VERAS, M. A.; PEREIRA-SANTOS, M.; DOURADO, I. **Estigma e discriminação relacionados à identidade de gênero e à vulnerabilidade ao HIV/aids entre mulheres transgênero: revisão sistemática.** Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 35, n. 4, e00112718, 2019.

SANTOS, C. M.; COUTINHO, C. F. S.; BASTOS, L. S. **Fatores associados ao HIV e sífilis em travestis e mulheres trans - Rio de Janeiro, 2017.** In: Congresso Brasileiro de Epidemiologia, 11., 2021, Fortaleza. Anais [...]. Campinas: Galoá. 2021. Disponível em: https://proceedings.science/epi-2021/trabalhos/fatores-associados-ao-hiv-e-sifilis-em-travestis-e-mulheres-trans-rio-de-janeiro?lang=pt-br. Acesso em: 20 jun. 2026.

SOLAR, O.; IRWIN, A. **A conceptual framework for action on the social determinants of health.** Geneva: World Health Organization, 2010.

ZUCCHI, E. M. et al. **Barreiras e facilitadores do acesso de populações vulneráveis à PrEP no Brasil: Estudo ImPrEP Stakeholders.** Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 37, 2021. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csp/a/pzRvbkKhGRFjh4PHmkk4qqx/?lang=pt. Acesso em: 20 jun. 2026.

EDUCAÇÃO EM SAÚDE E DIAGNÓSTICO PRECOCE EM NEOPLASIAS REPRODUTIVAS: REVISÃO INTEGRATIVA SOBRE CÂNCER TESTICULAR E CÂNCER DE OVÁRIO

PEDRO AUGUSTO DE SOUZA SANTANA; JOSÉ LUÍS ALONSO DE ANDRADE; KAESSA KARINE FERNANDES; LEONARDO QUINTELA VILA NOVA CORREIA; PRISCILA LUIZA MELLO; ROBERTA ARAUJO MIRANDA REZENDE DE BRITTO; LAURA CRISTINA PEREIRA MAIA

RESUMO

A educação em saúde voltada às neoplasias reprodutivas representa importante estratégia para promoção do diagnóstico precoce e fortalecimento das ações preventivas no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS). O presente estudo teve como objetivo analisar a relevância da educação em saúde na prevenção e diagnóstico precoce do câncer testicular e do câncer de ovário, enfatizando o papel da atenção primária, da Estratégia Saúde da Família e das ações universitárias extensionistas na promoção da saúde pública de doenças oncológicas relativamente raras mas acompanhadas de desafios a promoção de saúde dos adultos. Trata-se de revisão integrada à literatura recente realizada nas bases PubMed, SciELO e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), incluindo estudos publicados entre os anos de 2021 e 2026. Os estudos analisados demonstraram que barreiras socioculturais atreladas a tabus pré estabelecidos no meio comunitário, relacionados principalmente ao medo do diagnóstico ou a desinformação acerca do tratamento, somados a baixa adesão às práticas preventivas e dificuldades de acesso aos serviços de saúde influenciam negativamente o diagnóstico precoce, importantíssimo para prevenção dessas neoplasias. Somado a isso, verificou-se que ações educativas em saúde realizadas por equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde e ambientes universitários caracterizam-se como ferramenta importante de conscientização populacional acerca dos sinais clínicos, fatores de risco e importância do acompanhamento médico. Observou-se ainda que o fortalecimento da integração entre universidade e serviços públicos de saúde favorece a conscientização populacional baseada em evidências científicas, quando passadas ao meio comunitário através de didáticas e metodologias integrativas, resultando na ampliação do acesso populacional à saúde. Conclui-se que a educação em saúde representa ferramenta fundamental para fortalecimento da prevenção, ampliação do acesso à informação qualificada e melhoria dos indicadores de saúde pública relacionados às neoplasias reprodutivas.

Palavras-chave: Conscientização; Doenças oncológicas; Saúde do adulto.

1 INTRODUÇÃO

As neoplasias reprodutivas representam importante problema de saúde pública devido ao impacto na morbimortalidade, qualidade de vida e custos relacionados ao tratamento. Dessa forma, o presente estudo visa a abordagem integrada e importância do tratamento antecipado de doenças oncológicas atreladas à saúde do adulto, relacionando-se com a

DOI: 10.51161/iv-conasus/83178

atuação das equipes multiprofissionais do Sistema Único de Saúde (SUS) e projetos universitários de extensão como ferramenta importante de conscientização e aproximação entre o núcleo de pesquisas científicas, universidade, e a comunidade em geral.

Inicialmente, o câncer testicular corresponde à neoplasia sólida mais frequente em homens jovens entre 15 e 40 anos, apresentando elevada taxa de cura quando diagnosticado precocemente (Singla et al., 2025). Entretanto, fatores como medo do diagnóstico, tabus relacionados à sexualidade, resistência masculina à procura por assistência médica e desinformação dificultam o reconhecimento precoce dos sinais clínicos (Chavarriaga et al., 2025). Isso posto, a educação em saúde assume protagonismo quando realizada através de metodologias inclusivas de integração comunitária e compreensão da importância e necessidade de adesão masculina aos serviços de saúde oferecidos pelo SUS.

Paralelamente, o câncer de ovário, por sua vez, permanece entre as neoplasias ginecológicas de maior letalidade, principalmente devido à ausência de métodos eficazes de rastreamento populacional e à inespecificidade dos sintomas iniciais, resultando, geralmente, em diagnósticos concretos apenas em estágios avançados da doença (Scott et al., 2026). Mulheres portadoras de mutações nos genes BRCA1 e BRCA2 apresentam maior risco para desenvolvimento da doença, tornando relevantes às estratégias de aconselhamento genético e acompanhamento clínico especializado (Sideris; Menon; Manchanda, 2024). Assim, a educação em saúde torna-se importante quando refletida sobre esses tipos de casos oncológicos, pois trabalha na conscientização de mulheres adultas acerca da importância do acompanhamento periódico ao médico especializado, contribuindo para prevenção e rastreio da patologia.

Nesse contexto, a atenção primária à saúde e a Estratégia Saúde da Família como mantenedoras do acesso inicial e de gerenciamento da saúde dos indivíduos no meio comunitário, desempenham papel fundamental na promoção do cuidado integral, prevenção e fortalecimento do diagnóstico precoce. Ademais, ações extensionistas desenvolvidas em universidades e escolas, utilizando metodologias integrativas e com foco na fácil compreensão com o objetivo de suavizar o tema a ser trabalhado, caracterizam-se como uma importante ferramenta de redução das barreiras socioculturais, como tabus relacionadas à saúde sexual e reprodutiva, favorecendo maior aproximação entre comunidade e SUS (Oliveira et al., 2023). Com isso, a educação em saúde realizada por meios populares representa uma essencial democratização do conhecimento científico, promovendo a equidade e integralidade do acesso à saúde pela comunidade, dois dos princípios estruturantes do SUS.

Diante disso, o objetivo deste estudo foi analisar a importância da educação em saúde no diagnóstico precoce do câncer testicular e do câncer de ovário, enfatizando os impactos das barreiras socioculturais e das estratégias preventivas na promoção da saúde pública.

2 MATERIAL E MÉTODOS

O seguinte estudo trata-se de uma revisão integrativa da literatura acerca da relevância da saúde do adulto no meio social, realizada nas bases PubMed, SciELO e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Foram utilizados os descritores “testicular cancer”, “ovarian cancer”, “health education”, “public health” e “early diagnosis”, associados aos operadores booleanos AND e OR.

Foram incluídos artigos publicados entre os anos de 2021 e 2026, buscando a máxima atualização das publicações científicas para o desenvolvimento do estudo junto a literatura médica, analisando-os nos idiomas português e inglês. O foco se concentrou em artigos relacionados à prevenção, diagnóstico precoce, educação em saúde aplicada em projetos

expansionistas integrativos à comunidade, atenção primária e promoção da saúde. Além disso, foram excluídos estudos duplicados, artigos incompletos e publicações sem relevância para o contexto da saúde pública.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os estudos analisados demonstraram que o câncer testicular está associado, na maioria dos casos, a tumores nas células germinativas, apresentando elevada taxa de cura quando diagnosticado em estágios iniciais, podendo ultrapassar 95% de sobrevida em muitos casos (Gilligan et al., 2025).

O diagnóstico dessa neoplasia é marcado pela atuação multiprofissional em técnicas recentes de marcadores tumorais, como AFP (alfa-fetoproteína), hCG (gonadotrofina coriônica humana) e LDH (lactato desidrogenase) exames de sangue fundamentais para o estadiamento e monitoramento do câncer de testículo, além da ultrassonografia escrotal. Sob esse viés, o tratamento dessa patologia é feito pela orquiectomia inguinal radical que marca o padrão-ouro para o câncer de testículo, consistindo na remoção do testículo afetado e do cordão espermático através de uma incisão na virilha (Gilligan et al., 2025). Vale ressaltar, que a quimioterapia, sendo um método popular de tratamento de doenças oncológicas, é somente utilizada em estágios avançados dessa patologia, em casos de metástase ou em altos riscos de prevenção do retorno da doença.

Entretanto, a literatura evidenciou que muitos homens retardam a procura por assistência médica devido à baixa percepção de risco, vergonha, medo do diagnóstico e estigmas relacionados à masculinidade (Silva et al., 2024). Dessa maneira, entende-se que a construção social da masculinidade está diretamente associada com a baixa adesão de homens à procura de auxílio médico, diagnóstico precoce e o consequente tratamento da doença, que se dá pela relação imediata a tabus pré estabelecidos socialmente e ao estigma ao autocuidado como uma ferramenta de fragilização ou particularidade apenas ao sexo feminino. Acrescentando-se que o padrão ouro de tratamento dessa neoplasia se concentra na remoção do testículo afetado, aumenta-se o receio e o preconceito ao diagnóstico e tratamento devido ao tabu social ou desconhecimento do paciente em relação ao assunto, causando a abstenção por médicos especializados decorrente da pressão social.

Todavia, a realização de implante de próstata testicular aparece com uma inovação terapêutica muito válida, tendo em vista que auxilia na auto aceitação do paciente no pós operatório de orquiectomia inguinal radical. A prótese testicular consiste em um implante de silicone ocupado por gel ou soro fisiológico, projetado para simular o tamanho, forma e consistência do testículo natural, sendo apenas de padrão estético e não funcional (Matthew-Onabanjo e Honig, 2024). A partir disso, um estudo analisado ressalta que pacientes que receberam a prótese testicular após a intervenção cirúrgica apresentam maior satisfação, melhor autoimagem e menor arrependimento comparado aos pacientes que não obtiveram o aparelho artificial (Boeri et. al., 2025 e Matthew-Onabanjo e Honig, 2024).

Em relação ao câncer de ovário, observou-se elevada mortalidade associada ao diagnóstico tardio, principalmente devido à inespecificidade dos sintomas iniciais e ausência de métodos eficazes de rastreamento populacional (Scott et al., 2026). Assim sendo, o perigo dessa neoplasia reside na inexistência de um método eficiente de autoexame, que possui grande importância no rastreio de patologias, tornando o diagnóstico possível para essa doença específica apenas em casos avançados. Sintomas característicos como dor abdominal, distensão abdominal e alterações urinárias frequentemente são subvalorizados, retardando a investigação diagnóstica. No entanto, o autocuidado entre o público feminino não perde sua

DOI: 10.51161/iv-conasus/83178

relevância quando aplicada ao câncer de ovário, pois a partir do conhecimento das características patológicas, do diagnóstico e tratamento, as mulheres podem intensificar a busca por médicos especializados e a realização de exames de rotina, contribuindo para prevenção e diagnóstico precoce.

Os estudos também destacaram a relevância da avaliação genética em mulheres com histórico familiar positivo para neoplasias ginecológicas, especialmente em portadoras de mutações BRCA1 e BRCA2 (Sideris; Menon; Manchanda, 2024). Sob essa óptica, o aconselhamento genético a partir da investigação do histórico familiar caracteriza uma ferramenta importante de estabelecimento de prováveis grupos de risco para a doença. O tratamento nesses casos reside na vigilância intensiva da paciente e posteriormente a realização de cirurgia profilática, sendo a Salpingo-ooforectomia Redutora de Risco (SORR) a remoção cirúrgica preventiva de ovários e tubas uterinas saudáveis em mulheres com alto risco genético. Uma estratégia emergente é a "salpingectomia oportunista" — a remoção das tubas uterinas durante cirurgias ginecológicas benignas (como histerectomia ou laqueadura) em mulheres de risco médio. Dado que muitas neoplasias ovarianas começam nas tubas, essa intervenção simples pode ter um impacto significativo na saúde pública (Sideris; Menon; Manchanda, 2024).

Outro aspecto relevante identificado na literatura foi o impacto das desigualdades sociais e barreiras culturais sobre o acesso aos serviços de saúde. A baixa escolaridade, desinformação e dificuldade de acesso aos serviços especializados interferem negativamente na prevenção e diagnóstico precoce dessas neoplasias (Souza et al., 2023).

Nesse cenário, estratégias educacionais desenvolvidas na atenção primária à saúde demonstraram potencial para fortalecimento do reconhecimento precoce dos sinais clínicos, estímulo ao autocuidado e incentivo à procura por avaliação médica. Projetos extensionistas universitários também apresentaram impacto positivo sobre a conscientização populacional e disseminação de informações científicas relacionadas à saúde masculina (Oliveira et al., 2023). Além disso, ações educativas voltadas à saúde da mulher mostraram impacto positivo na ampliação do conhecimento sobre fatores de risco, prevenção e importância do acompanhamento ginecológico regular.

4 CONCLUSÃO

Conclui-se que a educação em saúde caracteriza-se como uma estratégia multiprofissional de grande impacto no meio social, isso ocorre devido à assistência garantida pela parcela universitária fundamentada no conhecimento científico e a transmissão didática e integrativa do saber para a sociedade em geral. Além disso, a integração direta entre universidade, comunidade e serviços públicos de saúde mostra-se relevante para o fortalecimento das ações preventivas, de promoção do cuidado integral em saúde sexual e reprodutiva, redução das barreiras socioculturais como preconceitos e tabus sociais, ampliação do acesso à informação qualificada e melhoria dos indicadores de saúde pública.

Contudo, o presente estudo apresentou os benefícios da educação em saúde, garantindo o fortalecimento da promoção, prevenção de agravos e ampliação do acesso ao cuidado integral no contexto nacional, com a finalidade de englobar a universalidade, equidade e integralidade do acesso à Saúde no SUS, princípios estruturantes que devem ser preservados no presente e futuro.

REFERÊNCIAS

BOERI, L. et. al. **Decision Regret About Testicular Prosthesis After Radical Orchiectomy: Real-life Data to Improve Shared Decision-making**. European Urology Focus, [s.l.], v. 11, n. 6, p. 1004-1011, 2025

CARUSO, G.; WEROHA, S. J.; CLIBY, W. **Ovarian cancer: a review**. JAMA, Chicago, v. 333, n. 4, p. 355-367, 2025.

CHAVARRIAGA, J. et al. **Testicular cancer.** Lancet, London, v. 405, n. 10474, p. 321-334, 2025.

GILLIGAN, T. et al. NCCN **Guidelines Insights: Testicular Cancer, Version 2.2025**. Journal of the National Comprehensive Cancer Network, Plymouth Meeting, v. 23, n. 2, p. 101-115, 2025.

MATTHEW-ONABANJO, A. N.; HONIG, S. **Testicular prostheses: a historical and current review of the literature.** Sexual Medicine Reviews, Oxford, v. 12, n. 4, p. 761–769, 2024.

OLIVEIRA, M. R. et al. **Educação em saúde e extensão universitária na promoção da saúde sexual**. Revista Brasileira de Educação em Saúde, Brasília, v. 13, n. 2, p. 55-64, 2023.

SCOTT, C. L. et al. **Ovarian cancer**. Nature Reviews Disease Primers, London, v. 12, p. 1-24, 2026.

SIDERIS, M.; MENON, U.; MANCHANDA, R. **Screening and prevention of ovarian cancer.** Medical Journal of Australia, Sydney, v. 220, n. 5, p. 210-216, 2024.

SILVA, J. P. et al. **Barreiras socioculturais relacionadas à saúde do homem e diagnóstico tardio**. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 58, p. 1-11, 2024.

SINGLA, N. et al. **Testicular germ cell tumors: a review**. JAMA, Chicago, v. 333, n. 3, p. 241-252, 2025.

SOUZA, L. M. et al. **Determinantes sociais e acesso aos serviços de saúde no SUS**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 39, n. 8, p. 1-12, 2023.

DOI: 10.51161/iv-conasus/83178

IMPLANTAÇÃO DE CONSULTÓRIO FARMACÊUTICO NA SAÚDE MENTAL CAPS1

FERNANDA MONTEIRO FERREIRA

Introdução: O consultório farmacêutico, como qualquer outra atividade voltada a assistência a saúde, deve ser realizada sob constante avaliação dos resultados, buscando a máxima eficiência. A assistência farmacêutica terapêutica, está relacionada ao compromisso de fornecer atendimento de forma continuada, multidisciplinar e com a colaboração do paciente. **Objeivos:** Instruir o paciente quanto ao uso correto dos medicamentos e melhorar a adesão ao tratamento, bem como verificar interações medicamento/medicamento e medicamento/alimento além de buscar resultados concretos de melhora na qualidade de vida do paciente e da comunidade. **Metodologia:** Trata-se de um relato de experiência sobre a implantação do Consultório Farmacêutico em uma Unidade de Saúde do município de São Sebastião-SP. Inicialmente foi realizado diagnóstico situacional para identificação das necessidades dos usuários e da equipe. Posteriormente, foram elaborados fluxos de atendimento, protocolos de acompanhamento farmacoterapêutico e instrumentos de registro. Os atendimentos foram realizados de forma individualizada, mediante encaminhamento da equipe multiprofissional ou demanda espontânea, com foco na promoção do uso racional de medicamentos, adesão ao tratamento e educação em saúde. **Resultados:** A implantação do Consultório Farmacêutico ampliou o acesso dos usuários ao cuidado farmacêutico clínico, fortalecendo o uso racional de medicamentos e a integração do farmacêutico à equipe multiprofissional. Foram identificadas e solucionadas dúvidas relacionadas à farmacoterapia, promovendo maior adesão ao tratamento e segurança no uso dos medicamentos. Observou-se ainda maior aproximação entre usuários e serviço farmacêutico, possibilitando orientação individualizada e acompanhamento terapêutico. A iniciativa contribuiu para qualificar o cuidado em saúde, fortalecer a assistência e ampliar a resolutividade das demandas apresentadas pelos pacientes. No contexto da saúde mental, favoreceu o fortalecimento da autonomia dos pacientes quanto ao uso dos medicamentos. **Conclusão:** A implantação do Consultório Farmacêutico mostrou-se uma estratégia viável e efetiva para qualificar o cuidado em saúde, promover o uso racional de medicamentos e fortalecer a assistência farmacêutica no SUS.

Palavras-chave: **ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA; SAUDE MENTAL; USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS**

DOI: 10.51161/iv-conasus/83190

PERFIL DOS USUÁRIOS E FATORES ASSOCIADOS À PERMANÊNCIA NA PREP NO BRASIL

ALINE MIREILLE DA CUNHA FIEVEZ; DAYNE MARIA DIAS BELCHIOR; MARIA MÁRCIA ORIÁ FERNANDES; REJANE MORAES FALCÃO; SIMONE DE GOES SIMONATO

Introdução: A incorporação da Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) ao HIV no Sistema Único de Saúde (SUS), a partir de dezembro de 2017, consolidou o protagonismo do Brasil na implementação de políticas públicas baseadas na Prevenção Combinada na América Latina. Embora a disponibilização gratuita do antirretroviral represente um avanço tecnológico incontestável na saúde coletiva, a eficácia populacional dessa estratégia transcende a mera oferta biológica. O sucesso sustentável desta intervenção depende intrinsecamente da garantia de equidade no acesso aos serviços e da retenção a longo prazo das populações estruturalmente vulnerabilizadas à infecção. **Objetivo:** Verificar as principais barreiras institucionais e sociais associadas à descontinuação do uso da PrEP, bem como mapear os fatores determinantes para as disparidades no perfil sociodemográfico dos usuários atendidos na rede pública de saúde. **Metodologia:** Estudo epidemiológico, descritivo e documental, baseado na triangulação de dados secundários obtidos em sistemas de monitoramento oficiais do Ministério da Saúde (como o Siclon-PrEP) e na produção científica nacional indexada no período de 2018 a 2025. Foram correlacionadas variáveis socioeconômicas, taxas de perda de seguimento e indicadores clínicos. **Resultados:** Os achados evidenciam uma profunda assimetria no perfil de acesso à profilaxia: a maioria dos indivíduos que ingressam e permanecem ativos no programa é composta por homens cisgênero, brancos, com alta escolaridade e residentes em grandes centros urbanos. Em contrapartida, as maiores taxas de descontinuação precoce, abandono e interrupção do acompanhamento clínico concentram-se de forma desproporcional entre homens jovens (15 a 24 anos), indivíduos pretos e pardos, e mulheres transexuais. Adicionalmente, detectou-se uma elevada prevalência de Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) concomitantes, sugerindo o fenômeno de compensação de risco pelo declínio do uso de preservativos. **Conclusão:** Apesar do pioneirismo do SUS, persistem gargalos estruturais e racismo institucional que perpetuam a exclusão das populações sob maior risco epidemiológico. Para otimizar o impacto da PrEP, faz-se urgente descentralizar sua prescrição para a Atenção Primária à Saúde, qualificar o acolhimento das equipes multidisciplinares e implementar estratégias intersetoriais focadas na retenção e equidade em saúde.

Palavras-chave: **PROFILAXIA PRÉ-EXPOSIÇÃO; INFECÇÕES POR HIV; EQUIDADE**

DOI: 10.51161/iv-conasus/83197

EMERGÊNCIA RADIATIVA E A LEI 8.080 DE 1990: REFLEXÕES SOBRE O ACIDENTE COM O CÉSIO-137 E A IMPORTÂNCIA DO SUS

SAMILLY KETILY DA SILVA SANTOS; INGRID ALBUQUERQUE DE GÓES; CLÉBIA SILVA DOS SANTOS; RENATA MEDEIROS DOS SANTOS

Introdução: A série Emergência Radioativa retrata o acidente com o césio-137 em Goiânia (1987), expondo a fragilidade dos serviços de saúde no período anterior à criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Esse cenário histórico de desassistência e falhas na gestão de riscos antecedeu a promulgação da Lei nº 8.080/1990, atual marco regulatório da saúde pública brasileira. **Objetivo:** Analisar os acontecimentos da obra à luz da Lei nº 8.080/1990, discutindo a vigilância em saúde e a atuação profissional diante de crises sanitárias. **Metodologia:** Estudo descritivo e reflexivo baseado na análise crítica da minissérie e no confronto de seus episódios com os princípios organizativos e doutrinários da legislação do SUS. **Resultados:** A análise evidenciou que o desastre foi potencializado pela fiscalização ineficiente e pela vulnerabilidade informacional da população. Sob a ótica da Lei nº 8.080/1990, que preconiza promover, proteger e recuperar a saúde, identificou-se uma grave lacuna no eixo da prevenção no período pré-SUS. O cuidado e a promoção da saúde devem nascer do acolhimento humanizado, contrapondo-se à triagem tecnocrática inicial retratada, que gerou violência institucional e estigma. Constatou-se a imperiosa necessidade de recuperação das sequelas multidimensionais das vítimas, visto que os impactos estendem-se cronicamente nas esferas física e biológica, com adoecimentos e mortes; psicológica, por meio de transtornos mentais; e social, pelo isolamento comunitário sofrido, demandando assistência contínua. **Conclusão:** O acidente com o césio-137 reforça a importância da Lei nº 8.080/1990 na estruturação de respostas eficazes a desastres. A transição para o modelo do SUS consolidou os princípios da universalidade, equidade e integralidade, demonstrando que a atuação do Estado deve ultrapassar o caráter reativo, consolidando a vigilância ativa e a prevenção como pilares para salvaguardar a vida e garantir a segurança coletiva.

Palavras-chave: **EMERGÊNCIAS EM SAÚDE PÚBLICAVIGILÂNCIA EM SAÚDE PÚBLICA; VIGILÂNCIA EM SAÚDE PÚBLICA; SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

DOI: 10.51161/iv-conasus/83199

ACESSO E CONFIABILIDADE DOS DADOS DE VACINAÇÃO NO SUS: UMA REVISÃO DE LITERATURA

ANA LAURA CAMPOS MELO; ARTHUR COSTENARO DE PAULA; GABRIEL BARROS MIRANDA; TATIANA RIBEIRO DE CAMPOS MELO

Introdução: O SUS garante acesso universal e gratuito às ações de saúde no Brasil. Entre suas estratégias, destaca-se o Programa Nacional de Imunizações, que coordena as ações de vacinação no país, assegurando acesso universal e gratuito às vacinas. A Lei de Acesso à Informação (Lei 12.527/2011) e os marcos regulatórios sobre governo aberto garantem a obrigatoriedade dos entes públicos em tornar seus dados acessíveis à sociedade, possibilitando o controle social. **Objetivo:** Analisar como a literatura científica aborda o acesso e confiabilidade dos dados governamentais sobre vacinação no Brasil. **Metodologia:** Revisão literária utilizando o método Prisma, guia que padroniza a condução de revisões sistemáticas. As buscas foram realizadas nas bases Scielo e Google acadêmico, utilizando tais descritores, definidos pelo DeCs, em português e inglês: sistema de informações, controle social, programa nacional de imunização, avaliação. Foram incluídos apenas artigos dos últimos 5 anos, que apresentavam o texto completo disponível. As buscas resultaram em 339 artigos. Após a aplicação dos critérios de elegibilidade e exclusão e leitura completa dos artigos, seis estudos foram incluídos na análise. **Resultados:** Não houve padronização na avaliação do acesso e confiabilidade dos dados sobre vacinação no Brasil. Porém, 50% dos artigos comparavam os dados do Sistema de Informação de Programa Nacional de Imunização (SI-PNI) com inquéritos domiciliares e encontraram registros ausentes e divergências entre sistemas e cadernetas de vacinação. Todos os trabalhos descrevem que, apesar de os dados de vacinação serem acessíveis e transparentes, existem falhas em seus registros, que dificultam o planejamento de novas ações de políticas públicas de vacinação. Dois trabalhos apontam que o microplanejamento (modelo descentralizado), melhora a qualidade dos dados e amplia a cobertura vacinal. Um artigo identificou diferenças na precisão dos registros conforme a vacina, sugerindo capacitação dos profissionais responsáveis. **Conclusão**: O SI-PNI permitiu a abertura dos dados de vacina no país, entretanto, requer melhorias para maior confiabilidade e disponibilidade de informações. São escassos os trabalhos que avaliam os dados de vacinação no Brasil. Para que o planejamento das políticas públicas de saúde sejam mais eficazes é necessário conhecer e monitorar as ações através da sistematização de coleta e análise de dados.

DOI: 10.51161/iv-conasus/83215

Palavras-chave: **VACINA; CONFIABILIDADE; DADOS ABERTOS**

DOI: 10.51161/iv-conasus/83215

A INTERSECÇÃO ENTRE A ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E A ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO CAPS II: UMA REVISÃO DE LITERATURA

ALMIR TEIXEIRA SANTOS NETO; FRANCIELE DE OLIVEIRA ORTIZ VARGAS

Introdução: Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS II) são pilares da Reforma Psiquiátrica, visando à reinserção social e à autonomia dos usuários. Contudo, o serviço frequentemente enfrenta a persistência da lógica biomédica e o risco de se reduzir a uma "fábrica de receitas". Diante disso, a articulação multiprofissional entre a psicologia e a assistência farmacêutica torna-se indispensável para superar o modelo puramente asilar e medicalizante, promovendo um cuidado integral. **Objetivo:** Identificar os desafios assistenciais na implementação do CAPS II e discutir as oportunidades de atuação do farmacêutico na perspectiva do cuidado psicossocial e da desmedicalização. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão bibliográfica baseada na análise de documentos institucionais e artigos científicos das bases SciELO, CAPES e Google Acadêmico sobre a dinâmica do CAPS II, correlacionando suas demandas assistenciais com as competências clínicas do farmacêutico na saúde mental coletiva. **Resultados:** Os achados revelam lacunas críticas que comprometem a reabilitação psicossocial, como consultas rápidas, abandono de tratamento por medo de efeitos colaterais e o esquecimento do corpo e de comorbidades físicas, que elevam a mortalidade precoce. Nesse cenário, enquanto a psicologia lidera o acolhimento subjetivo e a ressignificação do sofrimento, o farmacêutico atua de forma coadjuvante na clínica ampliada. Na dimensão assistencial, ele apoia os grupos terapêuticos e de educação em saúde coordenados pela equipe, intervindo na desmistificação dos psicotrópicos e no manejo de efeitos colaterais. Ao monitorar a adesão de maneira humanizada, o farmacêutico auxilia a psicologia a identificar sinais precoces de crise, sem impor a medicação como resposta isolada. Na construção do Projeto Terapêutico Singular, sua integração garante que o tratamento biológico dialogue com as demandas subjetivas e sociais do sujeito. **Conclusão:** Os desafios estruturais do CAPS II exigem práticas que resgatem a singularidade do usuário. A inserção do farmacêutico apoia a equipe psicossocial ao desconstruir a centralidade do fármaco, fortalecendo o vínculo, a cidadania e a integralidade do cuidado no SUS.

Palavras-chave: **ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA; CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL; SAÚDE MENTAL**

DOI: 10.51161/iv-conasus/83221

IMPACTO DE UM PROGRAMA MULTIPROFISSIONAL NA DOR E NA FUNCIONALIDADE DE INDIVÍDUOS COM OBESIDADE

IEDA CARLA CANDIDO
GISELE NICCHIO
ANGÉLICA SBROLINI MARQUES MINCACHE
TICIANA TELLES DA SILVA
ANA LUÍSA FALCÃO SANTOS
LENITA SOPRANI SANTOS OLIVEIRA
GREICE WESTPHAL-NARDO

RESUMO

A obesidade é uma doença crônica multifatorial associada a diversas comorbidades, dentre elas a dor musculoesquelética, que pode comprometer a funcionalidade e a qualidade de vida dos indivíduos. Nesse contexto, programas multiprofissionais têm sido utilizados como estratégia para promover mudanças no estilo de vida e minimizar os impactos decorrentes do excesso de peso. O presente estudo teve como objetivo avaliar a percepção da dor e sua interferência nas atividades diárias de participantes do Programa Multiprofissional de Tratamento da Obesidade (PMTO) do município de Paranavaí-PR. Trata-se de um estudo observacional, descritivo e transversal, com abordagem quantitativa, realizado com 19 participantes que concluíram as atividades do programa. O PMTO é desenvolvido ao longo de 16 semanas, com encontros três vezes por semana, envolvendo intervenções multiprofissionais nas áreas de Psicologia, Nutrição e Educação Física, fundamentadas na abordagem cognitivo-comportamental. A coleta de dados foi realizada por meio de questionário estruturado contendo questões sobre presença, intensidade, localização e interferência da dor antes e após a participação no programa. Os dados foram analisados por estatística descritiva. Antes do início da intervenção, 89,5% dos participantes relataram sentir dores corporais, sendo os joelhos a região mais acometida (26,3%), seguidos pela coluna lombar e tornozelos/pés (15,8% cada). A dor interferia muito nas atividades diárias de 36,8% dos participantes e apresentava intensidade moderada a elevada na maioria dos casos. Após a participação no PMTO, 42,1% dos participantes relataram que a dor melhorou muito e 42,1% afirmaram melhora, totalizando 84,2% de percepção positiva. Além disso, 22,2% passaram a não apresentar dor em nenhuma região corporal e 42,1% relataram que a dor não interfere mais em suas atividades diárias. Conclui-se que a participação no PMTO contribuiu para a redução da dor e de sua interferência na rotina dos participantes, evidenciando que intervenções multiprofissionais baseadas em atividade física, educação nutricional e acompanhamento psicológico constituem importante estratégia para o manejo da obesidade e para a promoção da saúde e da qualidade de vida.

Palavras-chave: Dor Crônica; Equipe Multiprofissional; Obesidade.

DOI: 10.51161/iv-conasus/83236

1 INTRODUÇÃO

A obesidade representa um grave problema de saúde pública, com importantes repercussões clínicas, sociais e econômicas. Estima-se que os custos mundiais relacionados à obesidade alcancem aproximadamente US$ 2,1 trilhões por ano, sendo que apenas uma pequena parcela desse valor é destinada à prevenção (Anandacoomarasamy et al., 2009; OMS, 2025).

Trata-se de uma condição crônica multifatorial associada ao desenvolvimento de diversas comorbidades, entre elas a dor musculoesquelética (Mohan et al., 2025; Wang et al., 2025). O excesso de peso corporal está relacionado a alterações estruturais e funcionais do sistema musculoesquelético, incluindo redução da mobilidade, modificações nos padrões de marcha e diminuição da força muscular dos membros inferiores (Stanley et al., 2014; Alaniz-Arcos et al., 2023). Essas alterações contribuem para o aumento do risco de osteoartrite, dor crônica e limitações funcionais.

Além disso, indivíduos com obesidade frequentemente apresentam comprometimento da capacidade funcional em decorrência da redução da força, potência e resistência muscular. Em populações mais envelhecidas, esse quadro pode ser agravado pela coexistência de elevados níveis de adiposidade e sarcopenia, fatores que comprometem a ativação muscular e favorecem a perda de desempenho físico (Mohan et al., 2025).

Outro mecanismo relevante envolve o estado inflamatório crônico de baixo grau característico da obesidade. O aumento da produção de citocinas pró-inflamatórias e adipocinas favorece processos degenerativos articulares e potencializa a percepção da dor, especialmente em regiões submetidas a maior sobrecarga mecânica, como coluna vertebral, quadris, joelhos e tornozelos (Santos; Silva, 2018).

Além da sobrecarga mecânica, fatores alimentares também influenciam a percepção da dor e os processos inflamatórios associados à obesidade. Dietas caracterizadas pelo elevado consumo de alimentos ultraprocessados, açúcares refinados e gorduras saturadas podem favorecer a manutenção do estado inflamatório crônico, enquanto intervenções nutricionais voltadas à melhora da qualidade da alimentação e à redução da adiposidade corporal têm sido associadas à melhora de parâmetros metabólicos e inflamatórios, contribuindo potencialmente para a redução da dor e para a melhora da capacidade funcional (Manske, 2024; De Cabo; Mattson, 2019; Mulas et al., 2023).

Todas essas alterações favorecem o surgimento de dores, especialmente em membros inferiores e coluna vertebral. Além dos impactos físicos, a dor pode comprometer significativamente a realização das atividades diárias, reduzindo a qualidade de vida e dificultando a adesão à prática regular de exercícios físicos.

Nesse contexto, programas multiprofissionais voltados ao tratamento da obesidade podem contribuir para a redução da dor por meio da perda de peso, da melhora do condicionamento físico e da adoção de hábitos de vida saudáveis. Intervenções que associam atividade física supervisionada, educação nutricional e acompanhamento psicológico apresentam potencial para promover benefícios físicos, funcionais e comportamentais de forma integrada.

Diante disso, o presente estudo teve como objetivo avaliar a percepção da dor e sua interferência nas atividades diárias de participantes do Programa Multiprofissional de Tratamento da Obesidade (PMTO) do município de Paranavaí-PR, comparando a condição antes e após a participação no programa.

DOI: 10.51161/iv-conasus/83236

2 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo observacional, descritivo e transversal, com abordagem quantitativa, realizado com participantes do Programa Multiprofissional de Tratamento da Obesidade (PMTO) do município de Paranavaí-PR. A amostra foi composta por 19 indivíduos que concluíram as A é uma estratégia municipal voltada ao tratamento não medicamentoso da obesidade, fundamentada na abordagem cognitivo-comportamental e desenvolvida por equipe multiprofissional composta por nutricionista, psicóloga e profissionais de educação física. O programa tem como objetivo promover mudanças sustentáveis no estilo de vida, contribuindo para a redução do peso corporal, melhora da saúde física e mental, prevenção de comorbidades e aumento da qualidade de vida dos participantes.

A intervenção possui duração de 16 semanas e é realizada três vezes por semana, com sessões de aproximadamente 90 minutos. Cada encontro é composto por atividades teórico-educativas e práticas. O componente teórico, com duração de cerca de 30 minutos, aborda temas relacionados à educação alimentar e nutricional, aspectos psicológicos associados à obesidade, estratégias de mudança comportamental, promoção da saúde e incentivo à prática regular de atividade física.

A parte prática é dividida em dois momentos de aproximadamente 30 minutos cada. O primeiro contempla exercícios de treinamento de força realizados em academia de uso exclusivo dos participantes, incluindo exercícios em equipamentos e atividades localizadas voltadas ao fortalecimento muscular e à melhora da aptidão física. O segundo momento consiste na realização de exercícios aeróbios de intensidade moderada a vigorosa, planejados de acordo com as condições físicas e limitações individuais dos participantes.

A coleta de dados foi realizada após a conclusão do programa, por meio de questionário estruturado contendo perguntas relacionadas à presença de dor antes da participação no PMTO, intensidade da dor por meio de escala numérica de 0 a 10, localização anatômica da dor, interferência da dor nas atividades diárias e percepção dos participantes sobre a evolução do quadro doloroso após a participação no programa.

Os dados foram organizados em planilha eletrônica e analisados por meio de estatística descritiva, sendo apresentados em frequências absolutas e relativas. A análise teve como objetivo avaliar a percepção da dor e sua interferência nas atividades diárias antes e após a participação no PMTO, permitindo verificar os possíveis impactos da intervenção multiprofissional sobre a qualidade de vida dos participantes.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram do estudo 19 indivíduos que concluíram as atividades do Programa Multiprofissional de Tratamento da Obesidade (PMTO). Antes do início da intervenção, observou-se elevada prevalência de dor entre os participantes, sendo que 89,5% relataram apresentar dores corporais e apenas 5,3% afirmaram não sentir dor. Estudos indicam que a obesidade está associada ao aumento da inflamação sistêmica e da sobrecarga mecânica articular, fatores que contribuem para o desenvolvimento e agravamento de quadros dolorosos e degenerativos (Santos; Silva, 2018; Anandacoomarasamy *et al* 2009). Além disso, a maioria relatou algum grau de interferência da dor nas atividades diárias, demonstrando o impacto da obesidade sobre a funcionalidade e a qualidade de vida (Tabela 1).

DOI: 10.51161/iv-conasus/83236

Tabela 1. Caracterização da dor antes da participação no Programa Multiprofissional de Tratamento da Obesidade (PMTO), Paranavaí-PR, 2025 (n=19).

Variável	n	%
Presença de dor antes do PMTO		
Sim	17	89,5
Às vezes	1	5,3
Não	1	5,3
Interferência da dor nas atividades diárias		
Muito	7	36,8
Moderadamente	4	21,1
Pouco	6	31,6
Nada	2	10,5
Região corporal com maior ocorrência de dor		
Joelho	5	26,3
Outros locais	4	21,1
Coluna lombar	3	15,8
Tornozelo/Pé	3	15,8
Quadril	2	10,5
Coluna cervical	1	5,3
Ombro	1	5,3

Fonte: Dados da pesquisa (2025).

A predominância de dores em joelhos, coluna lombar e tornozelos observada neste estudo está de acordo com a literatura, que identifica essas regiões como as mais suscetíveis aos efeitos do excesso de peso corporal. Segundo Anandacoomarasamy, *et al* (2009), o aumento da carga mecânica sobre articulações de sustentação favorece processos inflamatórios e degenerativos, contribuindo para o surgimento e manutenção da dor. Além disso, Mohan *et al*. (2025) destacam que indivíduos com obesidade apresentam maior comprometimento da mobilidade funcional e maior prevalência de sintomas musculoesqueléticos quando comparados à população eutrófica.

Em relação à intensidade da dor, observou-se predominância de escores moderados e elevados na escala numérica de 0 a 10. As notas 5, 7 e 10 foram as mais frequentes, cada uma representando 21,1% das respostas, evidenciando que grande parte dos participantes convivia com dores de intensidade significativa antes do início do programa.

Após as 16 semanas de intervenção multiprofissional, verificou-se melhora expressiva da percepção dolorosa. Entre os participantes, 42,1% relataram que a dor melhorou muito e 42,1% afirmaram que melhorou, totalizando 84,2% de percepção positiva. Apenas 15,8% não perceberam mudanças e nenhum participante relatou piora do quadro doloroso. Também foi observada redução da interferência da dor nas atividades diárias e aumento do número de indivíduos que não apresentavam mais dor após a conclusão do programa (Tabela 2).

DOI: 10.51161/iv-conasus/83236

Tabela 2. Percepção da dor após a participação no Programa Multiprofissional de Tratamento da Obesidade (PMTO), Paranavaí-PR, 2025 (n=19).

Variável	n	%
Avaliação da dor após o PMTO		
Melhorou muito	8	42,1
Melhorou	8	42,1
Não mudou	3	15,8
Piorou	0	0,0
Piorou muito	0	0,0
Interferência atual da dor nas atividades diárias		
Nada	8	42,1
Pouco	6	31,6
Moderadamente	5	26,3
Muito	0	0,0
Região corporal com dor após o PMTO		
Joelho	7	38,9
Coluna lombar	3	16,7
Pé/Tornozelo	3	16,7
Ombro	1	5,6
Não sente mais dor	4	22,2

Fonte: Dados da pesquisa (2025).

A redução da interferência da dor nas atividades diárias observada após a participação no programa possui relevância clínica importante, uma vez que a dor é um dos principais fatores associados à limitação funcional em indivíduos com obesidade. O aumento da proporção de participantes que relataram ausência de interferência da dor em suas atividades sugere melhora da funcionalidade percebida e maior potencial para manutenção de hábitos de vida fisicamente ativos.

Embora tenha sido observada melhora global da dor, os joelhos permaneceram como a principal região de queixa após a intervenção. Esse resultado pode estar relacionado às alterações degenerativas frequentemente associadas à obesidade, especialmente nas articulações de sustentação, cujos efeitos podem persistir mesmo após melhorias no condicionamento físico e na percepção geral da dor.

Os resultados encontrados corroboram evidências científicas que demonstram a efetividade de intervenções multiprofissionais no tratamento da obesidade e de suas repercussões musculoesqueléticas. A melhora percebida pelos participantes pode estar relacionada à combinação de diferentes estratégias terapêuticas adotadas pelo programa, incluindo exercícios físicos supervisionados, orientação nutricional e acompanhamento psicológico.

A prática regular de exercícios físicos promove adaptações musculoesqueléticas importantes, como fortalecimento muscular, melhora da mobilidade articular, aumento da capacidade funcional e redução da percepção dolorosa. Além disso, o exercício estimula mecanismos fisiológicos relacionados ao controle endógeno da dor, contribuindo para a diminuição dos sintomas dolorosos (Geneen *et al.*, 2017; Teixeira *et al.*, 2020).

Embora o presente estudo não tenha avaliado diretamente mudanças alimentares, perda de peso ou marcadores inflamatórios, o componente nutricional do programa pode ter

contribuído para os resultados observados. Evidências apontam que hábitos alimentares saudáveis estão associados à redução da inflamação sistêmica característica da obesidade, podendo favorecer a melhora da dor e da qualidade de vida (Elma et al., 2020; Manske, 2024).

Paralelamente, o suporte psicológico baseado na abordagem cognitivo-comportamental pode ter favorecido maior adesão às mudanças de estilo de vida, fortalecimento da autoestima e melhor enfrentamento das limitações impostas pela obesidade. Dessa forma, os benefícios observados provavelmente resultam da atuação integrada dos diferentes profissionais envolvidos no programa, característica fundamental das intervenções multiprofissionais.

4 CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo demonstraram elevada prevalência de dor entre os participantes antes do ingresso no Programa Multiprofissional de Tratamento da Obesidade, com impacto significativo sobre as atividades diárias e predominância de queixas em joelhos, coluna lombar e membros inferiores. Após as 16 semanas de intervenção, observou-se melhora expressiva da percepção dolorosa, sendo que 84,2% dos participantes relataram redução da dor e 22,2% afirmaram não apresentar mais dor em nenhuma região do corpo.

Além da diminuição da intensidade dolorosa, verificou-se redução da interferência da dor nas atividades cotidianas, indicando melhora da capacidade funcional e da qualidade de vida. Esses resultados sugerem que a combinação de exercícios físicos supervisionados, educação nutricional e acompanhamento psicológico, fundamentada na abordagem cognitivo-comportamental, contribui positivamente para o manejo da obesidade e de suas repercussões musculoesqueléticas.

Dessa forma, o PMTO mostrou-se uma importante estratégia multiprofissional de promoção da saúde, capaz de proporcionar benefícios que vão além da redução do peso corporal, favorecendo a melhora da funcionalidade, do bem-estar e da qualidade de vida dos participantes. Os achados reforçam a importância da manutenção e ampliação de programas interdisciplinares voltados ao tratamento da obesidade no âmbito do Sistema Único de Saúde.

REFERÊNCIAS

ALANIZ-ARCOS, J. L.; ORTIZ-CORNEJO, M. E.; LARIOS-TINOCO, J. O.; KLÜNDER-KLÜNDER, M.; VIDAL-MITZI, K.; GUTIÉRREZ-CAMACHO, C. Differences in the absolute muscle strength and power of children and adolescents with overweight or obesity: a systematic review. BMC Pediatrics, v. 23, n. 1, p. 474, 2023.

ANANDACOOMARASAMY, A.; FRANSEN, M.; MARCH, L. Obesity and the musculoskeletal system. Current Opinion in Rheumatology, v. 21, n. 1, p. 71-77, 2009.

DE CABO, R.; MATTSON, M. P. Effects of intermittent fasting on health, aging, and disease. New England Journal of Medicine, v. 381, n. 26, p. 2541-2551, 2019. DOI: 10.1056/NEJMra1905136.

ELMA, Ö.; YILMAZ, S. T.; DELIENS, T.; COPPIETERS, I.; CLARYS, P.; NIJS, J.; MALFLIET, A. Do nutritional factors interact with chronic musculoskeletal pain? A systematic review. Journal of Clinical Medicine, v. 9, n. 3, 2020.

FORHAN, M.; GILL, S. V. Obesity, functional mobility and quality of life. Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism, v. 27, n. 2, p. 129-137, 2013.

GENEEN, L. J.; MOORE, R. A.; CLARKE, C.; MARTIN, D.; COLVIN, L. A.; SMITH, B. H. Physical activity and exercise for chronic pain in adults: an overview of Cochrane Reviews. Cochrane Database of Systematic Reviews, n. 4, 2017. DOI: 10.1002/14651858.CD011279.pub3.

MANSKE, S. The microbiome's role in chronic pain and inflammation. Integrative Medicine, v. 23, n. 4, p. 10-15, 2024.

MOHAN, D. M.; AL ANOUTI, F.; KOHLI, N. et al. Association of obesity with musculoskeletal health and functional mobility in women: a systematic review. International Journal of Obesity, v. 49, p. 2184-2205, 2025. DOI: 10.1038/s41366-025-01881-8.

MULAS, M. F.; CIREGIA, F.; MURA, M. et al. Weight loss interventions and inflammatory biomarkers in obesity: a systematic review. Nutrients, v. 15, n. 7, p. 1668, 2023. DOI: 10.3390/nu15071668.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Obesity and overweight. Genebra: World Health Organization, 2025. Disponível em: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight. Acesso em: 19 jun. 2026.

SANTOS, R. F.; SILVA, M. C. Obesidade e inflamação sistêmica: impacto na saúde articular. Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia, v. 62, n. 5, p. 456-464, 2018.

TEIXEIRA, I. A. S.; SOARES, F. H. R.; SOUSA, M. B. C. Investigação sobre o dano muscular e a resposta afetiva associados ao exercício aeróbico em intensidade imposta e autosselecionada em mulheres obesas. Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research, v. 30, n. 3, p. 19-25, 2020.

WANG, L.; WANG, Q.; XIONG, Y.; SHI, W.; QI, X. Obesity and its comorbidities: current treatment options, emerging biological mechanisms, future perspectives and challenges. Diabetes, Metabolic Syndrome and Obesity: Targets and Therapy, v. 18, p. 3427-3445, 2025. DOI: 10.2147/DMSO.S540103.

EDUCAÇÃO PERMANENTE COMO FERRAMENTA DE QUALIFICAÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA SOBRE UMA ESTRATÉGIA POSSÍVEL

DANIEL FERNANDES CARDOSO; FERNANDA DE CARVALHO CAÑETE; MAIRLA MACHADO PROTAZIO; MARIA DA GLORIA DOS SANTOS RIBEIRO.

RESUMO

Introdução: a Atenção Básica é responsável por acolher a maior parte do sofrimento psicológico, contudo profissionais frequentemente carecem de qualificação específica em saúde mental. A ImpulsoGov, uma organização da sociedade civil, implementou em parceria com os municípios uma capacitação teórico-prática e tutoria online baseada no Acolhimento Interpessoal para qualificar a escuta e o manejo na Atenção Básica. Objetivos: este estudo objetivou relatar a experiência de tutoria técnico-assistencial a distância com profissionais de Unidades Básicas de Saúde, equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde e Centros de Atenção Psicossocial de um município brasileiro, entre 2025 e 2026. Metodologia: trata-se de um relato de experiência descritivo, de abordagem qualitativa, construído a partir da vivência de tutores que acompanharam semanalmente, via Google Meet e grupo de WhatsApp, turmas multiprofissionais (técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde, enfermeiros, médicos, psicólogos, assistentes sociais e farmacêuticos) em encontros de até uma hora e meia. Os participantes aplicavam os instrumentos PHQ-9, Escala de Humor e se necessário a Escala de Avaliação do Risco de Suicídio de Columbia, registravam os atendimentos em sistema de *chatbot* e discutiam casos com mediação ativa do tutor, que sistematizava a evolução da aprendizagem em formulários de tutoria. A cada dois meses, realizavam-se encontros entre tutores para alinhamento e troca de experiências. Resultados: observou-se aprimoramento da escuta qualificada, refinamento dos encaminhamentos e fortalecimento da integração entre Atenção Básica e Rede de Atenção Psicossocial. Profissionais que já possuíam alguma experiência com o cuidado em saúde mental tiveram suas habilidades refinadas e aqueles que desconheciam sua atuação na área reconheceram e valorizaram suas práticas, resgatando o sentido do trabalho. A tutoria online consolidou-se como espaço de Educação Permanente e integração da Rede de Atenção Psicossocial e da Atenção Primária à Saúde. Conclusão: a tutoria a distância se constituir como prática exitosa e transformadora de Educação Permanente em Saúde, com impacto clínico mensurável, embora limitada pelo recorte municipal e pela dependência de conectividade.

Palavras-chave: Rede de Atenção Psicossocial; Sistema Único de Saúde; Tutoria.

1 INTRODUÇÃO

As Unidades Básicas de Saúde (UBS) são compreendidas do ponto de vista da articulação do cuidado no Sistema Único de Saúde (SUS) como primeiro ponto de contato com as pessoas de um determinado território e sua proposta é agir na promoção, prevenção e

DOI: 10.51161/iv-conasus/83240

tratamento em saúde (BRASIL, 2017). Na divisão organizativa do SUS, tem-se as UBS dentro da Atenção Básica (AB), que tem o nível de Atenção Primária à Saúde (APS), que visa abarcar um conjunto de questões em saúde (cuidados paliativos, redução de danos, diagnóstico, reabilitação, vigilância em saúde, dentre outros) e coordenar o cuidado para a Atenção Especializada (AE) e seus níveis de cuidado: secundário e terciário (idem).

A AB tem sua relevância pelo supracitado, compreendendo que através da composição e organização do SUS ela é responsável por resolver mais de 80% das questões em saúde dos municípios, evitando que problemas de saúde se agravem e passem a necessitar de especialistas, de tecnologias densas e caras, gerando mais custos para os municípios, estados e União (KASHIWAKURA et al., 2021). Christensen et al. (2020) afirmam através de revisão sistemática de estudos que analisam os impactos econômicos de agravos em saúde mental em vários países ao redor do mundo, que há um custo elevado quando os transtornos intensificam sem cuidado, muito embora tenham oscilações de transtornos e custos por país no tocante a valores médios, porém, tendo alto valor agregado, necessitando de políticas públicas que evidenciam como melhor medida para redução destes valores.

Além do ponto de vista econômico, há um gasto humano importante no tocante ao desgaste psicológico da pessoa que não tem questões sanadas na AB e precisa ser encaminhada para outros serviços por conta de situações que talvez pudessem ser evitadas, rodando pela Rede de Atenção à Saúde, em alguns casos se muito agravado podendo necessitar de leito psiquiátrico, que é custoso economicamente e é, humanamente falando, uma experiência psicológica extremamente estressante. Além da qualidade de vida do paciente ser afetada, a família tem sua rotina e renda afetada também, comprometendo quantias não só de dinheiro, mas de tempo dos familiares que se dedicam aos cuidados de alguém com agravos em saúde mental, por vezes em contexto brasileiro sendo pessoas do sexo feminino, que podem acompanhar os pacientes em transporte, monitorando-os, aguardando consulta, esperando horário de medicação, dentre outras situações (ZIEBOLD et al., 2024).

A AB, portanto, é agente central para auxiliar na redução dos custos econômicos e humanos dos agravos à saúde mental. Por vezes, porém, os profissionais da AB podem não ter domínio de técnicas em saúde mental ou até podem realizar o cuidado adequado, mas não sabendo nomeá-lo e nem como quantificá-lo, perdendo informações importantes para planejamento de políticas públicas no território e oferecendo um cuidado na melhor das intenções que, todavia, pode ser parcial ou com encaminhamentos inadequados eventualmente. Nesse sentido, a Educação Permanente em Saúde é uma proposta que visa qualificar e desenvolver as habilidades e práticas em saúde, através de ações formativas de ensino e atuação, considerando especificidades regionais, visando superação das desigualdades e fortalecimento da força de trabalho do SUS com base nas problemáticas enfrentadas naquela região (BRASIL, 2009).

Neste contexto, surge o Programa de Fortalecimento da Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde (PROAPS - Saúde Mental) em outro município, fruto da parceria municipal com a Organização da Sociedade Civil (OSC) ImpulsoGov, que se dedica ao fortalecimento da saúde pública através do uso de dados e tecnologia de maneira crítica e para tomada de decisões, instituindo via PROAPS o cuidado em saúde mental na AB de forma consolidada em articulação com a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) como um todo, propondo fortalecimento técnico da escuta qualificada, intervenções e encaminhamentos de saúde mental nas UBS, que acabou tendo sua experiência expandida para outros municípios do Brasil.

Para realizar as capacitações e acompanhamentos dos acolhimentos em saúde mental realizados majoritariamente em UBS, inserem-se os tutores, que são facilitadores desse processo de aprendizagem e consolidação de práticas exitosas em saúde mental, que acompanham os profissionais da rede após estes realizarem uma formação em contexto presencial, com conteúdo teóricos e práticos através de simulação de acolhimentos em saúde

mental ao longo da formação. As tutorias sequenciais se dão por meio das Tecnologias da Informação e Comunicação em Saúde (TICS), sendo feitas por videochamada em grupos semanais. A relevância deste trabalho reside na necessidade de ter-se cada vez mais a atuação da AB em casos de saúde mental, diminuição de custos humanos e financeiros, favorecimento da Educação Permanente de forma exitosa no SUS em conjunto ao uso de TICS, questões que são tratadas com resultados expostos a seguir através do relato de experiência do processo de acompanhamento dos profissionais nas tutorias.

O objetivo geral do trabalho é apresentar um relato de experiência do processo de tutoria com profissionais da AB que realizaram a qualificação em um município do litoral sudeste brasileiro em parceria com a ImpulsoGov, que replica a vivência exitosa do PROAPS por municípios brasileiros parceiros. A tutoria consiste no acompanhamento da prática dos profissionais de saúde após a etapa presencial da qualificação, momento em que passam a realizar os acolhimentos em saúde mental utilizando o Acolhimento Interpessoal (AIP) como estratégia de cuidado breve. Nesse processo, os tutores atuam como mediadores pedagógicos, apoiando a consolidação das práticas e o fortalecimento da RAPS. Por meio do relato das experiências vivenciadas nas tutorias, buscou-se analisar como esse espaço contribui para a qualificação do cuidado em saúde mental na rede, favorecendo a troca coletiva entre profissionais, o manejo de dúvidas técnicas e a integração entre formação teórica e prática — elementos centrais da Educação Permanente em Saúde.

2 RELATO DE EXPERIÊNCIA

Este estudo é do tipo relato de experiência de natureza descritiva e abordagem qualitativa, que é um meio de produção de conhecimento dedicado à descrição da intervenção, visando contribuir para o avanço do conhecimento naquele tema específico e com a transformação social, tendo metodologia própria para guiar o processo descritivo científico da experiência vivenciada (MUSSI; FLORES; ALMEIDA, 2021).

O presente relato foi construído a partir da vivência de tutores no componente de tutoria técnico pedagógica-institucional online da ImpulsoGov, tutores estes de diferentes estados, tendo tirado como recorte para o presente estudo o processo de tutoria que realizaram com profissionais da AB em sua maioria, sendo de UBS e da equipe Multiprofissional (eMulti) na APS, e com alguns profissionais da AE, sendo estes de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), em um município do litoral sudeste brasileiro, entre 2025 e 2026, abrangendo cerca de 8 meses de acompanhamento, período ao fim do qual as turmas concluíram o processo de qualificação.

Os profissionais acompanhados na qualificação eram de diversas categorias: enfermagem, técnico em enfermagem, medicina, agente comunitário de saúde, psicologia, assistência social e farmácia. Foram divididos em turmas compostas em média por 6 pessoas de diversas idades destas profissões e mais o tutor, sendo que os tutores em média tinham de duas a três turmas para gerirem por semana. O número de participantes ao longo do processo variava, seja por trocas de horário ou por eventual necessidade de desligamento do processo formativo. A metodologia utilizada nos acolhimentos foi o Acolhimento Interpessoal (AIP), uma estratégia de cuidado breve em saúde mental desenvolvida para a Atenção Primária, estruturada em cinco encontros — rastreio inicial e quatro acolhimentos — voltados para pessoas com sinais e sintomas de sofrimento psicológico leve a moderado, com foco na escuta qualificada, identificação de área-problema e apoio à autonomia do usuário.

A intervenção (o processo de tutoria) deu-se através de mediação das TICS, por videochamada na plataforma Google Meet, sendo os endereços de acesso às chamadas disponibilizados anteriormente e ficando registrados em outra TICS, um grupo na plataforma WhatsApp, onde os tutores e os profissionais interagiam. Os endereços ficavam fixados na

descrição desse grupo, eram endereços que não mudavam de semana para semana e eram enviados também próximo ao horário da tutoria no grupo como lembrete, visando diminuir possível risco de absenteísmo. Esse grupo servia para serem enviados lembretes das reuniões de tutoria, de feriados e alteração no cronograma, divulgação de materiais de saúde mental, e para relembrar a necessidade de evolução dos acolhimentos dos profissionais nos devidos prontuários dos pacientes acolhidos em seus locais de trabalho e também no lançamento dos resultados de instrumentos usados nos acolhimentos em um sistema de orientação em formato de *chatbot*, que foi outro recurso de TICS usado para orientar os profissionais, que puderam registrar escalas multiprofissionais aplicadas neste *chatbot* (que consiste em uma janela de conversa - dentro do WhatsApp - privada com um agente virtual programado para computar os dados inseridos das escalas e automaticamente já fornecer base para reflexão do profissional e tomada de decisão sobre a necessidade de encaminhar para outro serviço mais especializado, sobre paciente não preencher critérios, não ter perfil para o programa seja por outra razão, com orientação por vezes para procurar os tutores para discutir esses casos).

As tutorias tinham duração de até uma hora e meia, com o tutor mediando o processo e incentivando a participação coletiva nas discussões sobre os acolhimentos realizados. A escuta dos profissionais seguia geralmente a ordem de chegada nas salas *online*, com exceções quando alguns deles pediam para poder fazer a tutoria primeiramente, o que comumente vinha com justificativa de precisar se ausentar após sua vez por conta de alto volume de demandas na UBS. A tutoria começa com repasse das pontuações dos instrumentos para rastreio de sinais e sintomas ansioso-depressivos e de saúde mental em geral, o *Patient Health Questionnaire*-9 (PHQ-9, validado para população brasileira), a Escala de Humor, instrumento de percepção autorreferenciada do estado de humor da pessoa acolhida, onde tem-se uma régua com cores e *emojis* para o indivíduo apontar onde compreende que está nessa medida naquele momento e se necessário a Escala de Avaliação do Risco de Suicídio de Columbia, que auxilia na identificação se o indivíduo está em risco de suicídio, avaliação da gravidade e iminência de risco, qualificando o tipo de apoio necessário. Na sequência, são relatados postos-chave do atendimento e trazidas dúvidas sobre algumas intervenções no geral. Após as tutorias, cada tutor realiza o preenchimento de formulário de supervisão, onde preenche qual atendimento o profissional realizou, se foi o rastreio inicial, onde se faz a triagem da pessoa acolhida para verificar se ela se enquadra no perfil do AIP, se precisa de encaminhamento, etc, ou se está atualmente em um dos quatro acolhimentos previstos pela metodologia do AIP, culminando ao todo em cinco encontros voltados para saúde mental.

Os tutores preenchem após as reuniões alguns critérios avaliativos para compreender o processo de ensino-aprendizagem, como capacidade de organizar os materiais, escuta qualificada, identificação dos eixos de cuidado (área problema), utilização dos instrumentos de rastreio dos sinais e sintomas (que servem para acompanhar também a melhora dos atendidos de acordo com a diminuição da pontuação do PHQ-9), se estão fazendo revisão do andamento do processo de acompanhamento junto aos acolhidos, dos aprendizados, da mudança de sinais e sintomas e da autopercepção do humor, e se estão conseguindo realizar o encerramento dos acolhimentos de forma satisfatória. Estes itens são classificados em escala Likert com notas de um a quatro. Há um campo para descrição dos tutores sobre aspectos gerais do aprendizado dos profissionais. Em média de dois em dois meses houve encontro com todos os tutores para discussão das experiências exitosas e das que necessitam de revisão, bem como para alinhamentos gerais.

3 DISCUSSÃO

Como resultados das práticas de tutoria, observou-se a confirmação da potencialidade da Educação Permanente em Saúde no SUS. Os profissionais da Atenção Primária

demonstraram, ao longo do processo, desenvolvimento progressivo da escuta qualificada e da capacidade de intervenção em saúde mental. Houve também aprimoramento nos encaminhamentos e nos processos de referência e contrarreferência para a AE, uma vez que as tutorias criavam espaço para discussão sobre a adequação dos casos a cada nível de atenção. Os instrumentos de rastreio e acompanhamento passaram a ser utilizados como base para a análise e tomada de decisão clínica, funcionando também como ferramenta de diálogo com outros profissionais da RAPS. Por fim, notou-se, em parte dos profissionais, o desenvolvimento de maior capacidade de suspensão de julgamentos e preconcepções nas suas intervenções — avanço que se expressou de forma articulada com a ampliação da escuta do outro.

No que se refere ao uso das TICS, os desafios identificados foram pontuais e relacionados principalmente à instabilidade do sinal de internet e à dificuldade de alguns profissionais em garantir um espaço físico adequado — silencioso e reservado — para a realização das tutorias. Tais situações, contudo, corresponderam a uma minoria dos casos e não comprometeram o desenvolvimento geral do processo. Também houve conflito entre data de período de férias dos profissionais e as tutorias, culminando em algumas semanas sem acolhimentos ou tutoria com os colegas. Reuniões convocadas pela rede também colidiram em alguns casos com o horário da tutoria. Por vezes a alta demanda das UBS também foi fator relevante para os profissionais pedirem para sair mais cedo ou não comparecerem.

Por fim, os tutores observaram diferenças no nível de confiança dos profissionais ao longo das tutorias. Parte deles demonstrava segurança desde o início, enquanto outros manifestavam receio, afirmando nunca ter atuado diante de situações de saúde mental. Os tutores, porém, perceberam que essa percepção não correspondia à realidade: no cotidiano da Atenção Primária, esses profissionais já manejavam situações de sofrimento psicológico — utilizando escuta qualificada, suspensão de julgamentos e aconselhamento não diretivo — sem reconhecer essas práticas como ações de saúde mental, possivelmente em função de uma visão ainda biocêntrica e fragmentadora do sujeito. À medida que esse reconhecimento foi sendo construído nas tutorias, observou-se mudança comportamental expressiva: maior confiança na prática, aumento da motivação para realizar os acolhimentos e, em alguns casos, um resgate do sentido do trabalho. Os profissionais vinculados aos CAPS contribuíram ainda para o fortalecimento do cuidado de saúde mental na APS, sendo capazes de explicar o projeto com propriedade e favorecendo a interlocução entre a AB e a AE.

4 CONCLUSÃO

A tutoria online no âmbito do SUS revelou-se estratégia potente de Educação Permanente em Saúde, com impacto mensurável tanto na qualificação dos profissionais quanto nos desfechos clínicos dos usuários atendidos. Constatou-se redução na pontuação média do PHQ-9 ao longo dos cinco encontros do AIP e mais da metade dos usuários relatarem acesso inédito a cuidados em saúde mental, evidenciando o alcance dos acolhimentos na AB às populações historicamente desassistidas. Profissionais qualificaram sua escuta, refinaram encaminhamentos e ressignificaram a própria prática cotidiana, especialmente aqueles que não reconheciam suas ações já existentes como cuidado em saúde mental. Como limitações da pesquisa, destacam-se o recorte municipal e a dependência de conectividade. Estudos futuros podem expandir a avaliação para múltiplos territórios e investigar a sustentabilidade das competências adquiridas e os desfechos clínicos em longo prazo.

DOI: 10.51161/iv-conasus/83240

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília: MS, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

CARVALHO, R. A.; PUPO, M. C.; MELLO, M. F. Terapia Interpessoal: teoria, formação e prática clínica em um serviço de pesquisa e atendimento em violência. **Revista Brasileira de Psicoterapia**, v. 13, n. 3, p. 14-25, 2011.

CHRISTENSEN, M. K.; LIM, C. C. W.; SAHA, S.; PLANA-RIPOLL, O.; CANNON, D.; PRESLEY, F.; WEYE, N.; MOMEN, N. C.; WHITEFORD, H. A.; IBURG, K. M.; MCGRATH, J. J. The cost of mental disorders: a systematic review. **Epidemiology and Psychiatric Sciences**, v. 29, e161, 2020. DOI: https://doi.org/10.1017/S204579602000075X. Disponível em: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7443800/. Acesso em: 20 jun. 2026.

KASHIWAKURA, H. K.; GONÇALVES, A. O.; AZEVEDO, R. R.; NUNES, A.; SILVA, C. A. T. Retrato da atenção básica no Brasil: gastos e infraestrutura em municípios brasileiros. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, supl. 2, p. 3397-3408, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1413-81232021269.2.37112019. Acesso em: 20 jun. 2026.

ZIEBOLD, C.; MCDAID, D.; KING, D.; ROMEO, R.; RIBEIRO, W. S.; PAN, P. M.; MIGUEL, E. C.; BRESSAN, R. A. ROHDE, R. A.; SALUM, G. A.; EVANS-LACKO, S. Estimating the Economic Impacts for Caregivers of Young People With Mental Health Problems in a Brazilian Cohort. **Value in Health**, v. 27, n. 3, p. 336-347, 2024. DOI: https://doi.org/10.1016/j.jval.2024.XX. Disponível em: https://www.valueinhealthjournal.com/action/showPdf?pii=S1098-3015(24)06696-8. Acesso em: 21 jun. 2026.

MUSSI, F. F.; FLORES, F. F.; ALMEIDA, C. B. Pressupostos para a elaboração de relato de experiência como conhecimento científico. **Práxis Educacional**, Vitória da Conquista, v. 17, n. 48, p. 60-77, 2021. Disponível em: https://periodicos2.uesb.br/praxis/article/view/9010/6134. Acesso em: 20 jun. 2026.

FORMAÇÃO PARA A EQUIDADE NO SUS: RELATO DE EXPERIÊNCIA SOBRE ENSINO DA SAÚDE DA MULHER NEGRA NA GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

GIZELY FERREIRA SOBRINHO; ANDRÉA DE SANT'ANA OLIVEIRA; ANTONIO CARLOS ALMEIDA BRAZ; ANDRÉIA NEVES DE SANT'ANNA

RESUMO

O racismo constitui importante determinante social da saúde, produzindo desigualdades que impactam significativamente as condições de vida, adoecimento e morte da população negra, especialmente das mulheres negras. Apesar do reconhecimento dessas iniquidades pelas políticas públicas de saúde, a abordagem das relações étnico-raciais ainda permanece limitada em muitos processos de formação na área da saúde. Objetivou-se relatar uma experiência pedagógica desenvolvida na graduação em enfermagem sobre saúde da mulher negra e determinantes sociais da saúde, destacando suas contribuições para a formação de profissionais comprometidos com a equidade racial no Sistema Único de Saúde (SUS). Trata-se de um relato de experiência de natureza descritiva, realizado na Escola de Enfermagem Alfredo Pinto da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), no contexto das disciplinas relacionadas à saúde da mulher. As estratégias pedagógicas envolveram aulas expositivas dialogadas, análise de documentos normativos, discussão de artigos científicos, estudo de indicadores epidemiológicos, problematização de casos clínicos e reflexões sobre as relações entre raça, gênero e saúde. A experiência possibilitou ampliar a compreensão dos estudantes acerca do racismo estrutural e institucional como elementos produtores de iniquidades em saúde, favorecendo a análise crítica sobre mortalidade materna, violência obstétrica, direitos reprodutivos e invisibilização de saberes afro-brasileiros. As discussões também evidenciaram a relevância da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra como instrumento orientador da prática profissional. Conclui-se que a inserção sistemática de conteúdos relacionados à saúde da mulher negra e aos determinantes sociais da saúde contribui para uma formação em enfermagem mais crítica, inclusiva e comprometida com a equidade racial e com os princípios do SUS.

Palavras-chave: Racismo; Determinantes Sociais da Saúde; Sistema Nacional de Saúde.

1 INTRODUÇÃO

O racismo não é um desvio individual, mas um componente orgânico das instituições e da economia que organiza a sociedade. Como determinante social da saúde**,** ele restringe o acesso da população negra a renda, saneamento e serviços de saúde, determinando quem vive e quem morre de forma prematura (Almeida, 2019).

Os determinantes sociais da saúde exercem influência decisiva sobre as condições de vida, adoecimento e morte da população brasileira. Entre esses determinantes, o racismo ocupa posição central na produção das iniquidades em saúde, especialmente entre mulheres negras, que apresentam piores indicadores de morbimortalidade, maior exposição à violência obstétrica e maiores barreiras de acesso aos serviços de saúde.

DOI: 10.51161/iv-conasus/83242

Embora a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra reconheça o racismo como determinante social da saúde, sua abordagem ainda permanece limitada em muitos cursos da área da saúde. Na formação em enfermagem, a ausência histórica de conteúdos relacionados à saúde da população negra contribui para a reprodução de práticas profissionais pouco sensíveis às desigualdades raciais presentes no Sistema Único de Saúde.

Nesse contexto, docentes da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro desenvolveram uma experiência pedagógica voltada à inserção de conteúdos relacionados à saúde da mulher negra, fisiologia da mulher negra, história da parturição das mulheres negras e Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, articulando tais conteúdos aos determinantes sociais da saúde e à formação para a equidade no SUS.

Relatar a experiência pedagógica desenvolvida na graduação em enfermagem da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto da UNIRIO sobre saúde da mulher negra e determinantes sociais da saúde, destacando suas contribuições para a formação de profissionais comprometidos com a equidade racial no SUS.

2 RELATO DE CASO

Trata-se de um relato de experiência de natureza descritiva, referente às atividades de ensino desenvolvidas junto a estudantes do curso de graduação em enfermagem da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto da UNIRIO.

A experiência ocorreu no contexto das disciplinas relacionadas à saúde da mulher, incorporando conteúdos específicos sobre saúde da mulher negra, fisiologia da mulher negra, história da parturição das mulheres negras, racismo estrutural, racismo institucional e Política Nacional de Saúde Integral da População Negra.

As estratégias pedagógicas incluíram aulas expositivas dialogadas, análise de documentos normativos do SUS, discussão de artigos científicos, estudo de indicadores epidemiológicos, problematização de casos clínicos e reflexões sobre as relações entre raça, gênero e saúde.

A abordagem adotada buscou promover a compreensão do racismo como determinante social da saúde e estimular o desenvolvimento de competências críticas para o reconhecimento das desigualdades raciais presentes nos serviços de saúde.

3 DISCUSSÃO

A experiência pedagógica desenvolvida na Escola de Enfermagem Alfredo Pinto da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO) evidenciou a relevância da inserção dos determinantes sociais da saúde como eixo estruturante da formação em enfermagem. A abordagem de conteúdos relacionados à saúde da mulher negra, à fisiologia da mulher negra, à história da parturição das mulheres negras e à Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) possibilitou ampliar a compreensão dos estudantes acerca das múltiplas dimensões que influenciam o processo saúde-doença-cuidado no contexto brasileiro.

As discussões realizadas em sala de aula permitiram problematizar a ideia de que os agravos à saúde decorrem exclusivamente de fatores biológicos ou comportamentais. Ao analisar indicadores epidemiológicos, documentos normativos e produções científicas, os estudantes foram estimulados a reconhecer que as condições de saúde são produzidas por processos históricos, sociais, econômicos, culturais e políticos. Nesse contexto, o racismo emergiu como um dos determinantes centrais para a compreensão das desigualdades observadas nos indicadores de saúde da população negra, especialmente das mulheres negras.

DOI: 10.51161/iv-conasus/83242

Os debates foram favorecidos pela análise de dados nacionais que demonstram a expressiva presença da população negra entre os usuários do Sistema Único de Saúde. Informações da Pesquisa Nacional de Saúde apontam que pessoas autodeclaradas pretas e pardas representam a maior parcela dos usuários da Atenção Primária à Saúde, principal porta de entrada do SUS. Ao mesmo tempo, estudos do Conselho Federal de Enfermagem evidenciam que a enfermagem brasileira é constituída majoritariamente por mulheres negras. Essa realidade provocou reflexões importantes entre os estudantes sobre a aparente contradição existente entre a centralidade da população negra nos serviços de saúde e sua limitada representação nos referenciais teóricos tradicionalmente utilizados na formação profissional.

A experiência permitiu observar que muitos estudantes ingressam no ensino superior sem contato prévio com discussões relacionadas às desigualdades raciais em saúde. Durante as atividades desenvolvidas, tornou-se evidente que a temática ainda ocupa espaço reduzido em diversos processos formativos, apesar de sua relevância para a compreensão das necessidades concretas da população atendida pelo SUS. A inclusão desses conteúdos favoreceu a construção de uma leitura crítica acerca das relações entre raça, gênero, classe social e saúde, ampliando a capacidade dos discentes de identificar mecanismos produtores de iniquidades.

Nesse sentido, o conceito de racismo estrutural constituiu importante ferramenta analítica para a compreensão das desigualdades discutidas ao longo da experiência pedagógica. Conforme Almeida (2019), o racismo não se restringe a manifestações individuais de preconceito, mas integra a própria organização da sociedade, influenciando instituições, políticas públicas e relações sociais. Ao incorporar essa perspectiva às discussões sobre saúde, os estudantes puderam compreender que as diferenças observadas nos indicadores epidemiológicos não resultam de características biológicas dos grupos raciais, mas de processos históricos de exclusão e desigualdade.

A abordagem da saúde da mulher negra revelou-se particularmente relevante para a compreensão da intersecção entre racismo e sexismo na produção das iniquidades em saúde. Durante as atividades pedagógicas foram discutidos temas relacionados à mortalidade materna, violência obstétrica, acesso aos serviços de saúde e direitos reprodutivos. A análise desses fenômenos possibilitou reconhecer que mulheres negras permanecem expostas a condições mais vulneráveis de cuidado, situação frequentemente associada à permanência de práticas discriminatórias nos serviços de saúde.

As reflexões produzidas pelos estudantes evidenciaram que o cuidado em saúde não pode ser compreendido apenas como um conjunto de procedimentos técnicos. A experiência favoreceu a percepção de que o cuidado envolve dimensões éticas, culturais e políticas, exigindo dos profissionais capacidade para reconhecer e enfrentar desigualdades historicamente produzidas. Nesse aspecto, a discussão sobre racismo obstétrico mostrou-se particularmente significativa, uma vez que permitiu identificar como determinados estereótipos relacionados aos corpos negros continuam influenciando práticas assistenciais contemporâneas.

Outro aspecto relevante da experiência foi a inserção de conteúdos relacionados à história da parturição das mulheres negras e à contribuição histórica das parteiras negras para o cuidado em saúde. Esse debate possibilitou problematizar os processos de invisibilização de saberes afro-brasileiros ocorridos ao longo da institucionalização da assistência obstétrica e da profissionalização da enfermagem. A recuperação dessas trajetórias históricas favoreceu a valorização de conhecimentos frequentemente excluídos dos currículos formais e contribuiu para ampliar a compreensão dos estudantes acerca da diversidade de práticas de cuidado existentes na sociedade brasileira.

A discussão sobre representatividade e produção do conhecimento também ocupou lugar central na experiência. A partir das contribuições de Djamila Ribeiro (2017), os estudantes foram estimulados a refletir sobre os mecanismos que conferem legitimidade a determinados saberes e silenciam outros. A análise da reduzida presença de autoras negras em bibliografias

acadêmicas e espaços de docência possibilitou discutir a relação entre poder, conhecimento e reconhecimento social. Mais do que restringir quem pode falar sobre determinados temas, o debate permitiu compreender a importância da pluralidade de perspectivas para a produção do conhecimento em saúde.

As atividades desenvolvidas evidenciaram ainda que a formação profissional comprometida com a equidade exige a revisão crítica dos currículos de enfermagem. Embora as Diretrizes Curriculares Nacionais enfatizem a formação humanista, crítica e alinhada às necessidades sociais da população, a incorporação efetiva das relações étnico-raciais nos projetos pedagógicos ainda ocorre de forma desigual. A experiência demonstrou que a abordagem sistemática dessas temáticas contribui para aproximar a formação acadêmica das demandas concretas do SUS e dos princípios da integralidade e da equidade.

Outro resultado importante foi o fortalecimento da compreensão dos estudantes sobre a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. A análise da PNSIPN permitiu identificar sua relevância como instrumento orientador das práticas profissionais e das ações de gestão em saúde. Os discentes passaram a reconhecer que o conhecimento das políticas públicas não constitui apenas exigência normativa, mas ferramenta fundamental para a construção de práticas assistenciais comprometidas com a redução das desigualdades sociais e raciais.

Além da dimensão assistencial, as discussões também evidenciaram a importância da PNSIPN para a formação profissional e para a inserção dos futuros enfermeiros no mercado de trabalho. A compreensão dos determinantes sociais da saúde e das políticas de equidade mostrou-se alinhada às competências exigidas em concursos públicos, programas de residência e demais processos seletivos vinculados ao SUS. Dessa forma, a experiência contribuiu simultaneamente para a formação crítica dos estudantes e para sua preparação técnica para o exercício profissional.

De modo geral, os resultados observados apontam que a inserção de conteúdos relacionados à saúde da população negra e aos determinantes sociais da saúde favorece a construção de uma formação mais crítica, inclusiva e socialmente comprometida. A experiência reforça a necessidade de ampliar espaços de discussão sobre raça, gênero e saúde nos cursos de enfermagem, reconhecendo que o enfrentamento das desigualdades raciais constitui componente essencial da qualificação do cuidado e da consolidação dos princípios do Sistema Único de Saúde.

4 CONCLUSÃO

A experiência demonstrou que a inserção sistemática de conteúdos relacionados à saúde da mulher negra e dos determinantes sociais da saúde da população negra constitui estratégia relevante para a formação de enfermeiras e enfermeiros comprometidos com a equidade racial no SUS.

A abordagem contribuiu para ampliar o pensamento crítico dos estudantes, fortalecerem a compreensão do racismo como determinante social da saúde e promover reflexões sobre práticas de cuidado mais inclusivas e culturalmente diversas.

Iniciativas dessa natureza podem contribuir para a qualificação da formação em enfermagem e para o fortalecimento das políticas públicas voltadas à redução das desigualdades raciais em saúde, reforçando a necessidade de incorporação transversal dessas temáticas nos currículos dos cursos da área da saúde.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Silvio Luiz de. **Racismo estrutural.** São Paulo: Jandaíra, 2019.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM (ABEn). **Carta de Maceió para a população negra e quilombola.** Brasília, DF: ABEn, 2022.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Resolução CNE/CES nº 3, de 7 de novembro de 2001.** Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 9 nov. 2001.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Conselho Pleno. **Resolução CNE/CP nº 1, de 17 de junho de 2004.** Institui Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação das Relações Étnico-Raciais e para o Ensino de História e Cultura Afro-Brasileira e Africana. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 22 jun. 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS.** 3. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.

BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI FILHO, Alberto. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, jan./abr. 2007.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil: relatório final.** Brasília, DF: COFEN, 2017.

FANON, Frantz. **Pele negra, máscaras brancas.** Salvador: EDUFBA, 2008.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pesquisa Nacional de Saúde 2019: informações sobre domicílios, acesso e utilização dos serviços de saúde.** Rio de Janeiro: IBGE, 2020.

RIBEIRO, Djamila. **O que é lugar de fala?** Belo Horizonte: Letramento, 2017.

WERNECK, Jurema. Racismo institucional e saúde da população negra. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 535-549, jul./set. 2016.

DOI: 10.51161/iv-conasus/83242

A TRANSIÇÃO CONSTITUCIONAL DA SAÚDE NO BRASIL: DA EXCLUSÃO DO INAMPS À UNIVERSALIDADE DO SUS

IZABEL PEREIRA DE OLIVEIRA; RENATA FRAGA PINHEIRO BARBOSA

Introdução: A consolidação do direito à saúde no Brasil pós-1988 representa um marco na construção do Estado Social de Direito. A promulgação da Constituição Federal de 1988 (CF/88) encerrou o modelo excludente e estratificado gerido pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), período em que o acesso à assistência médica figurava como privilégio contributivo restrito aos trabalhadores do mercado formal, **relegando** a população sem cobertura à filantropia. **Objetivo:** Analisar o processo de transição institucional do modelo de saúde brasileiro a partir da ruptura constitucional de 1988, destacando a virada de paradigma rumo à universalidade e democratização das políticas públicas. **Metodologia**: Pesquisa de natureza teórico-analítica e descritiva, baseada em revisão narrativa da literatura especializada e em análise documental da legislação de saúde pública, abrangendo o período de transição institucional da década de 1980 até a consolidação do arcabouço do Sistema Único de Saúde (SUS). **Resultados**: Os resultados indicam que o cenário anterior à CF/88 caracterizava-se por uma privação severa de capacidades básicas e pela limitação das liberdades substantivas dos cidadãos informais. A emergência do SUS inverteu essa lógica histórica ao positivar a saúde, no artigo 196 constitucional, como um direito de todos e dever do Estado. O novo arranjo institucional fundamentou-se nos princípios da universalidade, da equidade e da integralidade, descentralizando a gestão. Adicionalmente, a restauração do Estado Democrático de Direito instituiu mecanismos complexos de controle social e participação popular, transformando a arena de formulação e execução das políticas de saúde em um ambiente mais plural, democrático e permeável às demandas da sociedade civil. **Conclusão**: A transição constitucional operou uma ruptura profunda na trajetória das políticas públicas nacionais. O SUS consolidou-se não apenas como um arranjo assistencialista, mas como um pilar de cidadania e inclusão social que substituiu o privilégio contributivo pelo direito universal, cuja sustentabilidade contemporânea depende do fortalecimento contínuo de seus mecanismos democráticos de controle social.

Palavras-chave: **DIREITO À SAÚDE; GOVERNANÇA PÚBLICA; SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

DOI: 10.51161/iv-conasus/83253

O PARADOXO DO DIREITO À SAÚDE: JUDICIALIZAÇÃO, SOFRIMENTO ÉTICO-POLÍTICO E SAÚDE MENTAL NO SUS

JUSMEIRE CLÁUDIA DE SOUZA; ALESSANDRA DE FATIMA CARVALHO NEVES

Introdução: Embora a Constituição Federal assegure a saúde como direito de todos e dever do Estado, muitos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) ainda enfrentam dificuldades para acessar medicamentos, exames e tratamentos essenciais. Diante dessas barreiras, a judicialização da saúde tem se consolidado como estratégia para garantir direitos que deveriam ser assegurados administrativamente. Entretanto, esse processo não envolve apenas questões jurídicas, mas também experiências marcadas por angústia, incerteza e desgaste emocional, produzindo impactos relevantes na saúde mental dos usuários e de seus familiares. **Objetivo:** Refletir sobre as repercussões psicológicas associadas à judicialização da saúde, destacando como a busca pela efetivação de um direito fundamental pode contribuir para o sofrimento emocional de usuários do SUS. **Metodologia:** Trata-se de um estudo qualitativo, exploratório e teórico-reflexivo, desenvolvido por meio de revisão da literatura nas áreas da Psicologia da Saúde, Saúde Coletiva e Direito Sanitário. Foram analisadas produções científicas que abordam a judicialização da saúde, o acesso aos serviços públicos e os efeitos subjetivos decorrentes da vulnerabilidade social e institucional vivenciada pelos usuários. **Resultados**: Os estudos analisados indicam que a judicialização da saúde frequentemente ocorre em momentos de grande fragilidade física e emocional. A necessidade de recorrer ao sistema judiciário expõe os indivíduos a processos burocráticos, decisões incertas e dependência institucional, favorecendo sentimentos de ansiedade, medo, insegurança e impotência. Além disso, o tempo de espera para a efetivação do direito pode intensificar o sofrimento relacionado ao adoecimento, especialmente em casos de doenças graves ou progressivas. À luz do conceito de sofrimento ético-político, observa-se que o sofrimento não decorre apenas da condição clínica, mas também das barreiras institucionais que dificultam o acesso ao cuidado e comprometem a dignidade dos sujeitos. **Conclusão:** A judicialização da saúde ultrapassa a dimensão legal e administrativa, produzindo repercussões psicológicas significativas. Compreender seus efeitos subjetivos contribui para ampliar o debate sobre a efetivação do direito à saúde e a necessidade de políticas públicas que garantam acesso oportuno, humanizado e integral ao cuidado.

Palavras-chave: **JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE; SAÚDE MENTAL; DIREITO À SAÚDE**

DOI: 10.51161/iv-conasus/83260

BARREIRAS ASSISTENCIAIS NO ACOLHIMENTO À SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA LGBTQIA+: VULNERABILIDADES E ESTRATÉGIAS DE MITIGAÇÃO

LAVINYA APARECIDA MENDES DA SILVA; RAQUEL LOURENÇO MACEDO; LILIANA RAQUEL SOUZA DO ROSÁRIO SANTOS; JANAINA PINTO JANINI

RESUMO

A Política Nacional de Saúde Integral LGBT estabelece diretrizes para a garantia da equidade no Sistema Único de Saúde, contudo, a descentralização assistencial enfrenta barreiras estruturais crônicas na ponta do sistema. O objetivo deste estudo foi analisar as barreiras de acesso da população LGBTQIA+ às ações de saúde sexual e reprodutiva, identificando os determinantes da vulnerabilidade institucional e o papel da Educação Permanente em Saúde como dispositivo de reconfiguração das práticas profissionais. A metodologia consistiu em uma investigação quanti-qualitativa baseada em triangulação metodológica, envolvendo uma amostra global de participantes dividida em três pesquisas integradas: usuários LGBTQIA+, profissionais em assistência direta e profissionais designados para ações de educação permanente. Os dados brutos foram coletados via questionários estruturados na plataforma Google Forms, vinculados a programa de Prociência e submetidos à Análise Temática, seguindo os passos metodológicos propostos por Braun e Clarke. Os resultados indicam um predomínio de mulheres cisgênero e alta titulação formal das equipes. Todavia, constatou-se que a maioria dos usuários enfrenta desigualdades no acesso e metade acusa ausência absoluta de oferta de testagens ou informações sobre Infecções Sexualmente Transmissíveis. No subgrupo etário de vinte e cinco anos ou mais, quase metade dos usuários elegíveis nunca realizou o exame de citologia oncótica, evidenciando o silenciamento ginecológico e o mito da invulnerabilidade de corpos trans e mulheres sáficas gerados pela cisheteronormatividade institucional. Do lado da oferta, a maioria dos trabalhadores admite déficit severo de preparo sobre as diretrizes nacionais e insegurança técnica em terminologias de gênero. Para romper essa exclusão, os profissionais elegem a capacitação como prioridade e exigem debates baseados em casos práticos. Conclui-se que a formação acadêmica deficitária atua como indutora de desassistência e alienação da população LGBT frente ao direito à saúde, exigindo a institucionalização obrigatória da educação permanente e a adequação de prontuários com identidade de gênero.

Palavras-chave: Minorias Sexuais e de Gênero; Educação Permanente; Equidade em Saúde.

1 INTRODUÇÃO

A saúde sexual e reprodutiva da população LGBTQIA+ ainda representa um importante desafio para os serviços públicos de saúde no Brasil, especialmente diante das desigualdades estruturais relacionadas ao preconceito, à discriminação e à ausência de preparo técnico de parte dos profissionais da saúde. Embora existam políticas públicas voltadas à promoção da equidade, muitos usuários LGBTQIA+ continuam enfrentando dificuldades no acesso aos serviços de saúde, sobretudo em atendimentos relacionados à saúde sexual, planejamento reprodutivo e

DOI: 10.51161/iv-conasus/83285

acolhimento humanizado. Nesse contexto, torna-se fundamental discutir estratégias que promovam inclusão, respeito à diversidade e garantia dos direitos dessa população dentro do Sistema Único de Saúde (SUS). (Brasil, 2013; Lima, 2022).

A Política Nacional de Saúde Integral LGBTQIA+ representa um marco importante para a promoção da assistência integral e humanizada, buscando combater práticas discriminatórias e garantir acesso universal aos serviços de saúde. Entretanto, observa-se que ainda existem lacunas significativas na implementação dessas políticas, principalmente relacionadas à heterocisnormatividade presente nas instituições de saúde. (Castro; Souza, 2022) Pessoas trans e travestis, por exemplo, frequentemente relatam dificuldades relacionadas ao uso do nome social, constrangimentos durante atendimentos e ausência de profissionais capacitados para lidar com suas especificidades em saúde sexual e reprodutiva. (Oliveira *et al.*, 2022).

Diante desse cenário, a enfermagem possui papel fundamental na promoção de práticas assistenciais mais inclusivas, éticas e humanizadas. Por estar diretamente ligada aos processos de acolhimento, escuta qualificada e educação em saúde, a equipe de enfermagem pode contribuir significativamente para a redução das desigualdades em saúde enfrentadas pela população LGBTQIA+. Além disso, torna-se indispensável o fortalecimento das políticas públicas inclusivas, bem como a implementação de estratégias educativas e tecnologias em saúde que favoreçam o acesso à informação, o respeito à diversidade e a promoção da equidade no âmbito do SUS.

O objetivo deste estudo é analisar de forma integrada as barreiras de acesso e fragilidades no acolhimento à saúde sexual e reprodutiva da população LGBTQIA+, por meio da triangulação das perspectivas de usuários e profissionais de saúde.

2 MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo epidemiológico observacional, com delineamento transversal e abordagem de método misto (quantitativo-qualitativo), cuja investigação fundamenta-se na triangulação de dados. O estudo foi realizado remotamente no mês de abril de 2026, mapeando serviços de saúde da rede pública do Estado do Rio de Janeiro, Brasil, integrados ao Programa Prociência do Centro Universitário IBMR. A coleta seguiu rigorosamente o delineamento metodológico já aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob o parecer nº 133967/2023, utilizando questionários estruturados na plataforma Google Forms que continham variáveis sociodemográficas e um roteiro com 12 perguntas, entre fechadas e discursivas abertas. Foram abordadas as principais dificuldades enfrentadas no cuidado, as barreiras de acesso e as estratégias adotadas na prática assistencial cotidiana, tendo como questão norteadora central: "De que forma a educação permanente dos profissionais de saúde pode contribuir para qualificar o acolhimento e a assistência à população LGBT+?".

A amostragem deu-se por conveniência e bola de neve virtual para a captação de usuários, e por adesão voluntária institucional para os profissionais. Para fins de elegibilidade, estabeleceram-se três estratos distintos de participantes, totalizando uma amostra global de 76 indivíduos. O primeiro segmento foi composto por 16 usuários dos serviços, caracterizados como indivíduos autodeclarados LGBTQIA+, maiores de 18 anos, residentes na região metropolitana do Rio de Janeiro e usuários do Sistema Único de Saúde nos últimos 12 meses. O segundo estrato envolveu 21 profissionais de saúde atuantes na assistência direta na Atenção Primária à Saúde, especificamente médicos e enfermeiros. O terceiro subgrupo incluiu 39 profissionais técnicos e gestores atuantes em unidades de atenção e caracterizados como público-alvo elegível para ações de Educação Permanente em Saúde. Para o grupo de usuários (Pesquisa 1), excluiu-se sujeitos cisgêneros e heterossexuais, menores de 18 anos e formulários incompletos ou duplicados. A aplicação desses filtros resultou na exclusão de duas respostas

incompatíveis com os critérios de maioridade e escopo da pesquisa, totalizando 76 participantes, sendo 16 correspondentes ao segmento de usuários.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Tabela 1 – *Perfil Sociodemográfico dos Participantes das Três Pesquisas (N = 76)*

Variável / Categoria	Pesquisa 1: Usuários (n=16)	Pesquisa 2: Profissionais A (n=21)	Pesquisa 3: Profissionais B (n=39)
Identidade de Gênero			
Mulher Cis	7 (43,65%)	15 (71,42%)	26 (66,67%)
Homem Cis	6 (37,50%)	6 (28,58%)	9 (23,07%)
Homem Trans	2 (12,50%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
Mulher Trans	1 (6,25%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
Prefiro não responder / Outros	0 (0,00%)	0 (0,00%)	4 (10,25%)
Escolaridade			
Ensino Médio / Curso Técnico	1 (6,25%)	2 (9,50%)	11 (28,20%)
Ensino Superior	10 (62,50%)	4 (19,04%)	18 (46,15%)
Pós-graduação	5 (31,25%)	15 (71,42%)	10 (25,64%)
Raça / Etnia			
Pardo	7 (43,75,%)	8 (38,09%)	12 (30,76%)
Branco	4 (25,00%)	5 (23,80%)	14 (35,89%)
Preto	5 (31,25%)	8 (38,09%)	10 (25,64%)
Amarelo	0 (0,00%)	0 (0,00%)	2 (5,13%)
Indígena	0 (0,00%)	0 (0,00%)	1 (2,56%)

Fonte: Dados obtidos via questionários estruturados no *Google Forms*, integrados ao Programa Prociência, Centro Universitário IBMR, 2026.

Quadro 1 – *Matriz de Triangulação Metodológica de Conteúdo (N = 76)*

Categorias Temáticas	Indicadores Quantitativos Cruzados	Perspectiva da Demanda (Pesquisa 1: Usuários, n=16)	Perspectiva da Oferta (Pesquisas 2 e 3: Profissionais, N=60)

DOI: 10.51161/iv-conasus/83285

1. Barreiras de Acesso e Heterocisnormatividade Institutional	83,33% dos usuários apontam desigualdades. 61,90% dos Profissionais A e 66,67% dos Profissionais B relatam serviços excludentes ou superficiais. Preconceito na equipe confirmado por 52,38% (A) e 35,90% (B).	Relatos de negligência programática, presunção compulsória de cis-heteronormatividade em exames e violência assistencial *(ID #12)*.	Condutas de recusa de atendimento pelo nome social, barreiras burocráticas na recepção e julgamentos explícitos *(D5, D11, D21 / D2, D5)*.
2. Fragilidade Técnico-Assistencial no Vínculo	61,11% dos usuários nunca se sentiram compreendidos. 66,60% dos Profissionais A e 43,59% dos Profissionais B admitem déficit no preparo ou desconhecimento da Política LGBT+.	Afastamento preventivo das unidades básicas por medo de estigma ou discriminações veladas no consultório *(ID #1, ID #15)*.	Barreiras na comunicação clínica ligadas ao medo de errar termos (25,64%) e insegurança técnica no manejo clínico de pacientes trans *(D15, D18 / D1, D20)*.
3. Educação Permanente como Vetor de Equidade	68,75% dos usuários e mais de 92% de ambas as pesquisas de profissionais elegem a capacitação como prioridade. 71,79% dos Profissionais B garantem adesão interna total.	Sugestões por transformações profundas na postura ética, sensibilidade humana e técnica do corpo de saúde *(ID #1, ID #15)*.	Demandas pedagógicas por letramento nas siglas (61,54%), direitos (48,72%) e hormonioterapia (38,46%) via debates de casos práticos (61,54%) *(D1, D4, D6)*.

Fonte: Categorização baseada nas respostas qualitativas extraídas do *Google Forms*, integradas ao Programa Prociência, Centro Universitário IBMR, 2026.

A convergência dos achados revela um consenso entre a demanda (usuários) e a oferta (profissionais): A persistência do preconceito e da violência institucional como barreiras ao acesso; o grave déficit de conhecimento técnico-assistencial; e a Educação Permanente em Saúde como dispositivo educativo politico mais eficiente para mitigar a problemática.

Sob a lente sociodemográfica, a amostra global (N=76) teve predomínio de mulheres cisgênero (63,16%; N=48) e equilíbrio entre as proporções de autodeclarados pretos, pardos e brancos.

Por mais que os dados revelem um recorte significante de alta titulação acadêmica entre os profissionais, com 41,67% de pós graduados, esse capital acadêmico não reverbera em assistência equitativa e qualificada para as minorias sexuais e de gênero.

Sob o referencial teórico da vulnerabilidade de Ayres, o processo de saúde doença é multifatorial, com dimensões individuais, sociais e institucionais. No nível da vulnerabilidade individual, os dados revelam um grave desconhecimento populacional. Ao serem questionados sobre a inclusão e acessibilidade de serviços locais para a população LGBT, emergiu o núcleo de sentido “Invisibilidade e Desconhecimento”, conforme relatam os participantes: “Desconheço esse serviço” (ID #1), “Desconheço a oferta deste tipo de serviço em minha cidade” (ID #6) e “Não tenho conhecimento” (ID #8).

A pesquisa aponta que 83,33% dos usuários identificam desigualdades no atendimento, percepção endossada pela própria oferta: 61,90% dos profissionais de assistência e 66,67% das equipes de educação permanente reconhecem que os serviços prestados são excludentes ou superficiais. Mais da metade dos trabalhadores da assistência direta (52,38%) admite o preconceito explícito na equipe. Esse ambiente hostil manifesta-se no núcleo de sentido "Cisheteronormatividade", onde os usuários criticam a formatação estritamente heterocêntrica das linhas de cuidado. Os relatos da demanda apontam que a maioria dos serviços em saúde

sexual e reprodutiva tem como parâmetro somente a relação heterossexual, deixando à margem necessidades cruciais da população LGBTQIA+, como o direcionamento e a distribuição da Profilaxia Pré-Exposição (PrEP).

Essas barreiras são perpetuadas pela vulnerabilidade institucional, caracterizada pela falha do Estado em organizar, fiscalizar e financiar redes de atenção equitativas. Os dados qualitativos ilustram essa negligência programática através de relatos de violência assistencial, recusa do uso do nome social nas recepções (D5, D11, D21) e julgamentos morais explícitos. A materialização clínica dessa desassistência é drástica: 44,44% (n=4 de 9) dos usuários elegíveis com 25 anos ou mais nunca realizaram o exame de citologia oncótica e 50% de toda a amostra acusou ausência absoluta de testagens e informações sobre ISTs. Essa exclusão na porta de entrada valida os achados de Lopes (2022), que aponta as triagens da atenção primária como filtros excludentes históricos, e reflete o diagnóstico de Castro e (2022) sobre o desmonte político das políticas de equidade, o que desobriga os gestores municipais de adequarem seus serviços. Como sintetizado pelo ID #7, "não existem políticas que considere esse público."

Constatou-se que apenas 20,51% (8) dos profissionais da Pesquisa 3 conhecem e aplicam a Política Nacional de Saúde Integral LGBT. O restante divide-se entre os que apenas conhecem superficialmente (43,53%) e os que desconhecem totalmente (20,51%). O despreparo técnico-profissional reverbera negativamente nas ações preventivas e de rastreamento do SUS (Brasil, 2013). 25% (3 de 12) dos usuários elegíveis nunca realizaram o exame de citologia oncótica e metade da amostra apresenta ausência absoluta de oferta de testagem ou informações específicas sobre Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) direcionada à população LGBT.

A fragilidade técnica observada nas equipes de saúde não constitui uma falha individual ou atencional do trabalhador, mas sim o sintoma concreto de um esvaziamento pedagógico planejado na formação acadêmica em saúde. Enquanto 61,11% dos usuários enfrentam abarreira de nunca terem sido compreendidos em suas especificidades, 66,60% dos profissionais na assistência direta confirmam a existência de um déficit severo de preparo sobre as diretrizes da Política Nacional (Brasil, 2013). Essa lacuna traduz-se em insegurança técnica profissional, uma vez que 25,64% das equipes operam sob um medo paralisante de errar vocábulos básicos e termos de gênero. Esses indicadores demonstram que o mercado de trabalho em saúde opera sob a lógica de um analfabetismo funcional no que tange às diversidades de gênero e sexualidade. Embora Oliveira *et al*. (2022) identifiquem que as matrizes curriculares universitárias tratam a saúde das minorias como um apêndice teórico periférico e restrito à sala de aula, a incompetência linguística e técnica dos profissionais sabota o acolhimento e atua como o gatilho direto para o afastamento preventivo das unidades básicas por medo de estigma.

Conforme teorizado por Lima e Salgueiro (2022), o acesso à saúde não se consolida com a mera abertura de vagas na agenda da unidade. O acesso integral depende estruturalmente da competência cultural e técnica de quem assiste, garantindo que se institua um vínculo seguro (Lima, 2022). Sem a capacidade de compreender a identidade do usuário, o sistema afasta o paciente, gerando desassistência continuada.

A premissa de que a vulnerabilidade institucional e programática pode ser mitigada por meio de processos pedagógicos é amparado nas evidências deste estudo. A pesquisa demonstrou que 68,75% dos usuários e mais de 92% da totalidade dos profissionais (Pesquisas 2 e 3) elegem a capacitação profissional como a prioridade máxima para a transformação dos serviços de saúde sexual e reprodutiva. Há uma demanda institucional latente de alta adesão: 71,79% dos profissionais da Pesquisa 3 asseguraram participação total caso estratégias de treinamento interno sejam viabilizadas nas rotinas de trabalho. O mapeamento qualitativo detalha os conteúdos exigidos pelas equipes para a reversão de sua insegurança: 61,54% solicitam letramento em siglas e terminologias de gênero; 48,72% demandam formação em

direitos humanos e políticas públicas; e 38,46% exigem capacitação clínica para o acompanhamento de hormonioterapia.

Essas evidências comprovam que a perpetuação da violência institucional no SUS não decorre de uma resistência moral ou da falta de vontade dos operadores, mas sim de um estrangulamento de gestão que sabota a instrumentalização das equipes. A rejeição categórica ao modelo de palestras tradicionais valida a essência da Educação Permanente em Saúde (EPS) preconizada por Ricardo Ceccim (2004/2005) qual determina que a transformação das práticas de trabalho emerge obrigatoriamente da problematização das dificuldades reais enfrentadas no dia a dia da assistência. Os profissionais demandam o oposto da "educação bancária" criticada por Paulo Freire; exigem uma pedagogia que tome o erro cotidiano e a insegurança clínica como matérias-primas para a evolução ética do trabalho. (Freire, 1987)

O ponto de inflexão original que este estudo traz emerge ao confrontarmos esse desejo de qualificação das equipes em 2026 com o marco legal da Política Nacional de Saúde Integral LGBT, instituída por Brasil (2013). Há um hiato criminoso de mais de uma década entre a obrigação pedagógica pactuada pelo Estado federal e a realidade desassistida dos municípios.

Conclui-se, por conseguinte, que a EPS não deve ser tratada como um mero treinamento de recursos humanos, mas sim como um dispositivo de reparação política e ético-assistencial. A vulnerabilidade programática identificada não é um destino inevitável, mas sim a expressão de um apagamento institucionalizado que pode e deve ser desconstruído pela pedagogia crítica do trabalho.

4 CONCLUSÃO

Esta investigação comprova que o déficit crônico em Educação Permanente em Saúde (EPS) constitui o principal determinante da vulnerabilidade institucional enfrentada pela população LGBTQIA+. O trajeto analítico evidenciou que a alta titulação acadêmica formal das equipes de saúde não reverte processos de exclusão assistencial. Os resultados demonstram que a ausência de processos pedagógicos contínuos na ponta do sistema perpetua o analfabetismo funcional terminológico e o medo clínico entre os profissionais. Esse cenário resulta no afastamento preventivo dos usuários e na manutenção de protocolos ginecológicos restritos à matriz cisheteronormativa. A pesquisa alcança o entendimento definitivo de que a EPS, estruturada sob a pedagogia da problematização, é o único dispositivo capaz de reconfigurar essas práticas violadoras. A alta adesão voluntária das equipes comprova a viabilidade da Educação Permanente em Saúde (EPS) como ferramenta político-educativa, reduzindo déficits técnico-assistenciais e mitigando barreiras e preconceitos no acesso à saúde da população LGBT+. Como limitação estrutural, aponta-se o viés de exclusão digital decorrente da coleta restrita à plataforma Google Forms, o que pode subestimar a severidade das barreiras enfrentadas pelos sujeitos mais marginalizados. Para futuras perspectivas, impõe-se a institucionalização obrigatória de programas de EPS baseados em debates de casos práticos e no letramento clínico de diversidade sexual e de gênero. Essa intervenção educacional deve ser articulada a reformas administrativas urgentes, como a adequação de sistemas de informação e prontuários para inclusão do nome social. Recomenda-se, por fim, o desenvolvimento de novos estudos que mensurem o impacto direto da EPS na redução dos itinerários de violência institucional no SUS.

REFERÊNCIAS

AYRES, J. R. C. M. et al. Conceitos e práticas de prevenção: da categoria de risco ao conceito de vulnerabilidade. **Princípios de Epidemiologia Aplicados ao SUS**, p. 43-94, 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais.** Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRAUN, Virginia; CLARKE, Victoria. Using thematic analysis in psychology. **Qualitative Research in Psychology,** [S. l.], v. 3, n. 2, p. 77-101, 2006.

CASTRO, S. M. S. ; SOUZA, M. População LGBTQIA+ e políticas públicas: garantia e desmonte de direitos na conjuntura brasileira. **Educação Sem Distância**, Rio de Janeiro, n. 6, p. 1-15, jul./dez. 2022.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: desafios ambiciosos e necessários. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação,** Botucatu**,** v. 9, n. 16, p. 161-177, set. 2004/fev. 2005.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 17. Ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

LIMA, R. A. F. de; SALGUEIRO, C. D. B. L. Atenção à saúde da população LGBTQIA+ visando o acesso integral aos serviços de saúde. **Research, Society and Development**, 2022.

LOPES, R. Avaliação do acesso ao acolhimento à população LGBTQIA+ por parte dos profissionais de saúde de um Centro Municipal de Saúde na Zona Norte do Rio de Janeiro. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 47, n. esp. 1, p. 1-12, dez. 2023. Disponível em: https://doi.org/10.1590/2358-28982023E19045P. Acesso em: 20 jun. 2026.

OLIVEIRA, J. R. de; SOUSA, G. I. F. de; SOBREIRO, J. dos S. L.; NASCIMENTO, A. M. F. Desafios da comunidade LGBTQIA+: do acesso à Informação ao Acolhimento nas Unidades de Saúde, numa perspectiva da deficiência na formação acadêmica/ Challenges of the LGBTQIA+ community: from access to information to reception in health units, in a perspective of deficiency in academic training. **Brazilian Journal of Health Review**, [S. l.], v. 5, n. 2, p. 6903–6913, 2022. DOI: 10.34119/bjhrv5n2-258. Disponível em: https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/46713.Acesso em: 21 jun. 2026.

AVALIAÇÃO ANTROPOMÉTRICA E FUNCIONAL DE MULHERES COM OBESIDADE E DOENÇAS REUMÁTICAS USUÁRIAS DO SUS INGRESSANTES EM UM PROGRAMA MULTIPROFISSIONAL DE TRATAMENTO DA OBESIDADE

ANGÉLICA SBROLINI MARQUES MINCACHE; GISELE NICCHIO ROCHA BUZZO; LENITA SOPRANI SANTOS OLIVEIRA; ANA LUÍSA FALCÃO SANTOS; IEDA CARLA CANDIDO; CARLOS EDUARDO FRANCISCO LACERDA; GABRIEL PUPO TABORDA

RESUMO

A obesidade é uma doença crônica associada a alterações metabólicas, cardiovasculares e funcionais, representando um importante problema de saúde pública. O objetivo deste estudo foi caracterizar o perfil antropométrico e funcional de mulheres com obesidade e doenças reumáticas usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS) e ingressantes em um programa multiprofissional de tratamento da obesidade e de doenças reumáticas. Trata-se de um estudo descritivo, transversal, realizado com 13 mulheres adultas encaminhadas pelo Ambulatório de Reumatologia do Hospital Universitário Regional de Maringá (HU-UEM) para participação no Programa Multiprofissional de Tratamento da Obesidade e de Doenças Reumáticas (PMTO), desenvolvido pelo Núcleo de Estudos Multiprofissional da Obesidade (NEMO/UEM). Foram avaliados índice de massa corporal (IMC), percentual de gordura corporal, capacidade funcional, flexibilidade e força muscular. As participantes apresentaram IMC médio de 37,04 ± 5,23 kg/m², percentual de gordura corporal de 49,27 ± 4,57%, capacidade funcional de 21,46 ± 4,99 repetições no teste de sentar e levantar, força de preensão manual de 25,69 ± 4,59 kgf no membro dominante e 25,46 ± 4,89 kgf no membro não dominante. A flexibilidade apresentou média de 19,88 ± 9,95 cm, sendo classificada como muito pequena. Os resultados evidenciaram um perfil funcional heterogêneo, caracterizado pela força muscular mediana e comprometimento expressivo da flexibilidade. Conclui-se que mulheres com obesidade e doenças reumáticas atendidas pelo SUS apresentam elevada adiposidade corporal e importantes alterações na aptidão física relacionada à saúde, especialmente na flexibilidade. Esses achados reforçam a importância da avaliação multidimensional para o planejamento de intervenções multiprofissionais.

Palavras-chave: Aptidão física; Obesidade; Saúde pública.

1 INTRODUÇÃO

A obesidade é reconhecida como uma doença crônica complexa, multifatorial e progressiva, associada ao aumento do risco de doenças cardiovasculares, diabetes mellitus tipo 2, doenças osteomusculares e mortalidade precoce (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2021). Sua elevada prevalência e impacto sobre a saúde tornam-na um dos principais desafios contemporâneos para os sistemas de saúde.

Recentemente, a Comissão da The Lancet Diabetes & Endocrinology redefiniu a obesidade como uma condição caracterizada pelo excesso de adiposidade, propondo o conceito de obesidade clínica, definida como uma doença crônica sistêmica associada

DOI: 10.51161/iv-conasus/83302

a alterações funcionais de órgãos, tecidos ou do indivíduo como um todo decorrentes do excesso de gordura corporal (RUBINO et al., 2025). Essa abordagem amplia a compreensão da obesidade para além da classificação baseada exclusivamente no índice de massa corporal.

De forma complementar, a Diretriz Brasileira Baseada em Evidências para o Manejo da Obesidade destaca a necessidade de avaliações abrangentes capazes de identificar repercussões clínicas, funcionais e cardiometabólicas associadas ao excesso de adiposidade (SARAIVA et al. 2025). Além disso, a coexistência entre obesidade e doenças reumáticas representa um importante desafio clínico, uma vez que condições como fibromialgia, artrite reumatoide e lúpus eritematoso sistêmico frequentemente estão associadas à dor crônica, fadiga, redução da mobilidade e limitações funcionais.

Programas multiprofissionais têm sido amplamente utilizados no manejo da obesidade por integrarem diferentes dimensões do cuidado em saúde, incluindo orientação nutricional, suporte psicológico e incentivo à prática de atividade física. Evidências demonstram que abordagens interdisciplinares favorecem a adoção de hábitos saudáveis, promovem maior adesão ao tratamento e contribuem para melhorias em indicadores antropométricos, clínicos e metabólicos (ROTUNDA et al., 2024; WESTPHAL-NARDO et al., 2025). Adicionalmente, as Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes ressaltam que a obesidade representa um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiometabólicas, reforçando a necessidade de intervenções estruturadas e multiprofissionais para seu manejo (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2023).

Diante da crescente valorização dos aspectos funcionais na caracterização da obesidade, torna-se necessária a investigação desses componentes em populações que buscam tratamento especializado. Assim, o objetivo deste estudo foi caracterizar o perfil antropométrico e funcional de mulheres com obesidade e doenças reumáticas usuárias do SUS e ingressantes em um programa multiprofissional de tratamento da obesidade e de doenças reumáticas.

2 MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, realizado com mulheres adultas, com idade entre 18 e 59 anos, com obesidade, usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS), encaminhadas pelo Ambulatório de Reumatologia do Hospital Universitário Regional de Maringá (HU-UEM) para participação no Programa Multiprofissional de Tratamento da Obesidade e de Doenças Reumáticas (PMTO).

O Ambulatório de Reumatologia do HU-UEM constitui um serviço de referência do SUS para atendimento especializado de pacientes com doenças reumáticas da região de Maringá e municípios circunvizinhos. As participantes apresentavam diagnóstico médico prévio de doenças reumáticas acompanhadas pelo ambulatório, incluindo fibromialgia, artrite reumatoide, lúpus eritematoso sistêmico, nefrite lúpica e síndrome antifosfolípide (SAF). Os diagnósticos foram estabelecidos previamente pela equipe médica especializada e constituíram o critério de encaminhamento para participação no programa.

O PMTO é desenvolvido pelo Núcleo de Estudos Multiprofissional da Obesidade (NEMO), vinculado ao Departamento de Educação Física da Universidade Estadual de Maringá (UEM), constituindo uma estratégia de integração entre assistência, ensino, pesquisa e extensão. O programa atende semestralmente aproximadamente 50 indivíduos com IMC $\geq$ 30 kg/m² e é conduzido por equipe multiprofissional composta por profissionais e pesquisadores das áreas de Educação

Física, Nutrição e Psicologia. A intervenção contempla encontros teórico-educativos semanais e atividades práticas supervisionadas.

Os dados utilizados neste estudo foram obtidos durante o protocolo de avaliação inicial realizado previamente ao início das intervenções, constituindo a linha de base para acompanhamento longitudinal dos participantes.

A composição corporal foi avaliada por bioimpedância elétrica octapolar multifrequencial (InBody 520®, Biospace Co., Ltd., Coreia do Sul), sendo obtidos a massa corporal, o percentual de gordura corporal e calculado o índice de massa corporal (IMC). A capacidade funcional foi avaliada pelo teste de sentar e levantar. A flexibilidade foi mensurada pelo teste de sentar e alcançar no Banco de Wells, sendo considerado o melhor resultado entre três tentativas (GUEDES, 2006). A força muscular foi avaliada por meio da preensão manual utilizando dinamômetro digital (GRIP D – TKK 5410, Takei Scientific Instruments Co., Ltd., Japão), sendo registrado o maior valor obtido entre as tentativas realizadas para cada membro (GUEDES, 2006). Os resultados foram analisados por meio de estatística descritiva e apresentados em média e desvio-padrão.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Tabela 1 – Características antropométricas e funcionais das participantes

Variável	Média ± DP	Interpretação
IMC (kg/m²)	37,04 ± 5,23	Obesidade grau II
Percentual de gordura corporal (%)	49,27 ± 4,57	Elevada adiposidade corporal
Sentar e levantar (rep.)	21,46 ± 4,99	Capacidade funcional preservada
Flexibilidade (cm)	19,88 ± 9,95	Muito pequena
Preensão dominante (kgf)	25,69 ± 4,59	Mediano
Preensão não dominante (kgf)	25,46 ± 4,89	Mediano

Fonte: Dados da pesquisa (2025).

As participantes apresentaram predominância de obesidade grau II, associada a um percentual de gordura corporal médio de 49,27 ± 4,57%, evidenciando elevada adiposidade corporal. Esses achados reforçam a presença de um perfil de risco cardiometabólico aumentado, condição frequentemente observada em indivíduos com obesidade e doenças reumáticas (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2021; SARAIVA et al., 2025).

Apesar da elevada adiposidade corporal, observou-se preservação relativa da força muscular e da capacidade funcional, sugerindo manutenção da autonomia necessária para a realização das atividades da vida diária. Em contrapartida, a flexibilidade apresentou-se expressivamente reduzida, sendo classificada como muito pequena segundo os valores normativos propostos por Guedes (2006).

A interpretação desses resultados deve considerar que a população estudada composta por mulheres com obesidade e doenças reumáticas previamente diagnosticadas. Condições como fibromialgia, artrite reumatoide e lúpus eritematoso sistêmico estão frequentemente associadas à dor crônica, fadiga, rigidez articular e redução da mobilidade. Nesse contexto, a preservação relativa da força muscular e da capacidade funcional observada torna-se particularmente relevante, uma vez que essas condições clínicas poderiam potencializar as limitações decorrentes da obesidade.

Sob a perspectiva da obesidade clínica, o principal achado do estudo foi a identificação de um perfil funcional heterogêneo, caracterizado pela coexistência de força muscular mediana e capacidade funcional com comprometimento importante da flexibilidade. Esses resultados reforçam a relevância da avaliação funcional, uma vez que indivíduos com níveis semelhantes de adiposidade podem apresentar repercussões clínicas e funcionais distintas (RUBINO et al., 2025).

Os resultados observados reforçam de maneira importante a realização da avaliação realizada antes do início das intervenções multiprofissionais. Programas estruturados para o tratamento da obesidade têm demonstrado potencial para promover melhorias em desfechos antropométricos, clínicos e comportamentais por meio da integração entre Educação Física, Nutrição e Psicologia (ROTUNDA et al., 2024; WESTPHAL-NARDO et al., 2025). Nesse contexto, a caracterização funcional inicial das participantes fornece informações relevantes para a individualização das estratégias terapêuticas e para o monitoramento da evolução clínica ao longo do tratamento.

Além disso, considerando que as participantes são usuárias do SUS e foram encaminhadas por um serviço especializado em reumatologia, a identificação precoce dessas limitações torna-se particularmente relevante para o planejamento de estratégias terapêuticas individualizadas, contribuindo para a promoção da funcionalidade e da qualidade de vida das pacientes.

4 CONCLUSÃO

Mulheres com obesidade e doenças reumáticas usuárias do SUS e ingressantes em um programa multiprofissional apresentaram predominância de obesidade grau II, associada à elevada adiposidade corporal, força muscular mediana. A flexibilidade foi identificada como o componente mais comprometido da aptidão física relacionada à saúde.

Os achados corroboram a perspectiva contemporânea de obesidade clínica e sugerem que a avaliação antropométrica e funcional pode representar uma ferramenta complementar relevante para a estratificação de risco e para o planejamento de intervenções multiprofissionais no contexto do SUS.

REFERÊNCIAS

GUEDES, D. P. Manual prático para avaliação em Educação Física. Barueri: Manole, 2006.

ORSI, J. V. A.; NAHAS, F. X.; SVIZZERO, I. L.; FERREIRA, L. M. Impacto da obesidade na capacidade funcional de mulheres. Revista da Associação Médica Brasileira, São Paulo, v. 54, n. 2, p. 106-109, 2008.

ROTUNDA, W. et al. Weight loss in short-term interventions for physical activity and nutrition among adults with overweight or obesity. Preventing Chronic Disease, v. 21, 2024.

RUBINO, F.; CUMMINGS, D. E.; ECKEL, R. H. et al. Definition and diagnostic criteria of clinical obesity. The Lancet Diabetes & Endocrinology, Londres, v. 13, n. 3, p. 221-262, 2025.

SARAIVA, J. F. K.; VALERIO, C. M.; RACHED, F. H. et al. Diretriz Brasileira Baseada em Evidências de 2025 para o Manejo da Obesidade e Prevenção de Doenças Cardiovasculares e Complicações Associadas à Obesidade. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, v. 122, n. 9, e20250621, 2025.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2023. São Paulo: Clannad, 2023.

WESTPHAL-NARDO, G. et al. Multidisciplinary treatment program for severe obesity in adults. Journal of Functional Morphology and Kinesiology, v. 10, 2025.
WORLD HEALTH ORGANIZATION. Obesity and overweight. Geneva: World Health Organization, 2021.

DOI: 10.51161/iv-conasus/83302

APLICAÇÃO DA TERAPIA FOTODINÂMICA EM FERIDA DE LEISHMANIOSE TEGUMENTAR CUTÂNEA NA AMAZÔNIA: RELATO DE CASO

FRANCIANE AGUIAR SANTANA MATOS

RESUMO

A leishmaniose Tegumentar Americana (LTA) é considerada uma zoonose que acomete o ser humano e diversas espécies de animais silvestres e domésticos, podendo se manifestar através de diferentes formas clínicas. Este estudo teve como objetivo avaliar os efeitos da Terapia Fotodinâmica (TFD) na cicatrização de uma ferida cutânea de um paciente com Leishmaniose Tegumentar Americana (LTA), através de um relato de caso. O paciente apresentava lesão única ulcerada de formato irregular, localizada na aza do nariz, medindo área de 2.379cm², com bordas discretas e hiperemiada. O tratamento consistiu na aplicação do fotossensibilizador azul de metileno 1%, seguida por aplicação de LED vermelho com DE 45 J/cm^2, no local da lesão, por 25 minutos. Os resultados mostraram que a partir da terceira semana de tratamento com a TFD, a lesão já apresentava uma cicatrização avançada da ferida, encerrando o tratamento. Conclui-se que a Terapia Fotodinâmica em conjunto com o tratamento medicamentoso (Glucantime®) recomendado pelo Sistema Único de Saúde é uma possibilidade de tratamento para pacientes com lesões decorrentes da Leishmaniose Tegumentar Americana demonstrando ser uma alternativa promissora aos indivíduos acometidos por esta patologia na Amazônia.

Palavras-chave: Tratamento; Feridas; Sistema Único de Saúde.

1 INTRODUÇÃO

A Leishmaniose Tegumentar Americana (LTA) é uma doença causada por protozoários do gênero *Leishmania*, que acomete a pele e as mucosas, afetando principalmente os animais (mamíferos silvestres, cães e gatos) e secundariamente o homem, sendo, portanto, considerada uma Zoonose. No Brasil, já foram identificadas sete espécies, causadora da LTA, sendo seis do subgênero *Viannia* e uma do subgênero *Leishmania*. As três principais espécies são: *L. (V.) braziliensis, L. (V.) guyanensis e L. (L.) amazonensis.* Sendo por último identificadas as espécies *L. (V.) lainsoni, L. (V.) naiffi, L. (V.) lindenberg* e *L. (V.) shawi,* em estados das regiões Norte e Nordeste do país (BRASIL, 2017; MATTOS, 2017).

A terapia fotodinâmica tem se mostrado como um tratamento integrativo e promissor na cura de diferentes feridas que consiste na aplicação tópica de um fotossensibilizador e na sequência a aplicação de um feixe luminoso para o mesmo comprimento de onda especifico do fotossensibilizador. O objetivo deste trabalho foi avaliar os efeitos da Terapia Fotodinâmica (TFD) na cicatrização de uma ferida cutânea por LTA em um paciente.

DOI: 10.51161/iv-conasus/83326

2 MATERIAL E MÉTODOS

A pesquisa trata-se de um relato de caso, que foi aplicada após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa nº 5.901.332 e mediante leitura e explicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ao sujeito da pesquisa, com autorização através de assinatura deste termo.

Caracterização da amostra: Paciente, 35 anos, residente em área de garimpo, no interior da Amazônia, com diagnóstico confirmado para LTA (uma lesão), e em tratamento medicamentoso preconizado pelo Ministério da Saúde, em Unidade Básica de Saúde, em Itaituba/PA.

Equipamentos: O dispositivo utilizado modelo MSRED (Medical System®), comprimento de onda de emissão de 630nm, faixa vermelha, área de irradiação de 20 cm², o fotossensibilizador utilizado foi azul de metileno 1%. Uma câmera HD de um smartphone (iPhone IOS 6, Apple Inc., CA, EUA) com resolução de 3024x4032 pixels foi utilizado para a fotografia registro da lesão do LCA. Uma régua métrica foi usada como uma escala de medida de referência.

Protocolos Terapêuticos: A lesão foi primeiramente limpa com soro fisiológico 0,9%, conforme recomendações do Ministério da Saúde. Em seguida, o fotossensibilizador, azul de metileno 1% foi aplicado, aguardando 10 minutos para secar. Na sequência, o equipamento fotoiluminador foi utilizado por 25 minutos, atingindo DE de 50 J/cm^2 na área lesionada. Após a sessão, a lesão foi fechada com curativo padrão. A sessão decorreu durante na primeira semana, seguida por dois semanas com curativos simples, com Solução Fisiológica a 0,9%.

Foram realizados registros fotográficos semanalmente durante três semanas e a mensuração da lesão com o auxílio do aplicativo Image J®. O tratamento medicamentoso do SUS (Glucantime®) ocorreu simultaneamente às aplicações da Terapia fotodinâmica.

Os dados da ferida foram analisados de acordo com o quadro clínico aspectos (qualitativos e descritivos) e tamanho (quantitativo) através da imagem da área da ferida. O software ImageJ® (v.1.54d, Rayne Rasband, Institutos Nacionais de Saúde, EUA) foi utilizado para analisar as imagens para obter a área em centímetros quadrados (cm^2). A análise das imagens foi realizada por contagem de pixels das regiões selecionadas da ferida usando a ferramenta de seleção de polígono.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados obtidos mostraram uma lesão ulcerada, na região da asa direita do nariz, única, de formato irregular, medindo uma área de 2.379cm², com bordas discretas e hiperemiada. Na segunda semana, a lesão apresentou regressão na superfície com área de 2.014 cm², e bom aspecto de cicatrização. Na terceira semana, o paciente encerrou o tratamento medicamentoso, retornando para a região de garimpo. No entanto, conforme pode ser notado, a lesão já estava com aspecto de cicatrização avançado com a epiderme estabelecida.

Figura 01 – Fases de cicatrização da ferida de LCA através da Terapia Fotodinâmica: A – Primeira semana, realizado TFD; B – Segunda semana, curativo simples com soro fisiológico a 0,9%; e C – Terceira Semana, apenas curativo simples, encerramento do tratamento medicamentoso.

DOI: 10.51161/iv-conasus/83326

Os achados neste estudo estão em consonância com o estudo de Cabral et al. (2020) ao avaliarem a eficácia da TFD em camundongos infectados por *L. amazonensis* e *in vitro*, utilizando azul de metileno tópico e LED vermelho (660 nm), verificaram redução de 90% da viabilidade parasitária quando aplicou-se DE 48,8 J/cm2, e melhora significativa em camundongos, em duas sessões de aplicações com DE 150 J/cm2, concluindo que a técnica foi suficiente para diminuir a inflamação e o tamanho das lesões. Todavia, neste estudo foram observados melhora das lesões utilizando a DE 45 J/cm2, DE inferior ao estudo Cabral et al. (2020) quando trabalhou com modelo animal.

Cabral et al. (2024) em seu estudo *in vitro* e *in vivo*, utilizando a TFD com azul 1,9-dimetil-metileno em conjunto com a miltefosina, demonstraram que o tratamento foi eficaz contra *L. amazonensis* resistente a medicamentos. Segundo os autores, a TFD foi eficaz na morte de cepas de *L. amazonensis* aumentando EROs, com grande atividade anti-leishmania *in vivo*, favorecendo a redução da dose de miltefosina pela metade nos camundongos infectados quando se aplicou DE 7,8 J/cm2, e que a combinação de medicamento com o TFD pode ser vantajosa para aumentar a eficácia terapêutica e diminuir o tempo do tratamento reduzindo custos e prevenindo de cepas resistentes.

Essas evidências reforçam o potencial da TFD não apenas como alternativa terapêutica, mas também como recurso adjuvante no tratamento da Leishmaniose Tegumentar Americana. No entanto, cabe salientar que a maior parte dos estudos ainda se concentram em modelos experimentais e em amostras clínicas restritas, o que evidencia a necessidade de ensaios clínicos controlados e de maior abrangência para consolidar sua eficácia, segurança e viabilidade de aplicação em larga escala, especialmente no contexto do Sistema Único de Saúde.

4 CONCLUSÃO

Os resultados demonstraram que a TFD, empregando azul de metileno a 1% como fotossensibilizador, em 630 nm e dose de energia de 45 J/cm², apresentou resultado satisfatório no processo de cicatrização das lesões cutâneas. A Terapia Fotodinâmica é uma possibilidade para o tratamento de pacientes com lesões decorrentes da Leishmaniose Tegumentar Americana demonstrando ser uma alternativa promissora aos indivíduos acometidos por esta patologia. Entre as principais limitações encontradas neste estudo, destaca-se a continuidade no acompanhamento da lesão devido à distância geográfica entre o paciente e o município de acesso ao tratamento disponibilizado tanto pelo SUS quanto pela pesquisa. Recomenda-se que futuros estudos sejam realizados com um tamanho de amostra de pacientes que favoreça a representatividade dos resultados.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Manual de vigilância da leishmaniose tegumentar** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

CABRAL F.V. et al. Preclinical Investigation of Methylene Blue-mediated Antimicrobial Photodynamic Therapy on Leishmania Parasites Using Real-Time Bioluminescence. **Photochem Photobiol.;** 96(3):604-610. 2020. Doi: https://doi.org/10.1111/php.13188.

CABRAL, F. V. et al. Photodynamic therapy offers a novel approach to managing miltefosine-resistant cutaneous leishmaniasis. **Biomedicine & Pharmacotherapy**, vol. 177, August 2024, 116881. DOI: https://doi.org/10.1016/j.biopha.2024.116881.

MATTOS, M. S. Universidade Federal de Santa Catarina. Núcleo Telesaúde Santa Catarina. **Manual de abordagem e Tratamento da Leishmaniose Tegumentar Americana na Atenção Básica.** 2 ed. Florianopolis: UFSC. 2017. Disponível em: https://moodle.unasus.gov.br/vitrine29/pluginfile.php/19113/mod_resource/content/1/M%C3%B3dulo%201.pdf. Acesso em 20 de novembro de 2022.

INTEGRAÇÃO ENTRE MUSICOTERAPIA E ANÁLISE DO COMPORTAMENTO APLICADA NO SUS: RELATO DE EXPERIÊNCIA EM UM SERVIÇO PÚBLICO ESPECIALIZADO EM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA

GABRIEL GEOVANY DA SILVA CÉSAR; LILIAN MONARO ENGELMANN

RESUMO

A Musicoterapia tem se consolidado como abordagem terapêutica no contexto do Transtorno do Espectro Autista (TEA), especialmente quando integrada a práticas baseadas em evidências e ao cuidado interdisciplinar no Sistema Único de Saúde (SUS). O presente trabalho tem como objetivo relatar a experiência da integração entre Musicoterapia e princípios da Análise do Comportamento Aplicada (ABA) em um serviço público especializado no atendimento de pessoas com TEA na Baixada Santista. Trata-se de um relato de experiência desenvolvido na Clínica Escola do Autista de Santos/SP, equipamento público gerido pela USC Saúde, que realiza atendimentos especializados no contexto do SUS. Os atendimentos musicoterapêuticos ocorrem em modalidades individuais e grupais, com grupos compostos por até seis participantes, conduzidos por musicoterapeuta habilitado nos termos da legislação vigente que regulamenta a profissão de Musicoterapia no Brasil, contando com o apoio de um acompanhante terapêutico como auxiliar durante as intervenções, conforme as necessidades clínicas e os objetivos terapêuticos estabelecidos. As intervenções utilizam estratégias fundamentadas na Musicoterapia e articuladas aos princípios da ABA. Entre 2020 e 2026, foram registrados 26.607 procedimentos relacionados à Musicoterapia no sistema MV institucional, evidenciando a relevância assistencial do setor no contexto da saúde pública. A experiência evidencia o potencial da integração entre Musicoterapia e ABA como estratégia terapêutica interdisciplinar, contribuindo para práticas humanizadas, fortalecimento do cuidado integral e ampliação do acesso a intervenções especializadas para pessoas com TEA na rede pública de saúde.

Palavras-chave: Interdisciplinar; Neurodesenvolvimento; Saúde Pública.

1 INTRODUÇÃO

O Transtorno do Espectro Autista (TEA) caracteriza-se por alterações persistentes na comunicação social e pela presença de padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades, exigindo intervenções interdisciplinares e individualizadas ao longo do desenvolvimento. Nesse contexto, a Musicoterapia vem sendo reconhecida como importante área de atuação no atendimento de indivíduos com TEA, utilizando experiências musicais receptivas, improvisacional, recreativa e composicional para favorecer comunicação, interação social, expressão emocional, expressão corporal e participação compartilhada (WFMT, 2011; BRUSCIA, 2016).

Paralelamente, a Análise do Comportamento Aplicada (ABA) tem sido amplamente utilizada como prática baseada em evidências no atendimento de pessoas com TEA, contribuindo para aquisição de repertórios funcionais e desenvolvimento de habilidades

DOI: 10.51161/iv-conasus/83328

adaptativas (COOPER; HERON; HEWARD, 2020). A integração entre ABA e Musicoterapia possibilita organização terapêutica estruturada, operacionalização de objetivos mensuráveis e ampliação do engajamento terapêutico em contextos individuais e grupais (GATTINO, 2015). Dessa forma, o presente trabalho tem como objetivo relatar a experiência da integração entre Musicoterapia e princípios da ABA em um serviço público especializado no atendimento de pessoas com TEA no contexto do SUS.

2 RELATO DE EXPERIÊNCIA

A experiência foi desenvolvida na Clínica Escola do Autista de Santos/SP, serviço especializado no atendimento de pessoas com Transtorno do Espectro Autista (TEA) vinculado ao Sistema Único de Saúde (SUS) e gerido pela USC Saúde. Os atendimentos de Musicoterapia são realizados em modalidades individuais, em dupla e grupais, sendo os grupos compostos por até seis participantes. As sessões foram conduzidas por musicoterapeuta e acompanhante terapêutico estudante de música, contemplando indivíduos de diferentes faixas etárias, perfis comportamentais e níveis de suporte.

O serviço funciona a partir de uma perspectiva interdisciplinar fundamentada na construção compartilhada do Plano Terapêutico Singular (PTS), possibilitando alinhamento entre diferentes especialidades da saúde e desenvolvimento de intervenções integradas direcionadas à ampliação de repertórios funcionais, comunicativos, comportamentais, sociais e de autonomia dos usuários atendidos. Nesse contexto, a música é utilizada não apenas como recurso motivador, mas como ferramenta clínica capaz de favorecer o desenvolvimento de habilidades sociais, comunicativas, emocionais e adaptativas.

As intervenções são estruturadas a partir de métodos musicoterapêuticos improvisacionais, receptivos, recreativos e composicionais, articulados aos princípios da Análise do Comportamento Aplicada (ABA). Estratégias como timers visuais, reforçamento diferencial, modelação, encadeamento de habilidades, análise funcional do comportamento e controle de estímulos são incorporadas às experiências musicais, favorecendo maior organização terapêutica, operacionalização de objetivos mensuráveis e acompanhamento sistemático da evolução clínica dos usuários.

Ao longo da prática clínica, observou-se que a música frequentemente constituiu uma importante via de acesso relacional para crianças e adolescentes que apresentavam dificuldades significativas de comunicação, interação social e regulação emocional. Em diversos casos, usuários que inicialmente demonstravam resistência ao ingresso na clínica, episódios intensos de choro, comportamentos de fuga, esquiva de demandas ou baixa tolerância às transições passaram a apresentar maior disponibilidade para participação quando as intervenções eram mediadas por experiências musicais significativas e individualizadas.

Entre os aspectos mais marcantes observados durante o processo terapêutico destaca-se o impacto da música sobre a regulação emocional. Em inúmeras situações, crianças que chegaram às sessões apresentando elevados níveis de ativação emocional, caracterizados por choro intenso, agitação motora, comportamentos auto agressivos, oposição a demandas ou dificuldades relacionadas a mudanças de rotina, demonstraram redução gradual desses comportamentos após a inserção de experiências musicais planejadas de acordo com suas necessidades emocionais e sensoriais. Foram observadas respostas consistentes de reorganização comportamental por meio da escuta musical, da exploração instrumental e da participação em atividades rítmicas estruturadas.

A experiência também evidenciou avanços importantes nos processos de comunicação e interação social. Diversos usuários passaram a completar trechos de músicas familiares, emitir vocalizações com função comunicativa, realizar pedidos, compartilhar instrumentos, convidar colegas para participar das atividades e demonstrar interesse crescente

pelos pares. Da mesma forma, observou-se ampliação gradual da flexibilidade comportamental, da tolerância à espera, da capacidade de compartilhar recursos e da participação em atividades colaborativas.

Outro aspecto relevante refere-se à sensibilidade do olhar clínico musicoterapêutico, que favorece a observação clínica. Por meio das respostas musicais foi possível identificar padrões de processamento sensorial, preferências auditivas, níveis de tolerância à estimulação sonora e estratégias espontâneas de autorregulação. Casos de hipersensibilidade auditiva puderam ser observados quando determinados participantes protegiam os ouvidos diante de sons intensos produzidos por terceiros, ao mesmo tempo em que toleravam ou produziam sons semelhantes quando exerciam controle sobre a fonte sonora, fornecendo informações valiosas para o planejamento interdisciplinar.

A vivência no SUS permitiu compreender que a Musicoterapia transcende a dimensão exclusivamente artística ou recreativa, consolidando-se como uma prática clínica fundamentada em objetivos terapêuticos, planejamento técnico e acompanhamento sistemático dos usuários. Inserida em um contexto interdisciplinar, sua atuação favorece a promoção da saúde, o desenvolvimento humano, a inclusão social e o fortalecimento da autonomia, contribuindo para a ampliação de repertórios comunicativos, relacionais e adaptativos. Além disso, a prática musicoterapêutica evidencia seu potencial na humanização do cuidado, ao reconhecer e valorizar as singularidades de cada indivíduo, promovendo espaços de expressão, participação ativa e construção de vínculos significativos que ampliam as possibilidades de inserção e participação social.

Além dos resultados clínicos observados, a experiência também evidenciou desafios relacionados à inserção e consolidação da Musicoterapia no contexto do Sistema Único de Saúde. Apesar do crescente reconhecimento científico de seus benefícios, ainda são limitados os serviços públicos que contam com musicoterapeutas em suas equipes multiprofissionais. Nesse cenário, a atuação desenvolvida demonstrou o potencial da Musicoterapia como intervenção acessível, humanizada e alinhada aos princípios da integralidade do cuidado, contribuindo para a promoção da saúde, ampliação da participação social e desenvolvimento de habilidades comunicativas, emocionais e adaptativas.

Entre os anos de 2020 e 2026, foram registrados 26.607 procedimentos relacionados à Musicoterapia no sistema MV institucional, considerando os lançamentos vinculados ao profissional musicoterapeuta no CREN.

Tabela 1 – Quantidade de procedimentos relacionados à Musicoterapia registrados no sistema MV entre 2020 e 2026

Período	Procedimentos de Musicoterapia
2020–2021	5.394
2021–2022	3.519
2022–2023	3.776
2023–2024	5.685
2024–2025	5.198
2025–2026	3.035
TOTAL	26.607

Fonte: Relatórios de Procedimentos Ambulatoriais – Sistema MV / Prefeitura Municipal de Santos, CREN, 2020–2026.

DOI: 10.51161/iv-conasus/83328

3 DISCUSSÃO

A experiência observada demonstra que a integração entre Musicoterapia e princípios da ABA pode favorecer importante engajamento terapêutico em indivíduos com TEA no contexto do SUS. A atuação do musicoterapeuta gera estímulo naturalmente reforçador contribui para aumento da motivação, participação coletiva e compartilhamento de experiências interpessoais durante as sessões (GERETSEGGER et al., 2014).

Os resultados observacionais identificados no serviço corroboram estudos que apontam benefícios da Musicoterapia no desenvolvimento sociocomunicativo de indivíduos com TEA (GERETSEGGER et al., 2014; GATTINO, 2015). Observou-se ampliação da comunicação funcional, melhora da interação social, fortalecimento do vínculo terapêutico, aumento da participação coletiva, flexibilização comportamental e regulação emocional.

Os dados quantitativos relacionados aos procedimentos lançados no sistema MV demonstram a consolidação da Musicoterapia área terapêutica de extrema importância e relevância no contexto do SUS, reforçando sua inserção estruturada dentro do cuidado interdisciplinar oferecido às pessoas com TEA.

4 CONCLUSÃO

A integração entre a Musicoterapia e os princípios da Análise do Comportamento Aplicada mostrou-se uma estratégia terapêutica relevante no atendimento de pessoas com Transtorno do Espectro Autista (TEA) no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS). A experiência desenvolvida pela Clínica Escola do Autista de Santos evidencia o potencial da atuação interdisciplinar na construção de práticas terapêuticas humanizadas, individualizadas e fundamentadas em evidências científicas.

Nesse contexto, a atuação da Musicoterapia destaca-se por favorecer o desenvolvimento de habilidades comunicativas, sociais, cognitivas e comportamentais por meio de experiências musicais estruturadas e intencionalmente planejadas. Além disso, o trabalho do musicoterapeuta possibilita uma observação clínica sensível das formas de expressão, interação e participação dos usuários, contribuindo para a elaboração de intervenções alinhadas às necessidades e potencialidades individuais.

A inserção da Musicoterapia na rede pública de saúde amplia as possibilidades de cuidado integral, fortalecendo processos de inclusão, autonomia e participação social. Somada às demais áreas de conhecimento, sua atuação contribui para a qualificação da assistência ofertada às pessoas com TEA e suas famílias, reforçando a importância da consolidação de práticas interdisciplinares que promovam desenvolvimento, qualidade de vida e acesso a serviços especializados no âmbito do SUS.

REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais** *(DSM-5-TR)*. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Linha de Cuidado para Atenção às Pessoas com Transtorno do Espectro do Autismo e suas Famílias na Rede de Atenção Psicossocial do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtorno do Espectro do Autismo (TEA).** Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Lei nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012.

BRUSCIA, K. E. **Definindo Musicoterapia**. 3. ed. Dallas: Barcelona Publishers, 2016. COOPER, John O.; HERON, Timothy E.; HEWARD, William L. *Applied Behavior Analysis*. 3. ed. Hoboken: Pearson, 2020.

GATTINO, G. S. **Musicoterapia aplicada ao Transtorno do Espectro Autista**. São Paulo: Memnon, 2015.

GERETSEGGER, Monika; ELEFANT, Cochavit; MÖSSLER, Karin; GOLD, Christian. Music therapy for people with autism spectrum disorder. **Cochrane Database of Systematic Reviews,** n. 6, 2014.

LAURENT, Amy C.; RUBIN, Elissa. **Challenges in Emotional Regulation in Autism Spectrum Disorders.** Shawnee Mission: AAPC Publishing, 2017.

MAZEFSKY, Carla A. et al. The role of emotion regulation in autism spectrum disorder. **Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry,** v. 52, n. 7, p. 679-688, 2013.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTOS. **Relatórios de Procedimentos Ambulatoriais – Sistema MV.** Centro de Reabilitação e Estimulação do Neurodesenvolvimento (CREN), 2020- 2026.

SCHREIBMAN, L. et al. Naturalistic Developmental Behavioral Interventions: empirically validated treatments for autism spectrum disorder. ***Journal of Autism and Developmental Disorders*,** v. 45, n. 8, p. 2411-2428, 2015.

THAUT, Michael H.; HOENIG, Kristen. **The Neurologic Music Therapy Handbook.** Oxford: Oxford University Press, 2014.

WORLD FEDERATION OF MUSIC THERAPY (WFMT). **What is Music Therapy?** WFMT, 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF).** Geneva: WHO, 2001.

DOI: 10.51161/iv-conasus/83328

DESAFIOS PARA IMPLEMENTAÇÃO DE CENTROS ESPECIALIZADOS EM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL NO SUS: IMPACTOS DA AUSÊNCIA DE UM CENTRO DE REFERÊNCIA NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

ROBERTA PINHEIRO DE SIQUEIRA MEDEIROS DE LIMA

Introdução: O Acidente Vascular Cerebral (AVC) constitui uma das principais causas de morte e incapacidade no Brasil, representando importante problema de saúde pública. A implementação de centros especializados para atendimento ao AVC tem demonstrado redução da mortalidade, das sequelas neurológicas e do tempo de internação, especialmente quando associados a protocolos assistenciais e equipes multiprofissionais. Entretanto, diversos desafios dificultam a implantação desses serviços no Sistema Único de Saúde (SUS), incluindo limitações estruturais, insuficiência de recursos financeiros, escassez de profissionais capacitados e dificuldades na articulação da rede de atenção à saúde. **Objetivo:** O presente estudo teve como objetivo discutir as dificuldades para implementação de centros especializados em AVC no SUS e analisar os impactos da ausência de um centro de referência estruturado no estado do Rio de Janeiro. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão narrativa da literatura, realizada por meio da consulta a artigos científicos, documentos institucionais e diretrizes nacionais sobre atenção ao AVC. **Resultados:** Os resultados evidenciam que a inexistência de uma rede plenamente estruturada para atendimento especializado compromete o acesso ao diagnóstico e ao tratamento, reduzindo as chances de recuperação dos pacientes. Observou-se que atrasos na identificação dos sintomas, dificuldades de transporte e desigualdades regionais agravam os desfechos clínicos. **Conclusão:** Conclui-se que a ampliação de centros especializados em AVC no SUS é fundamental para a assistência, reduzir sequelas permanentes e otimizar os recursos públicos destinados ao tratamento e reabilitação desses pacientes. O AVC é uma condição neurológica aguda caracterizada pela interrupção do fluxo sanguíneo cerebral, podendo resultar em graves déficits funcionais e elevada mortalidade. Apesar dos avanços terapêuticos observados nas últimas décadas, o AVC permanece entre as principais causas de incapacidade permanente no mundo. No SUS, a organização de linhas de cuidado específicas e a criação de unidades especializadas têm contribuído para melhores resultados clínicos. Estudos demonstram que pacientes atendidos em centros especializados apresentam menores taxas de mortalidade, menor tempo de internação e melhores índices de recuperação funcional. Entretanto, a implementação desses serviços enfrenta desafios. No estado do Rio de Janeiro, a ausência de uma rede amplamente estruturada e de centros especializados suficientes representa um obstáculo importante para o atendimento oportuno dos pacientes acometidos por AVC.

Palavras-chave: **NEUROLOGIA; EMERGÊNCIA; REABILITAÇÃO;**

DOI: 10.51161/iv-conasus/83331

DESAFIOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA COBERTURA VACINAL: HESITAÇÃO VACINAL E ESTRATÉGIAS DE FORTALECIMENTO DA IMUNIZAÇÃO NO BRASIL

MARIA DAS GRAÇAS SILVA DO NASCIMENTO

RESUMO

A ampliação da cobertura vacinal constitui um dos principais desafios da saúde pública brasileira na atualidade, especialmente diante da redução dos índices de imunização observada nos últimos anos. Nesse contexto, a Atenção Primária à Saúde (APS) desempenha papel fundamental na promoção, prevenção e proteção da saúde da população, atuando como principal porta de entrada para as ações de vacinação. O presente trabalho tem como objetivo analisar os desafios enfrentados pela APS na ampliação da cobertura vacinal, identificando os fatores associados à hesitação vacinal e discutindo estratégias capazes de fortalecer as ações de imunização no Brasil. Trata-se de uma revisão de literatura de caráter descritivo e qualitativo, realizada por meio da análise de publicações científicas, documentos oficiais e estudos relacionados à temática da vacinação, da hesitação vacinal e das políticas públicas de imunização. Os resultados evidenciam que a diminuição das coberturas vacinais está associada a múltiplos fatores, incluindo a disseminação de informações falsas, a desinformação em meios digitais, o medo de eventos adversos, a baixa percepção dos riscos das doenças imunopreveníveis, dificuldades de acesso aos serviços de saúde e fragilidades nos processos de comunicação entre profissionais e usuários. Além disso, verificou-se que fatores sociais, culturais, econômicos e políticos influenciam significativamente a adesão da população às vacinas. Entre as estratégias identificadas para o fortalecimento da imunização destacam-se a qualificação permanente das equipes de saúde, a intensificação das ações de educação em saúde, o combate à desinformação, a ampliação do acesso aos serviços de vacinação, o fortalecimento do vínculo entre profissionais e comunidade e o uso de tecnologias para monitoramento e busca ativa de indivíduos não vacinados. Conclui-se que o enfrentamento da hesitação vacinal exige ações integradas e contínuas, com protagonismo da APS, visando aumentar a confiança da população nas vacinas e contribuir para a recuperação e manutenção de elevadas coberturas vacinais no Brasil.

Palavras-chave: Imunização; Desinformação; Saúde pública

1 INTRODUÇÃO

A vacinação representa uma das intervenções mais eficazes para a prevenção de doenças infecciosas e para a redução da morbimortalidade em diferentes grupos populacionais. No Brasil, o Programa Nacional de Imunizações (PNI) consolidou-se como uma das mais importantes estratégias de saúde pública, contribuindo para o controle, eliminação e erradicação de diversas doenças imunopreveníveis ao longo das últimas décadas (Domingues; Maranhão, 2021).

DOI: 10.51161/iv-conasus/83348

Apesar dos avanços alcançados, o país vem registrando redução nas coberturas vacinais, fenômeno que desperta preocupação devido ao risco de reintrodução de enfermidades anteriormente controladas.

A diminuição da adesão às vacinas tem sido associada a diferentes fatores, entre eles a disseminação de informações incorretas, o aumento da desconfiança em relação à segurança e à eficácia dos imunizantes, dificuldades de acesso aos serviços de saúde e mudanças na percepção social sobre a importância da vacinação (MacDonald, 2015).

A hesitação vacinal, definida como o atraso ou a recusa da vacinação apesar da disponibilidade dos serviços, passou a ser reconhecida como um desafio global para os sistemas de saúde, exigindo ações direcionadas para o fortalecimento da confiança da população nas vacinas e nas instituições responsáveis por sua oferta (World Health Organization, 2019).

Nesse cenário, a Atenção Primária à Saúde ocupa posição estratégica por estar mais próxima da comunidade e por desenvolver ações contínuas de promoção da saúde, prevenção de doenças e acompanhamento das famílias. A atuação das equipes de saúde favorece a identificação de barreiras relacionadas à vacinação, a realização de atividades educativas e a busca ativa de indivíduos com esquemas vacinais incompletos. Estudos apontam que o fortalecimento da APS contribui para a melhoria dos indicadores de imunização e para a ampliação do acesso da população aos serviços de vacinação (Arantes; Shimizu; Merchán-Hamann, 2016).

Diante da relevância do tema e dos impactos da redução das coberturas vacinais na saúde coletiva, este trabalho tem como objetivo analisar os desafios da Atenção Primária à Saúde na ampliação da cobertura vacinal, identificando os fatores associados à hesitação vacinal e as estratégias voltadas ao fortalecimento da imunização no Brasil.

2 MATERIAL E MÉTODOS

A análise dos estudos selecionados evidenciou que a redução das coberturas vacinais observada nos últimos anos no Brasil está relacionada a múltiplos fatores, envolvendo aspectos individuais, sociais, culturais e estruturais. Os trabalhos analisados apontam que a hesitação vacinal tem se destacado como um dos principais desafios para a Atenção Primária à Saúde (APS), impactando diretamente o alcance das metas de imunização estabelecidas pelo Programa Nacional de Imunizações (PNI).

Tabela 1 – Principais fatores associados à hesitação vacinal identificados na literatura

Fator	Descrição
Desinformação	Circulação de informações falsas sobre vacinas em mídias digitais
Medo de eventos adversos	Receio de reações após a vacinação
Baixa percepção de risco	Crença de que doenças imunopreveníveis não representam ameaça
Barreiras de acesso	Dificuldades relacionadas ao horário e localização dos serviços
Falta de confiança	Descrédito nas instituições de saúde e nos imunizantes

Fonte: Elaborado pelo autor (2026).

Entre os fatores identificados, a desinformação foi o elemento mais frequentemente citado nos estudos analisados. Segundo MacDonald (2015), a hesitação vacinal decorre da interação entre fatores relacionados à confiança, complacência e conveniência.

DOI: 10.51161/iv-conasus/83348

Nesse contexto, a circulação de conteúdos sem embasamento científico em ambientes digitais tem contribuído para ampliar dúvidas sobre segurança e eficácia das vacinas, reduzindo a adesão da população às campanhas de imunização.

Outro aspecto relevante refere-se à diminuição da percepção do risco das doenças imunopreveníveis. Muitos indivíduos passaram a considerar enfermidades anteriormente controladas, como sarampo e poliomielite, como ameaças distantes da realidade atual, reduzindo o compromisso com a atualização do calendário vacinal. Domingues e Maranhão (2021) destacam que a manutenção de elevadas coberturas vacinais é essencial para evitar o retorno dessas doenças.

Tabela 2 – Principais desafios enfrentados pela Atenção Primária à Saúde para ampliação da cobertura vacinal

Desafio	Impacto observado
Hesitação vacinal	Redução da adesão às campanhas de imunização
Desinformação	Disseminação de dúvidas sobre segurança e eficácia das vacinas
Limitações de acesso aos serviços	Dificuldade para comparecimento aos pontos de vacinação
Baixa busca ativa de faltosos	Permanência de esquemas vacinais incompletos
Fragilidades nas ações educativas	Menor conscientização da população sobre imunização

Fonte: Elaborado pelo autor (2026).

Os estudos também demonstraram que a APS possui papel estratégico na recuperação das coberturas vacinais. A proximidade das equipes com a comunidade favorece o desenvolvimento de ações educativas, o acompanhamento das famílias e a identificação de indivíduos com esquemas vacinais incompletos. Além disso, fortalece o vínculo entre profissionais e usuários, contribuindo para ações contínuas de promoção da saúde e prevenção de doenças.

Entre as estratégias consideradas mais eficazes para o fortalecimento da imunização destacam-se a capacitação permanente dos profissionais de saúde, a ampliação dos horários de atendimento das salas de vacinação, a utilização de sistemas informatizados para monitoramento da cobertura vacinal e o desenvolvimento de campanhas educativas voltadas ao enfrentamento da desinformação.

Os resultados demonstram que a APS desempenha papel central na ampliação da cobertura vacinal no Brasil devido à sua capilaridade, proximidade com a população e potencial de atuação preventiva. Como limitação desta revisão, observou-se que os estudos incluídos apresentaram diferenças metodológicas e contextuais, o que pode restringir comparações diretas entre os achados. Ainda assim, as evidências apontam de forma consistente que o fortalecimento das ações educativas e o enfrentamento da hesitação vacinal são fundamentais para ampliar a cobertura vacinal e promover proteção coletiva.

DOI: 10.51161/iv-conasus/83348

4 CONCLUSÃO

A vacinação permanece como uma das mais importantes estratégias de prevenção de doenças e promoção da saúde pública, sendo fundamental para o controle e a erradicação de enfermidades imunopreveníveis. A análise da literatura evidenciou que a redução das coberturas vacinais no Brasil está relacionada a diversos fatores, destacando-se a hesitação vacinal, a disseminação de desinformação, a baixa percepção dos riscos das doenças, dificuldades de acesso aos serviços de saúde e fragilidades nos processos de comunicação entre profissionais e usuários.

Os resultados demonstraram que a Atenção Primária à Saúde desempenha papel essencial na ampliação da cobertura vacinal, uma vez que sua proximidade com a comunidade favorece o desenvolvimento de ações educativas, o acompanhamento das famílias e a identificação de indivíduos com esquemas vacinais incompletos. A atuação das equipes de saúde mostra-se indispensável para o fortalecimento da confiança da população nas vacinas e para a promoção de informações baseadas em evidências científicas.

Verificou-se que estratégias como a qualificação permanente dos profissionais, a ampliação do acesso aos serviços de vacinação, a utilização de tecnologias para monitoramento das coberturas vacinais, a busca ativa de faltosos e o combate à desinformação contribuem significativamente para o fortalecimento das ações de imunização. Tais medidas podem favorecer a recuperação dos índices vacinais e reduzir os riscos associados ao retorno de doenças anteriormente controladas.

Conclui-se que o enfrentamento da hesitação vacinal exige ações integradas entre gestores, profissionais de saúde e sociedade, com destaque para o papel estratégico da Atenção Primária à Saúde. O fortalecimento das políticas públicas de imunização e das ações de educação em saúde constitui elemento fundamental para garantir a proteção coletiva e a manutenção de elevadas coberturas vacinais no Brasil. Recomenda-se a realização de novas pesquisas sobre o tema, considerando as mudanças sociais e tecnológicas que influenciam o comportamento da população em relação à vacinação.

REFERÊNCIAS

ARANTES, Luciano José; SHIMIZU, Helena Eri; MERCHÁN-HAMANN, Edgar. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1499–1510, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Imunizações: 50 anos. Brasília: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: https://www.gov.br/saude. Acesso em: 23 jun. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a COVID-19. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

DOMINGUES, Carla Magda Allan Santos; MARANHÃO, Ana Goretti Kalume. Programa Nacional de Imunizações: trajetória, avanços e desafios. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 37, supl. 1, 2021.

MACDONALD, Noni E. Vaccine hesitancy: Definition, scope and determinants. Vaccine, Amsterdam, v. 33, n. 34, p. 4161–4164, 2015.

MASSARANI, Luisa; LEAL, Tatiane. Comunicação da ciência e desinformação sobre vacinas no Brasil. Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, 2021.

DOI: 10.51161/iv-conasus/83348

SATO, Ana Paula Sayuri. Pandemia de COVID-19 e queda da cobertura vacinal no Brasil. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 56, 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Ten threats to global health in 2019. Geneva: WHO, 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Report of the SAGE Working Group on Vaccine Hesitancy. Geneva: WHO, 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Immunization Agenda 2030: A Global Strategy to Leave No One Behind. Geneva: WHO, 2020.

OPAS – ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Cobertura vacinal e fortalecimento dos programas de imunização nas Américas. Washington, D.C., 2022.

LARSON, Heidi J. et al. Measuring trust in vaccination: A systematic review. Human Vaccines & Immunotherapeutics, v. 14, n. 7, p. 1599–1609, 2018.

DUBÉ, Eve et al. Vaccine hesitancy: An overview. Human Vaccines & Immunotherapeutics, v. 9, n. 8, p. 1763–1773, 2013.

DOMINGUES, Carla Magda Allan Santos; TEIXEIRA, Antunes de Souza. Coberturas vacinais e desafios do Programa Nacional de Imunizações no Brasil. Epidemiologia e Serviços de Saúde, Brasília, v. 22, n. 1, p. 9–27, 2013.

MORAES, José Cássio de. Falhas e desafios do Programa Nacional de Imunizações no Brasil. Revista Brasileira de Epidemiologia, São Paulo, v. 21, supl. 1, 2018.

PAIM, Jairnilson Silva et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. The Lancet, v. 377, p. 1778–1797, 2011.

STARFIELD, Barbara. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO; Ministério da Saúde, 2002.

DOI: 10.51161/iv-conasus/83348

GESTÃO DO CUIDADO E VULNERABILIDADES SOCIAIS: REFLEXÕES SOBRE EQUIDADE E INTEGRALIDADE NA SAÚDE PÚBLICA

VINICIUS SANTANA CHERUBIN; MARIA EDUARDA RODRIGUES DA SILVA; RENATO PRADO GIORDANO; TAMIRES FERREIRA VEIGA COSTA; ANA CARLA DO ESPÍRITO SANTO; BEATRIZ SOUSA DOS ANJOS; IVONE SOUSA DA SILVA SOUZA

RESUMO

A saúde pública é influenciada por determinantes sociais que impactam diretamente as condições de vida, adoecimento e acesso aos serviços de saúde. Nesse contexto, a gestão do cuidado destaca-se como estratégia essencial para promover a equidade e a integralidade na atenção à saúde, especialmente entre populações em situação de vulnerabilidade social. O presente estudo teve como objetivo refletir sobre a gestão do cuidado e sua interface com as vulnerabilidades sociais, abordando elementos relacionados à equidade e à integralidade no âmbito das políticas públicas de saúde. Trata-se de uma revisão integrativa da literatura realizada nas bases LILACS, MEDLINE/PubMed, SciELO, BVS e BDENF. Foram incluídos estudos publicados entre 2015 e 2025 nos idiomas português, inglês e espanhol. Após aplicação dos critérios de elegibilidade, seis estudos compuseram a amostra final. Os resultados evidenciaram que a gestão do cuidado contribui para a continuidade assistencial, coordenação entre níveis de atenção e fortalecimento da articulação intersetorial. Observou-se ainda que a efetivação da equidade depende do reconhecimento dos determinantes sociais da saúde e da superação de barreiras de acesso que afetam grupos historicamente vulnerabilizados. Conclui-se que a gestão do cuidado constitui importante instrumento para o fortalecimento dos sistemas de saúde, favorecendo práticas assistenciais mais inclusivas, integradas e alinhadas aos princípios do Sistema Único de Saúde.
Palavras-chave: Gestão do Cuidado; Vulnerabilidade Social; Equidade em Saúde.

1 INTRODUÇÃO

A saúde pública contemporânea é influenciada por fatores sociais, econômicos, culturais e ambientais que interferem diretamente nas condições de vida e saúde da população. No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) fundamenta-se nos princípios da universalidade, integralidade e equidade, buscando garantir o acesso à saúde como direito de todos e dever do Estado (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990).

As situações de vulnerabilidade social estão relacionadas a fatores como renda, escolaridade, moradia, alimentação e acesso aos serviços públicos, influenciando diretamente os processos de adoecimento e cuidado (PEREIRA; FREITAS; QUARESMA, 2022). Nesse contexto, a Atenção Primária à Saúde assume papel estratégico na coordenação das ações assistenciais e na organização das Redes de Atenção à Saúde (GIOVANELLA; ALMEIDA, 2017).

Além das barreiras relacionadas ao acesso aos serviços de saúde, as vulnerabilidades sociais estão associadas a processos históricos de exclusão que impactam diretamente as condições de vida e adoecimento das populações. Pessoas em situação de rua, comunidades periféricas, populações rurais e grupos socialmente marginalizados frequentemente enfrentam

DOI: 10.51161/iv-conasus/83387

dificuldades no acesso oportuno aos serviços de saúde, comprometendo a efetivação dos princípios do SUS (OLIVEIRA, 2018).

Nesse cenário, a gestão do cuidado ultrapassa a dimensão assistencial e assume papel estratégico na organização das redes de atenção à saúde, possibilitando a integração entre serviços, profissionais e políticas públicas. Sua atuação contribui para a construção de práticas centradas nas necessidades dos usuários e para a redução das iniquidades em saúde (GIOVANELLA; ALMEIDA, 2017).

A gestão do cuidado emerge como importante estratégia para organizar ações assistenciais, promover a continuidade do cuidado e fortalecer a articulação entre diferentes níveis de atenção e setores sociais (FARIA et al., 2020). Além disso, sua efetivação torna-se fundamental para atender às necessidades de populações historicamente vulnerabilizadas, contribuindo para a redução das desigualdades em saúde.

Diante da relevância do tema, o presente estudo teve como objetivo refletir sobre a gestão do cuidado e sua interface com as vulnerabilidades sociais, abordando elementos relacionados à equidade e à integralidade no âmbito das políticas públicas de saúde.

Os determinantes sociais da saúde representam condições nas quais as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem, influenciando diretamente os indicadores de morbimortalidade e qualidade de vida. A compreensão desses fatores é essencial para o planejamento de ações que promovam equidade e reduzam desigualdades em saúde, especialmente em populações socialmente vulnerabilizadas (OLIVEIRA, 2018).

2 MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, conduzida conforme as etapas metodológicas propostas por Mendes, Silveira e Galvão (2019). A questão norteadora foi elaborada por meio da estratégia PICo: “Como a gestão do cuidado tem sido abordada na literatura científica como estratégia para promoção da equidade e da integralidade em contextos de vulnerabilidade social na saúde pública?”.

A busca foi realizada nas bases de dados LILACS, MEDLINE/PubMed, SciELO, BVS e BDENF. Foram utilizados os descritores Gestão do Cuidado, Vulnerabilidade Social, Equidade em Saúde, Integralidade em Saúde e Saúde Pública, combinados pelos operadores booleanos AND e OR.

Foram incluídos artigos publicados entre 2015 e 2025, disponíveis na íntegra em português, inglês ou espanhol. Após aplicação dos critérios de elegibilidade, seis estudos compuseram a amostra final da revisão.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os estudos analisados demonstraram que a gestão do cuidado desempenha papel fundamental na organização dos serviços de saúde, favorecendo a continuidade assistencial, a coordenação entre diferentes níveis de atenção e a integração das ações voltadas às necessidades dos usuários (NOOR; GULIS; KARLSSON, 2023).

Observou-se que populações vulnerabilizadas enfrentam barreiras financeiras, organizacionais e socioculturais que dificultam o acesso aos serviços de saúde, comprometendo a efetivação da equidade (LAZO-PORRAS; PENNIECOOK, 2023). Entre esses grupos destacam-se pessoas em situação de rua, comunidades socialmente excluídas e indivíduos expostos a condições precárias de vida e trabalho (OLIVEIRA, 2018).

DOI: 10.51161/iv-conasus/83387

A literatura destaca ainda a necessidade de incorporar os determinantes sociais da saúde ao planejamento das ações assistenciais, considerando fatores relacionados à educação, moradia, renda, emprego e proteção social (OJEIKERE; AKOMOLAFE; AKINTIMEHIN, 2021). Nesse sentido, a articulação intersetorial entre saúde, assistência social e demais políticas públicas mostra-se essencial para a promoção de um cuidado mais abrangente e resolutivo (MARTINS et al., 2023).

Outro aspecto relevante refere-se ao papel da Atenção Primária à Saúde na coordenação do cuidado e no fortalecimento do vínculo entre profissionais e comunidade, especialmente em territórios marcados por vulnerabilidades e violência social (NONATO et al., 2020). Os resultados também evidenciaram que o fortalecimento da APS, associado à ampliação do acesso e ao financiamento adequado dos serviços, constitui estratégia importante para redução das desigualdades em saúde (BARRETO et al., 2025).

A literatura também evidencia que modelos de cuidado integrado favorecem a coordenação entre serviços de saúde e assistência social, possibilitando respostas mais efetivas às necessidades complexas dos usuários. Estratégias de coordenação do cuidado contribuem para redução da fragmentação assistencial, melhoria da comunicação entre profissionais e ampliação da resolutividade dos serviços, especialmente entre indivíduos com múltiplas demandas clínicas e sociais (ALBERTSON et al., 2022).

Outro aspecto frequentemente discutido refere-se à necessidade de qualificação permanente dos profissionais de saúde para atuação em contextos de vulnerabilidade. A formação voltada para a compreensão dos determinantes sociais da saúde favorece o desenvolvimento de intervenções mais humanizadas e alinhadas às necessidades dos territórios atendidos (NONATO et al., 2020).

Além disso, a articulação entre saúde, assistência social, educação e demais setores governamentais constitui elemento essencial para o enfrentamento das desigualdades. A atuação intersetorial permite ampliar a capacidade de resposta dos serviços públicos diante de problemas complexos que não podem ser solucionados exclusivamente pelo setor saúde (MARTINS et al., 2023).

Os estudos analisados apontam ainda que a implementação de políticas públicas orientadas pela equidade favorece a identificação de grupos prioritários e a distribuição mais justa dos recursos disponíveis. Dessa forma, a gestão do cuidado torna-se instrumento fundamental para a consolidação dos princípios do SUS e para a promoção da justiça social em saúde (BARRETO et al., 2025).

Sob a perspectiva da integralidade, observa-se que o cuidado deve contemplar não apenas aspectos biológicos do processo saúde-doença, mas também fatores psicológicos, sociais, culturais e ambientais. Essa abordagem amplia a capacidade dos serviços em responder às necessidades reais dos usuários e fortalece o vínculo entre equipe de saúde, indivíduo, família e comunidade (NOOR; GULIS; KARLSSON, 2023).

Dessa forma, os estudos reforçam que a gestão do cuidado deve ultrapassar uma perspectiva exclusivamente clínica, incorporando aspectos sociais, territoriais e culturais capazes de promover maior equidade e integralidade na assistência à saúde.

4 CONCLUSÃO

A gestão do cuidado constitui ferramenta estratégica para o fortalecimento dos sistemas de saúde e para a promoção da equidade e da integralidade na assistência. Os achados desta revisão demonstram que a organização articulada dos serviços, associada ao reconhecimento das vulnerabilidades sociais e dos determinantes sociais da saúde, favorece a construção de práticas mais inclusivas, resolutivas e centradas nas necessidades dos usuários.

DOI: 10.51161/iv-conasus/83387

Observou-se que a efetivação da equidade depende não apenas da ampliação do acesso aos serviços de saúde, mas também da implementação de estratégias capazes de reduzir barreiras sociais, econômicas e culturais que impactam diretamente as condições de vida e saúde da população. Nesse contexto, a gestão do cuidado apresenta-se como importante instrumento para fortalecer a coordenação da assistência, promover a continuidade do cuidado e ampliar a integração entre os diferentes níveis de atenção.

Além disso, os resultados evidenciam a relevância da articulação intersetorial entre saúde, assistência social, educação e demais políticas públicas como mecanismo fundamental para o enfrentamento das desigualdades sociais e para a construção de respostas mais efetivas às necessidades de grupos vulnerabilizados.

Dessa forma, torna-se indispensável o fortalecimento de políticas públicas intersetoriais capazes de integrar ações de saúde, assistência social, educação e proteção social, promovendo respostas mais efetivas às demandas da população. A ampliação do acesso aos serviços, o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde e o investimento em estratégias de coordenação do cuidado constituem medidas fundamentais para a redução das desigualdades em saúde e para a consolidação dos princípios do Sistema Único de Saúde.

Como limitação deste estudo, destaca-se a utilização exclusiva de evidências disponíveis na literatura científica, o que pode restringir a compreensão de experiências práticas desenvolvidas em diferentes contextos assistenciais. Recomenda-se que pesquisas futuras investiguem a aplicação da gestão do cuidado em cenários reais de atenção à saúde, contribuindo para o aprimoramento das políticas públicas e para a qualificação da assistência prestada às populações em situação de vulnerabilidade social.

REFERÊNCIAS

ALBERTSON, Elaine Michelle et al. Systematic review of care coordination interventions linking health and social services for high-utilizing patient populations. Population Health Management, v. 25, n. 1, p. 73-85, 2022. DOI: 10.1089/pop.2021.0057. Disponível em: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8861924/

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Presidência da República, 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm

BARRETO, Moacyr Starich Guerra et al. Public health policies and the promotion of equity: an integrative review of challenges and strategies for universal access. Revista Políticas Públicas & Cidades, v. 14, n. 1, e1601, 2025. DOI: 10.23900/2359-1552v14n1-97-2025. Disponível em: https://journalppc.com/RPPC/article/view/1601

FARIA, Ana da Conceição et al. COVID-19: articulação das políticas de saúde e sociais para promoção de cuidados seguros aos idosos. Revista Eletrônica de Enfermagem, Goiânia, v. 22, 2020. DOI: 10.5216/ree.v22.63990. Disponível em: https://revistas.ufg.br/fen/article/view/63990 .

GIOVANELLA, Ligia; ALMEIDA, Patty Fidelis de. Atenção primária integral e sistemas segmentados de saúde na América do Sul. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 33, supl. 2, e00118816, 2017. DOI: 10.1590/0102-311X00118816. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csp/a/BkZJXCKLpLBYrPxPs7HVYbG/abstract/?lang=pt

LAZO-PORRAS, Maria; PENNIECOOK, Tricia. Health equity: access to quality services and caring for underserved populations. Health Policy and Planning, Oxford, v. 38, supl. 2, p. ii1-ii2, 2023. DOI: 10.1093/heapol/czad073. Disponível em: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10666925/

MARTINS, Ana Luísa Jorge et al. A interface entre as políticas públicas para a população em situação de rua: revisão integrativa. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 28, n. 8, p. 2441-2454, 2023. DOI: 10.1590/1413-81232023288.14232022. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/yGm45QnrnFwRJsSsnLB6dbd/abstract/?lang=pt

MENDES, Karina Dal Sasso; SILVEIRA, Renata Cristina de Campos Pereira; GALVÃO, Cristina Maria. Uso de gerenciador de referências bibliográficas na seleção dos estudos primários em revisão integrativa. Texto & Contexto Enfermagem, Florianópolis, v. 28, e20170204, 2019. DOI: 10.1590/1980-265X-TCE-2017-0204. Disponível em: https://www.scielo.br/j/tce/a/HZD4WwnbqL8t7YZpdWSjypj/?lang=pt

NONATO, Lívia Oliveira Fernandes et al. Estratégias de gerenciamento na Atenção Primária à Saúde em territórios de vulnerabilidade social expostos à violência. Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, v. 54, e03608, 2020. DOI: 10.1590/S1980-220X2018054903608. Disponível em: https://www.scielo.br/j/reeusp/a/8zVhrhSTNrbJFjFhmXPQTGK/?lang=pt
NOOR, Fadumo;

GULIS, Gabriel; KARLSSON, Leena Eklund. Exploration of understanding of integrated care from a public health perspective: a scoping review. Journal of Public Health Research, v. 12, n. 3, 22799036231181210, 2023. DOI: 10.1177/22799036231181210. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37435440/

OJEIKERE, Kingsley et al. A model for integrating vulnerable populations into public health systems. International Journal of Multidisciplinary Research and Growth Evaluation, v. 2, n. 2, p. 393-405, 2021. DOI: 10.54660/IJMRGE.2021.2.2.393-405. Disponível em: https://www.allmultidisciplinaryjournal.com/uploads/archives/20250620185504_MGE-2025-3-370.1.pdf

OLIVEIRA, Roberta Gondim. Práticas de saúde em contextos de vulnerabilização e negligência de doenças, sujeitos e territórios: potencialidades e contradições na atenção à saúde de pessoas em situação de rua. Saúde e Sociedade, São Paulo, v. 27, n. 1, p. 37-50, 2018. DOI: 10.1590/S0104-12902018170915. Disponível em: https://www.scielo.br/j/sausoc/a/Jk43cn6rHKzGFNzYSnTHsKL/abstract/?lang=pt

PEREIRA, Renan Sallazar Ferreira; FREITAS, Giselle Lima de; QUARESMA, Fernando Rodrigues Peixoto. Populações vulnerabilizadas no contexto da pandemia e crises sanitárias. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v. 75, supl. 2, e202275Suppl201, 2022. DOI:

10.1590/0034-7167.202275Suppl201pt. Disponível em:
https://www.scielo.br/j/reben/a/4Knx7qFKcXBwPkgsH784B9z/?lang=pt

O PAPEL DA APS NO RECONHECIMENTO DO TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR:RELATO DE CASO

GLAUCYA KATRIP

Introdução: A saúde mental constitui um importante desafio para o Sistema Único de Saúde (SUS), sendo a Atenção Primária à Saúde (APS) a principal porta de entrada para usuários com sofrimento psíquico. Nesse contexto, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) desempenha papel fundamental na identificação precoce, encaminhamento e acompanhamento dos transtornos mentais. Entre essas condições, o Transtorno Afetivo Bipolar (TAB) apresenta elevada complexidade diagnóstica, frequentemente sendo confundido com transtornos ansiosos e depressivos. **Objetivo:** Relatar um caso de Transtorno Afetivo Bipolar, destacando a importância da APS e da RAPS no reconhecimento precoce e no manejo longitudinal dos transtornos mentais no SUS. **Relato de caso:** Paciente do sexo feminino, 21 anos, apresentou episódios de alterações comportamentais, ansiedade persistente e ideias delirantes. Inicialmente, os sintomas foram interpretados como transtornos ansiosos, recebendo tratamento medicamentoso com melhora parcial. Com a persistência do quadro e repercussões acadêmicas e sociais, foi realizada avaliação especializada em saúde mental, que identificou características compatíveis com Transtorno Afetivo Bipolar. Após definição diagnóstica e adequação terapêutica, observou-se melhora clínica significativa, estabilização do humor e recuperação funcional ao longo do acompanhamento. **Conclusão:** O caso evidencia a relevância da Atenção Primária à Saúde como porta de entrada para o cuidado em saúde mental e reforça a necessidade de qualificação das equipes para o reconhecimento precoce dos transtornos psiquiátricos. Além disso, destaca a importância da articulação entre APS e RAPS para garantir diagnóstico oportuno, tratamento adequado e acompanhamento contínuo dos usuários, contribuindo para a integralidade do cuidado e para a melhoria da qualidade de vida dos pacientes atendidos pelo SUS.

Palavras-chave: **APS; TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR; SUS**

DOI: 10.51161/iv-conasus/83399

PROCESSOS DE MEDICAÇÃO, RESÍDUOS HOSPITALARES E SUSTENTABILIDADE AMBIENTAL: AÇÕES DA EQUIPE DE ENFERMAGEM NA PERSPECTIVA ESG

ERLITA BORGES PIRES NONATO; BÁRBARA BORGES DE OLIVEIRA ROSA; LUCAS NONATO DE OLIVEIRA

Introdução: Os serviços de saúde apresentam elevado potencial de impacto ambiental devido à geração de resíduos e ao uso intensivo de materiais nos processos de medicação. A ausência de planejamento e manejo adequado desses fluxos amplia riscos para a saúde humana, para o meio ambiente e para a sustentabilidade dos sistemas de saúde. Nesse cenário, a equipe de enfermagem, que atua diretamente no preparo, administração e descarte de medicamentos, assume papel central na articulação entre qualidade assistencial, segurança do paciente e responsabilidade socioambiental, em consonância com a Agenda 2030 e com princípios ESG aplicados à saúde. **Objetivos:** Discutir, com base em evidências disponíveis em pesquisas e documentos técnicos, como as ações da equipe de enfermagem nos processos de medicação se relacionam com a sustentabilidade ambiental e com princípios ESG em serviços hospitalares, destacando desafios e possibilidades para qualificar o manejo de resíduos e o uso racional de recursos no contexto do SUS. **Metodologia:** Estudo teórico, de natureza descritiva e reflexiva, fundamentado em análise documental e bibliográfica sobre sustentabilidade ambiental em serviços de saúde, gerenciamento de resíduos de serviços de saúde, processos de medicação e papel da enfermagem. Foram considerados artigos científicos, relatórios institucionais e normas técnicas que abordam ações ecologicamente responsáveis no processo de medicação e estratégias de gestão de resíduos na perspectiva da enfermagem e da agenda ESG. **Resultados:** A síntese dos documentos analisados evidenciou que a enfermagem ocupa posição estratégica na implementação de práticas sustentáveis em processos de medicação, seja na redução de desperdícios de insumos, na segregação correta de resíduos ou na adesão a planos de gerenciamento de resíduos de serviços de saúde. Entre os pontos recorrentes, destacam-se a necessidade de capacitação contínua da equipe, a importância de protocolos claros para manejo de resíduos e medicação e o potencial das ações educativas lideradas por enfermeiros para sensibilizar outros profissionais e usuários quanto aos impactos ambientais do cuidado em saúde. **Conclusão:** A análise teórica indica que as práticas da enfermagem nos processos de medicação são elementos-chave para a promoção da sustentabilidade ambiental em serviços hospitalares, especialmente quando alinhadas a diretrizes de gerenciamento de resíduos e a princípios ESG.

Palavras-chave: **PROCESSOS DE MEDICAÇÃO; RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE; SUSTENTABILIDADE AMBIENTAL**

DOI: 10.51161/iv-conasus/83510

ACOLHIMENTO ÀS FAMÍLIAS DE CRIANÇAS COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: DESAFIOS PARA A INTEGRALIDADE DO CUIDADO – REVISÃO INTEGRATIVA

MAYARA CAMILA DE SOUZA KOGA

RESUMO

O Transtorno do Espectro Autista é uma condição do neurodesenvolvimento caracterizada por dificuldades persistentes na comunicação e na interação social, associadas a padrões restritos e repetitivos de comportamento. No âmbito do Sistema Único de Saúde, o acolhimento qualificado às crianças e às suas famílias constitui prática essencial para assegurar o acesso, a continuidade e a integralidade do cuidado. **Objetivo:** Este estudo objetiva analisar as evidências científicas acerca dos desafios relacionados ao acolhimento de famílias de crianças com Transtorno do Espectro Autista no Sistema Único de Saúde e suas implicações para a integralidade da assistência. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, abrangendo publicações de janeiro de 2014 a dezembro de 2025. Após a aplicação dos critérios de elegibilidade, cinco artigos compuseram a amostra final. Documentos legais, técnicos e institucionais foram utilizados para fundamentação e contextualização da temática. **Resultados:** Os resultados foram organizados em quatro eixos temáticos: identificação precoce e atuação da Atenção Primária à Saúde; articulação entre os serviços da rede; sobrecarga e necessidades das famílias; e atuação da enfermagem. Os achados evidenciaram dificuldades relacionadas à capacitação profissional, à fragmentação da rede, à fragilidade dos fluxos assistenciais e à insuficiência de apoio às famílias. **Conclusão:** Conclui-se que o fortalecimento da integralidade requer educação permanente, organização dos fluxos de atendimento, comunicação entre os serviços e adoção de práticas centradas na criança e na família.

Palavras-chave: Diagnóstico precoce; Enfermagem pediátrica; Humanização da assistência

1 INTRODUÇÃO

O Transtorno do Espectro Autista (TEA) é uma condição do neurodesenvolvimento caracterizada por dificuldades persistentes na comunicação e na interação social, associadas a padrões restritos e repetitivos de comportamentos, interesses ou atividades. Suas manifestações surgem geralmente nos primeiros anos de vida e apresentam diferentes intensidades e necessidades de suporte ao longo da trajetória da pessoa (*American Psychiatric Association, 2023).*

No Brasil, a Lei nº 12.764/2012 instituiu a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista e reconheceu a pessoa com TEA como pessoa com deficiência para todos os efeitos legais. A proteção desses direitos também está relacionada à Lei nº 13.146/2015, denominada Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência *(Brasil, 2012, 2015*).

DOI: 10.51161/iv-conasus/83614

No campo da saúde, esses marcos normativos asseguram o acesso a ações e serviços, incluindo identificação precoce, atendimento multiprofissional e acompanhamento adequado às necessidades individuais. A linha de cuidado publicada pelo Ministério da Saúde reforça a importância da organização da assistência em rede e da atuação integrada entre a Atenção Primária à Saúde (APS), os serviços especializados e os demais pontos da Rede de Atenção à Saúde (*Brasil, 2025*).

A APS ocupa posição estratégica nesse processo por constituir a principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS) e por desenvolver ações de acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento infantil. Entre suas atribuições estão a identificação de sinais de risco, a escuta das preocupações apresentadas pelos responsáveis, a realização dos encaminhamentos necessários e a coordenação do percurso assistencial da criança e de sua família (*Brasil, 2025; Oliveira et al., 2025*).

Apesar dos avanços legais e assistenciais, persistem dificuldades relacionadas à formação dos profissionais, à articulação entre os diferentes pontos da rede e à continuidade do acompanhamento. Essas limitações podem prolongar o período entre a percepção dos primeiros sinais, a avaliação especializada e o acesso às intervenções e aos apoios necessários.

Além das necessidades apresentadas pela criança, o diagnóstico ou a suspeita de TEA pode produzir mudanças importantes na dinâmica familiar. Os responsáveis podem enfrentar dúvidas, insegurança, reorganização da rotina e sobrecarga relacionada às demandas contínuas de cuidado. Estudos apontam, ainda, que os serviços permanecem frequentemente centrados nas necessidades da criança, conferindo atenção limitada à família como unidade de cuidado (*Bonfim et al., 2023; Vilanova et al., 2022*).

A Política Nacional de Humanização compreende o acolhimento como uma prática baseada na escuta qualificada, na responsabilização e na construção de vínculos entre usuários, trabalhadores e serviços. O acolhimento não corresponde apenas à recepção inicial do usuário, mas deve estar presente durante todo o percurso assistencial, contribuindo para o acesso, a continuidade e a resolutividade do cuidado (Brasil, 2008).

Diante desse contexto, torna-se relevante analisar a produção científica sobre o atendimento oferecido às famílias de crianças com TEA no SUS. Assim, este estudo objetiva analisar as evidências científicas acerca dos desafios relacionados ao acolhimento de famílias de crianças com Transtorno do Espectro Autista no Sistema Único de Saúde e suas implicações para a integralidade do cuidado.

2 MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, método que possibilita reunir, avaliar e sintetizar resultados de estudos sobre determinada temática. A pesquisa foi orientada pela seguinte questão norteadora: quais desafios relacionados ao acolhimento de famílias de crianças com Transtorno do Espectro Autista no Sistema Único de Saúde comprometem a integralidade do cuidado?

A busca foi realizada no primeiro semestre de 2026 nas bases Scientific Electronic Library Online (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Base de Dados de Enfermagem (BDENF) e Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), consultada por meio da PubMed.

Foram utilizados os termos “Transtorno do Espectro Autista”, “Família”, “Acolhimento”, “Atenção Primária à Saúde”, “Sistema Único de Saúde” e “Enfermagem”, além de seus correspondentes em inglês e espanhol. Os termos foram combinados por meio dos operadores booleanos AND e OR, de acordo com as características de cada base.

DOI: 10.51161/iv-conasus/83614

Foram estabelecidos como critérios de inclusão: artigos científicos disponíveis na íntegra; publicados entre janeiro de 2014 e dezembro de 2025; nos idiomas português, inglês ou espanhol; e que abordassem o acolhimento, a assistência, o acompanhamento ou as intervenções direcionadas às crianças com TEA e às suas famílias nos serviços de saúde.

Foram excluídos artigos duplicados, editoriais, cartas ao editor, trabalhos acadêmicos, resumos de eventos, estudos que não respondessem à questão norteadora e publicações sem relação com o atendimento às crianças com TEA ou às suas famílias.

Após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão e a leitura dos textos selecionados, cinco artigos compuseram a amostra final desta revisão. Os documentos legais, as publicações institucionais, os livros e os pareceres técnicos foram utilizados para fundamentação teórica e contextualização normativa, não sendo contabilizados como integrantes da amostra.

Para a coleta das informações, foram considerados os seguintes elementos: autoria, ano de publicação, objetivo, delineamento metodológico, participantes e principais resultados. Os dados foram organizados em instrumento elaborado pela autora e analisados por meio da categorização temática, fundamentada na análise de conteúdo proposta por Bardin (2016).

Por se tratar de uma revisão realizada com estudos e documentos disponíveis publicamente, não houve necessidade de submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa. Foram respeitados os princípios de autoria e de integridade acadêmica durante todas as etapas.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra desta revisão foi composta por cinco artigos publicados entre 2015 e 2025. Foram identificados três estudos qualitativos, um estudo de método misto e uma publicação de recomendações para a prática e para a pesquisa.

Quadro 1 – Caracterização dos estudos incluídos na revisão integrativa

Autor e ano	Objetivo	Método	Principais resultados
Bonfim et al. (2023)	Analisar o cuidado prestado por profissionais de saúde às famílias de crianças com TEA nos diferentes níveis de atenção.	Estudo qualitativo realizado com profissionais de equipes multiprofissionais da Rede de Atenção à Saúde.	A assistência mostrou-se concentrada em demandas pontuais da criança. A sobrecarga de trabalho e a pouca experiência profissional contribuíram para a fragilidade do cuidado e para a reduzida visibilidade da família como unidade de atenção.

DOI: 10.51161/iv-conasus/83614

Autor e ano	Objetivo	Método	Principais resultados
Jerônimo et al. (2023)	Compreender a representação de enfermeiros sobre a assistência às crianças e aos adolescentes com TEA nos Centros de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil.	Pesquisa qualitativa, exploratória e descritiva.	Foram identificadas ações relacionadas ao ambiente terapêutico, à orientação dos cuidadores, à identificação de casos e ao planejamento terapêutico. Também foram observados despreparo profissional e dificuldades de articulação com as famílias e o sistema educacional.
Oliveira et al. (2025)	Compreender a participação dos enfermeiros na detecção precoce dos sinais de alerta do TEA durante as consultas de puericultura.	Pesquisa qualitativa e exploratória, realizada com enfermeiros de clínicas da família.	Os enfermeiros participam da detecção por meio do acompanhamento do desenvolvimento infantil, da observação da criança e da escuta dos familiares. Foram identificadas limitações relacionadas à capacitação e à articulação entre os profissionais.
Vilanova et al. (2022)	Analisar a sobrecarga materna relacionada aos cuidados de filhos diagnosticados com TEA.	Estudo de método misto, sequencial explanatório.	O estudo identificou sobrecarga materna, especialmente de intensidade leve a moderada, e destacou a necessidade de reconhecimento e acompanhamento das cuidadoras na Atenção Primária à Saúde.
Zwaigenbaum et al. (2015)	Examinar as evidências sobre intervenções destinadas às crianças com TEA menores de três anos e formular recomendações para a prática e para a pesquisa.	Revisão das evidências científicas e elaboração de recomendações por especialistas.	As intervenções devem ser iniciadas oportunamente, individualizadas e integradas às atividades cotidianas, com participação ativa dos familiares e cuidadores.

Fonte: elaboração própria com base nos estudos incluídos (2026).

A análise dos estudos permitiu organizar os achados em quatro eixos temáticos: identificação precoce e atuação da Atenção Primária à Saúde; articulação entre os serviços da rede; sobrecarga e necessidades das famílias; e atuação da enfermagem.

A identificação precoce dos sinais de risco para o TEA constitui uma das responsabilidades dos serviços que acompanham o crescimento e o desenvolvimento infantil. A APS apresenta posição estratégica para realizar essa vigilância, uma vez que mantém contato frequente com as crianças e seus responsáveis durante consultas de puericultura, vacinação e outras ações de acompanhamento.

O estudo de *Oliveira et al. (2025)*, realizado com enfermeiros de clínicas da família, demonstrou que as consultas de puericultura constituem um recurso relevante para a detecção precoce dos sinais de alerta do TEA. Entretanto, também foram identificadas limitações relacionadas à avaliação do desenvolvimento infantil, à capacitação profissional e à articulação entre os profissionais envolvidos no acompanhamento.

Deve-se diferenciar o rastreamento do diagnóstico. Os instrumentos de rastreamento permitem identificar sinais de risco e auxiliam na definição da necessidade de avaliação especializada, mas não substituem a avaliação diagnóstica realizada por profissionais habilitados. O Parecer nº 5/2024 do Conselho Federal de Enfermagem estabelece que não existe impedimento para que o enfermeiro qualificado aplique o M-CHAT-R/F durante a consulta de enfermagem na Atenção Primária ou Especializada, desde que sejam observados o Processo de Enfermagem e os protocolos institucionais *(Conselho Federal de Enfermagem, 2024*).

A identificação e o encaminhamento em tempo oportuno favorecem o acesso às intervenções adequadas às necessidades da criança. As recomendações para crianças com TEA menores de três anos destacam a importância de intervenções individualizadas, da participação dos cuidadores e da incorporação das estratégias de desenvolvimento e aprendizagem às atividades cotidianas (*Zwaigenbaum et al., 2015*).

Outro desafio identificado refere-se à fragmentação da assistência e à dificuldade de articulação entre a APS, os serviços de reabilitação, os Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil, os serviços especializados e os setores de educação e assistência social.

Quando não existem fluxos assistenciais claramente definidos, as famílias podem assumir individualmente a responsabilidade de localizar serviços, obter encaminhamentos e estabelecer a comunicação entre diferentes profissionais. Essa situação pode contribuir para a demora no atendimento, a repetição de informações e a descontinuidade do cuidado.

A integralidade exige que os diferentes pontos da rede compartilhem responsabilidades e informações, evitando que a criança seja acompanhada de maneira fragmentada. O cuidado deve incluir encaminhamento responsável, acompanhamento após a referência, mecanismos de contrarreferência, elaboração compartilhada do projeto terapêutico e comunicação contínua com a família.

Segundo *Bonfim et al. (2023)* verificaram que a assistência multiprofissional às famílias era frequentemente direcionada a situações específicas e às demandas decorrentes do cuidado e do comportamento da criança. A sobrecarga de trabalho e a pouca experiência profissional contribuíam para a fragilidade da assistência e para a reduzida visibilidade da família como unidade de cuidado.

Segundo*, Jerônimo et al. (2023)* também identificaram dificuldades relacionadas à articulação com os familiares e com o sistema educacional para assegurar a continuidade do acompanhamento. Esses resultados reforçam a necessidade de organização da rede, definição de responsabilidades e comunicação entre os diferentes serviços e setores envolvidos.

As famílias de crianças com TEA podem vivenciar mudanças importantes em sua organização, rotina e relações sociais. Entre as necessidades identificadas estão o acesso a

DOI: 10.51161/iv-conasus/83614

informações compreensíveis, a orientação sobre os serviços disponíveis, a participação nas decisões e o apoio diante das demandas contínuas relacionadas ao cuidado.

A sobrecarga pode atingir especialmente as mães, que frequentemente assumem a maior parte das responsabilidades relacionadas ao acompanhamento dos filhos.

No estudo de *Vilanova et al. (2022*), realizado com mães de crianças com TEA, 64,7% das participantes apresentaram algum nível de sobrecarga, com predominância da classificação leve a moderada.

Esses resultados demonstram a importância de identificar as necessidades dos cuidadores durante o atendimento. A assistência não deve ser direcionada exclusivamente às manifestações clínicas ou comportamentais da criança, mas também às condições emocionais, sociais e familiares relacionadas ao processo de cuidado.

O acolhimento deve incluir escuta qualificada, fornecimento de informações acessíveis, reconhecimento dos conhecimentos dos familiares sobre a criança, apoio para a tomada de decisões e identificação de necessidades que exijam encaminhamento para outros serviços. A assistência centrada na família pressupõe sua participação ativa no planejamento e na avaliação do cuidado. Contudo, *Bonfim et al. (2023*) observaram que a família ainda pode permanecer pouco visível como unidade de cuidado, indicando a necessidade de educação permanente das equipes multiprofissionais e de revisão da organização dos serviços.

A enfermagem apresenta papel estratégico na vigilância do desenvolvimento infantil, na construção do vínculo com os cuidadores, na educação em saúde e na coordenação do cuidado. Durante as consultas de enfermagem, o profissional pode identificar sinais de risco, acolher as preocupações dos familiares, realizar orientações e encaminhar a criança para avaliação multiprofissional quando necessário.

Segundo, *Oliveira et al. (2025*) destacam que o enfermeiro deve ser reconhecido como agente estratégico na detecção precoce dos sinais de alerta do TEA, especialmente por sua atuação nas consultas de puericultura e no atendimento às famílias em situação de vulnerabilidade social.

Além disso, o enfermeiro pode contribuir para a organização do plano de cuidado, para a comunicação entre os serviços e para o acompanhamento da família após os encaminhamentos. Sua atuação também envolve a identificação de situações de sobrecarga e de necessidades de apoio psicossocial.

Entretanto, os estudos identificam dificuldades relacionadas à insuficiência de conhecimentos específicos sobre o TEA, ao despreparo profissional e aos desafios de articulação com familiares e outros setores. A assistência de enfermagem às crianças e aos adolescentes com TEA requer conhecimentos para a identificação e a avaliação das necessidades, para o cuidado individual ou coletivo, para a orientação da família e para a participação na elaboração do projeto terapêutico *(Jerônimo et al., 2023*).

Dessa forma, a inclusão da temática do TEA nos processos de formação inicial e de educação permanente é indispensável para a oferta de assistência segura, humanizada e baseada em evidências. A capacitação também deve abordar a utilização responsável dos instrumentos de rastreamento, sem confundi-los com ferramentas diagnósticas.

4 CONCLUSÃO

A análise dos estudos evidenciou que o acolhimento às famílias de crianças com Transtorno do Espectro Autista no Sistema Único de Saúde ainda enfrenta desafios relacionados à capacitação profissional, à identificação precoce dos sinais de risco, à articulação entre os serviços e à oferta de apoio às famílias. Essas limitações podem comprometer a continuidade da assistência e a integralidade do cuidado.

Verificou-se que a Atenção Primária à Saúde ocupa posição estratégica na vigilância do desenvolvimento infantil, no acolhimento das preocupações dos responsáveis e na coordenação do percurso assistencial. Nesse contexto, a enfermagem apresenta papel relevante na construção do vínculo, na educação em saúde, na aplicação de instrumentos de rastreamento, quando devidamente capacitada, e na articulação entre a família e os diferentes pontos da rede.

Conclui-se que o fortalecimento do cuidado às crianças com TEA e às suas famílias requer educação permanente das equipes, definição de fluxos assistenciais, comunicação efetiva entre os serviços e ampliação de práticas centradas na família. Essas medidas podem contribuir para uma assistência mais humanizada, contínua e coerente com os princípios da integralidade e da equidade no SUS.

REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5-TR.** 5. ed. rev. Porto Alegre: Artmed, 2023.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo.** São Paulo: Edições 70, 2016.

BONFIM, T. A.; GIACON-ARRUDA, B. C. C.; GALERA, S. A. F.; TESTON, E. F.; NASCIMENTO, F. G. P. do; MARCHETI, M. A. Assistência às famílias de crianças com Transtornos do Espectro Autista: percepções da equipe multiprofissional. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 31, e3781, 2023. DOI: 10.1590/1518-8345.5694.3781. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1518-8345.5694.3781. Acesso em: 22 jul. 2026.

BRASIL. **Lei nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012.** Institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista e altera o § 3º do art. 98 da Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 28 dez. 2012. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/l12764.htm. Acesso em: 22 jul. 2026.

BRASIL. **Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015.** Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência — Estatuto da Pessoa com Deficiência. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 7 jul. 2015. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm. Acesso em: 22 jul. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS.** 4. ed. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/humanizacao/pub_destaques.php. Acesso em: 22 jul. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Estratégias e Políticas de Saúde Comunitária. **Linha de cuidado para pessoas com Transtorno do Espectro Autista — TEA.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2025. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_pessoas_tea.pdf. Acesso em: 22 jul. 2026.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (Brasil). **Parecer nº 5/2024/COFEN/CAMTEC/CTESNC.** Parecer acerca da aplicação da Escala M-CHAT-R™ pelo enfermeiro. Brasília, DF: Cofen, 28 out. 2024. Disponível em: https://www.cofen.gov.br/parecer-no-5-2024-cofen-camtec-ctesnc/. Acesso em: 22 jul. 2026.

JERÔNIMO, T. G. Z.; MAZZAIA, M. C.; VIANA, J. M.; CHISTOFOLINI, D. M. Assistência do enfermeiro(a) a crianças e adolescentes com transtorno do espectro autista. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 36, eAPE030832, 2023. DOI: 10.37689/acta-ape/2023AO030832. Disponível em: https://doi.org/10.37689/acta-ape/2023AO030832. Acesso em: 22 jul. 2026.

OLIVEIRA, A. R. P. de; SILVA, L. F. da; SOUZA, T. V. de; GÓES, F. G. B.; MORAES, J. R. M. M. de. Participação de enfermeiros na detecção de sinais de autismo infantil na Atenção Primária à Saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 78, n. 1, e20230530, 2025. DOI: 10.1590/0034-7167-2023-0530pt. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0034-7167-2023-0530pt. Acesso em: 22 jul. 2026.

VILANOVA, J. R. S.; CARNEIRO, C. T.; ROCHA, K. N. de S.; BRITO, M. de A.; ROCHA, R. C.; COSTA, A. de C.; BEZERRA, M. A. R. Sobrecarga de mães com filhos diagnosticados com transtorno do espectro autista: estudo de método misto. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 43, e20210077, 2022. DOI: 10.1590/1983-1447.2022.20210077.pt. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1983-1447.2022.20210077.pt. Acesso em: 22 jul. 2026.

ZWAIGENBAUM, L. et al. Early intervention for children with Autism Spectrum Disorder under 3 years of age: recommendations for practice and research. **Pediatrics**, v. 136, supl. 1, p. S60-S81, 2015. DOI: 10.1542/peds.2014-3667E. Disponível em: https://doi.org/10.1542/peds.2014-3667E. Acesso em: 22 jul. 2026.

RELATO DE EXPERIÊNCIA: CONSTRUÇÃO DE INSTRUMENTO PARA ACOMPANHAMENTO TELEFÔNICO DE PUÉRPERAS PÓS-CESÁREA NA COSTA VERDE-RIO DE JANEIRO

ADRIANA DA SILVA FIGUEIRA IZIDIO; GABRIELLA DE OLIVEIRA CASTRO

Introdução: As políticas materno-infantis ressaltam a importância da integralidade e a humanização do cuidado no ciclo gravídico-puerperal, reconhecendo como momento para a promoção da saúde, prevenção de agravos e fortalecimento do vínculo com o serviço de saúde. Nessa perspectiva, considera-se fundamental a realização do acompanhamento das puérperas pós-cesárea por meio do telemonitoramento, pois configura-se uma estratégia de monitoramento clínico e de transição do cuidado entre a maternidade e a APS. Diante da ausência de instrumento sistematizado de acompanhamento pós-alta, desenvolveu-se esse relato de experiência. **Objetivo:** Elaborar um instrumento para acompanhamento telefônico de puérperas submetidas à cesárea em uma maternidade pública da região da Costa Verde-Rio de Janeiro, visando fortalecer o uso do protocolo de segurança do paciente e fortalecer a continuidade do cuidado. **Relato de caso/experiência:** O relato de experiência é sobre o telemonitoramento realizado entre setembro de 2025 e fevereiro de 2026, através de um instrumento que constitui tópicos semiestruturados, tendo em vista a escuta qualificada das informações fornecidas sobre as condições do sítio cirúrgico, saúde da puérpera e do recém-nascido, entre outras informações. As ligações foram realizadas pela enfermeira autora deste relato, utilizando telefone institucional e computador para registro simultâneo das informações em planilha específica. Nos casos em que se identificavam sinais de alerta, como febre, edema e secreção purulenta, a puérpera era orientada a retornar à maternidade ou à unidade da APS. Com base nessas ligações, identificou-se fragilidade nos dados cadastrais, telefones desatualizados, comprometendo o seguimento do telemonitoramento. Além disso observou-se que a realização do pré-natal em unidades que não dispõe de teste do pezinho esteve associada a menor adesão ao retorno para a consulta puerperal e ao acolhimento Mãe-Bebê, considerando um fator limitante para a continuidade da assistência. **Conclusão:** O instrumento proposto mostrou-se uma ferramenta que possui potencial tanto na prevenção de complicações de infecções do sítio cirúrgico e internações evitáveis quanto na orientação do retorno para acolhimento Mãe-Bebê. Contudo, sua efetividade depende do uso do protocolo de segurança do paciente e do fortalecimento da articulação com a Atenção Primária.

Palavras-chave: **TELEMONITORAMENTO; PUERPÉRIO; CONTINUIDADE DO CUIDADO**

DOI: 10.51161/iv-conasus/83645

APLICATIVO MÓVEL PARA UM PROCESSO DE ENSINO EM FARMACOVIGILÂNCIA PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE

ELAINE CRISTINA WANDEUR DA COSTA; FERNANDA DOS SANTOS

Introdução: A farmacovigilância é definida como “a ciência e as atividades relacionadas à detecção, avaliação, compreensão e prevenção de eventos adversos ou quaisquer outros problemas relacionados aos medicamentos” pela Organização Mundial da Saúde. Neste sentido, um aspecto relevante é a capacitação contínua dos profissionais da saúde como um processo essencial para a eficácia da farmacovigilância. Os profissionais devem ser capazes de detectar reações adversas e outros problemas relacionados ao uso de medicamentos. **Objetivo:** Desenvolver e validar um aplicativo móvel para capacitação sobre farmacovigilância para profissionais da saúde. **Metodologia:** Trata-se de um estudo metodológico embasado no design instrucional sistemático para o desenvolvimento de um aplicativo móvel, que contemplará as etapas de análise e design/desenvolvimento. A validação de conteúdo foi realizada em duas etapas, o desenvolvimento do instrumento e a análise e julgamento dos especialistas. **Resultados:** A amostra de 18 juízes avaliadores foi composta predominantemente por profissionais do gênero feminino, representando 83,3% (n=15) do total. A idade dos participantes variou entre 28 e 71 anos, com uma média de 42,8 anos (DP = 11,3). Dos 42 itens submetidos à avaliação, 41 (97,62%) foram considerados válidos pelos juízes avaliadores, apresentando um CVR igual ou superior ao valor crítico de 0,556. Em relação a taxa de aprovação média do conteúdo do aplicativo, foi observado que os critérios de temática, clareza e correção semântica obtiveram 100% de aprovação em todos as aulas. Em contrapartida, a diagramação (90,3%) e a suficiência do conteúdo (91,7%) foram os critérios com as menores taxas médias de aprovação, embora ainda elevadas. **Conclusões:** Este resultado indica um alto grau de concordância entre os especialistas, sugerindo que o conteúdo do instrumento é, em sua grande maioria, relevante, claro e pertinente à temática abordada.

Palavras-chave: **FARMACOVIGILÂNCIA; APLICATIVOS MÓVEIS; TECNOLOGIA EDUCACIONAL**

DOI: 10.51161/iv-conasus/83704

ACIDENTES COM ARANHAS E A INTERFACE COM A SAÚDE ÚNICA

ELIELSON EVANGELISTA DA ROCHA; HELIERSON GOMES

RESUMO

O Araneísmo constitui um importante problema de saúde pública no Brasil, em razão da elevada frequência de acidentes, do potencial de envenenamento e da estreita relação entre fatores ambientais, ocupacionais e urbanos que favorecem o contato entre seres humanos e aranhas de importância médica. Na região Norte do Tocantins, embora os registros de acidentes sejam expressivos, ainda são escassos estudos que integrem aspectos clínicos, epidemiológicos e espaciais sob a perspectiva da Saúde Única, limitando o planejamento de ações preventivas e de vigilância. Este estudo objetivou analisar o perfil clínico, epidemiológico e a distribuição espacial dos acidentes com aranhas atendidos no Hospital Universitário no Norte do Tocantins. Trata-se de um estudo epidemiológico retrospectivo, de abordagem quantitativa, realizado a partir da análise de dados secundários provenientes de fichas de notificação e prontuários médicos de pacientes atendidos entre janeiro de 2015 e dezembro de 2024. Foram avaliadas variáveis sociodemográficas, clínicas e espaciais, utilizando-se Microsoft Excel®, Epi Info™ 7 e QGIS para processamento estatístico e análise geoespacial. No período investigado, foram registrados 585 casos de Araneísmo, com predomínio do sexo feminino (55,0%), indivíduos entre 31 e 40 anos (20,3%), autodeclarados pardos (77,6%), residentes na zona urbana (88,7%) e provenientes do município de Araguaína (88,2%). O gênero Loxosceles foi responsável pela maior proporção dos acidentes (33,5%), seguido por Phoneutria (11,5%) e Latrodectus (1,7%). Predominaram casos clínicos leves (68,3%), manifestações clínicas mais frequentes: dor local (99,6%), rubor (94,0%) e edema (76,6%). A análise espacial evidenciou concentração dos casos na Região Médio Norte Araguaia, especialmente no município de Araguaína. Conclui-se que o Araneísmo apresenta distribuição espacial heterogênea e perfil predominantemente urbano, reforçando a necessidade de fortalecer a vigilância epidemiológica, qualificar as ações de prevenção e promover estratégias intersetoriais fundamentadas na abordagem da Saúde Única, visando reduzir a incidência, a morbidade e os impactos desses acidentes sobre a população.

Palavras-chave: Araneísmo; Epidemiologia; Análise espacial

1 INTRODUÇÃO

Os acidentes com animais peçonhentos são um relevante problema de saúde pública no Brasil, decorrente da rica biodiversidade e do clima tropical favorável à manutenção de populações de serpentes, escorpiões e aranhas (Brasil, 2025). Nesse sentido, os acidentes com aranhas, denominados Araneísmo, representam a segunda maior causa de incidentes por animais peçonhentos sobretudo em regiões com grande interface entre ambientes naturais e áreas antrópicas, como ocorre na região Norte do país (Brasil, 2024).

De acordo com o Catálogo Mundial de Aranhas (2026), existem mais de 53.800 espécies de aranhas no mundo. No entanto, a nível de Brasil existem três gêneros de interesse médico:

DOI: 10.51161/iv-conasus/83723

Latrodectus 'viúva-negra', *Phoneutria* 'armadeira' e *Loxosceles* 'aranha-marrom' (Brasil, 2025).

Nesse contexto, a abordagem da Saúde Única torna-se fundamental para a compreensão dos acidentes com aranhas uma vez que integra a saúde humana, animal e ambiental em uma perspectiva sistêmica e interdependente, não apenas como um evento clínico isolado, mas como um fenômeno complexo, inserido em um sistema socioecológico que demanda estratégias integradas (Zinsstag et al., 2011).

Embora existam dados epidemiológicos nacionais sobre acidentes com animais peçonhentos, ainda são escassos estudos que abordem especificamente a realidade da região Norte do Tocantins. Tal lacuna limita a elaboração de estratégias eficazes de prevenção, educação em saúde e vigilância ambiental. Assim, este estudo justifica-se pela relevância científica, social e epidemiológica ao propor uma análise integrada dos acidentes com aranhas na perspectiva da Saúde Única. Tem por objetivo geral: Analisar perfil clínico, epidemiológico e espacial dos acidentes com aranhas atendidos no Hospital Universitário no Norte do Tocantins.

2 MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo epidemiológico retrospectivo, quantitativo realizado no Hospital Universitário no Norte do Tocantins no recorte temporal de 2015 a 2024. A coleta dos dados secundários foi realizada por meio de instrumento padronizado do tipo formulário nas Fichas de Notificações e Prontuários médicos de todos os casos de Araneísmo notificados no Hospital, após aprovação pelo Comite de ética em pesquisa (CAAE: 90455125.8.0000.8102).

Foram analisadas variáveis clínicas, epidemiológicas e espaciais. A análise dos dados foram tabulados no software Excel Microsoft, QGIS - geoespacial e Epi Info 7 para os testes estatísticos.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados apresentados são dados parciais da pesquisa em andamento. Foram atendidos total de (N = 585) casos de Araneísmo no período de janeiro de 2015 a dezembro de 2024 (fig. 1). Destes, (55,0%) acometeram pessoas do sexo feminino, na faixa etária de 31 a 40 anos (20,3%), autodeclaradas pardas (77,6%), residentes na zona urbana (88,7%), no município de Araguaína (88,2%). Os gêneros *Loxosceles* (aranha-marrom), *Phoneutria* (armadeira) e *Latrodectus* (viúva-negra) foram responsáveis por (33,5%; 11,5%; 1,7%) respectivamente.

Quanto à classificação 68,3% (leves), seguido de 23,8% (moderados) e 7,5% (graves). Sinais/sintomas mais frequentes: dor local (99,6%), seguido de rubor (94,0%) e edema local (76,6%).

Figura 1- Série histórica dos acidentes com aranhas atendidos no Hospital Universitário

De acordo com a Secretaria da Saúde do Paraná (2026), o Loxoscelismo é o principal tipo de Araneísmo com complicações sistêmicas e graves na região sul. Acometem principalmente indivíduos adultos, com predomínio em mulheres, dentro dos domicílios e que residem em periferias urbanas, configurando sério problema de saúde pública.

Com respaldos nos estudos prévios conduzidos por Martins et al. (2025), demonstram que tais acidentes apresentam maior sazonalidade nos meses de abril a junho na Amazônia e o Tocantins apresentou maior taxa de Araneísmo no período analisado.

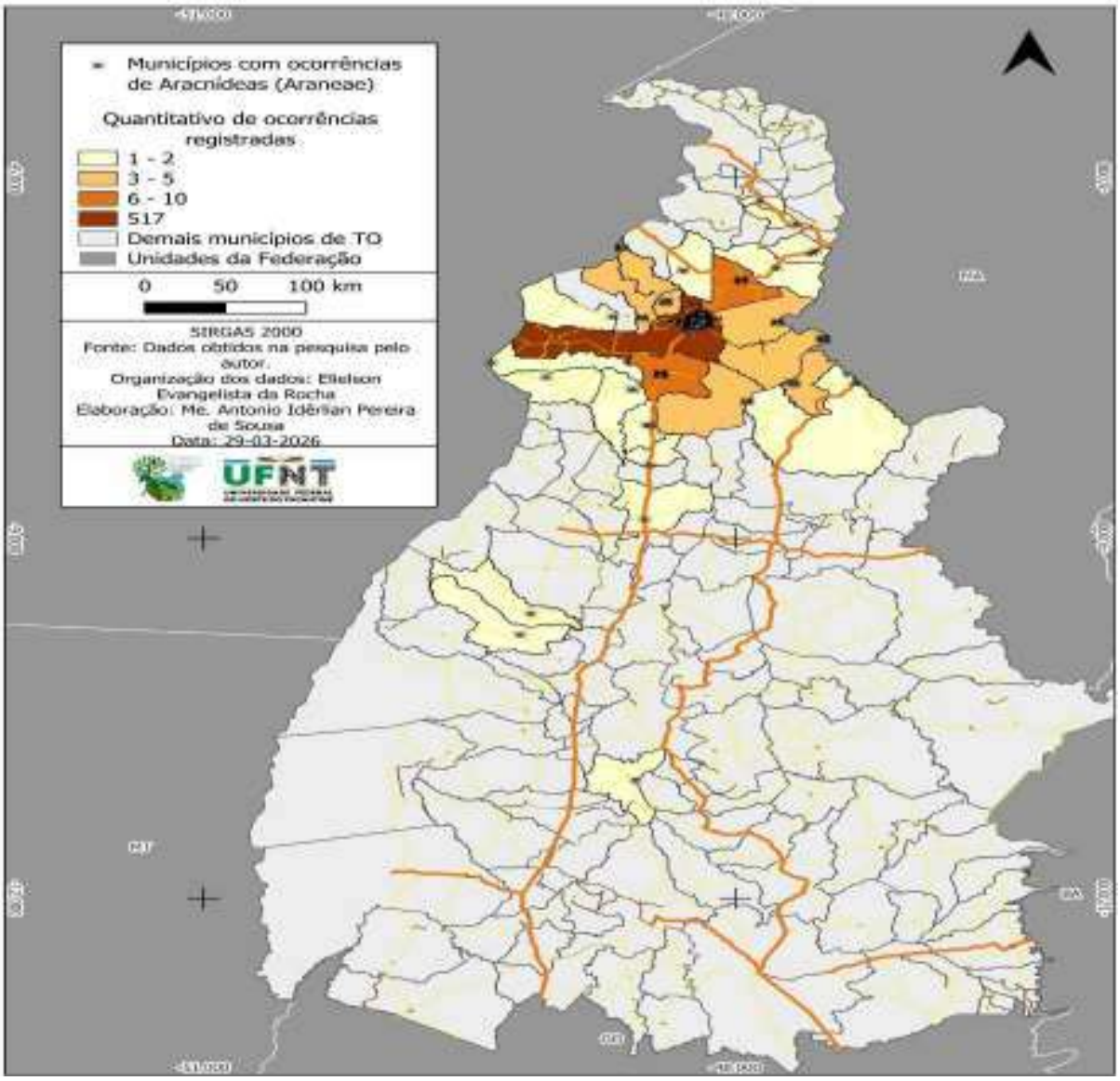


Figura 2 – Municípios com ocorrência de Araneísmo no Tocantins, atendidos no Hospital Universitário em Araguaína -TO.

O aspecto mais expressivo da distribuição espacial (fig. 2), corresponde ao grupo de municípios classificados na faixa de 11 a 517 ocorrências, que representa a categoria de maior magnitude epidemiológica. Outro aspecto relevante observado refere-se à proximidade entre os municípios com maior frequência de ocorrências e os principais eixos rodoviários estaduais e federais, especialmente na região de influência urbana de Araguaína. Essa associação espacial pode refletir simultaneamente maior densidade populacional, maior urbanização, intensificação das atividades econômicas, expansão periurbana e melhor capacidade diagnóstica e de notificação dos serviços de saúde.

4 CONCLUSÃO

Os resultados parciais deste estudo evidenciam que o Araneísmo no Norte do Tocantins configura-se como um agravo relevante à saúde pública, com padrão epidemiológico predominantemente urbano, acometendo majoritariamente adultos jovens, do sexo feminino, e associado a contextos domiciliares e periurbanos.

Sob a perspectiva da Saúde Única, o estudo reafirma que os acidentes com aranhas não devem ser interpretados como eventos isolados, mas como expressão de desequilíbrios na interface entre seres humanos, animais e ambiente, intensificados por processos de urbanização, modificações ambientais e ocupação desordenada do território.

Por fim, recomenda-se o fortalecimento da vigilância epidemiológica, a qualificação dos sistemas de notificação, bem como a implementação de ações intersetoriais que integrem saúde, meio ambiente e educação, com foco na redução da incidência e da morbidade associada ao Araneísmo.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Animais peçonhentos: Acidentes causados por aranhas são a segunda maior causa de envenenamento no Brasil**. 2024. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2024/setembro/acidentes-causados-por-aranhas-sao-a-segunda-maior-causa-de-envenenamento-no-brasil. Acesso em: 27 abr. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Morbimortalidade causada por animais peçonhentos no Brasil: 2010-2024**. Boletim Epidemiológico, Brasília, DF, número especial, 22 dez. 2025. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/especiais/2025/boletim-epidemiologico-de-morbimortalidade-por-animais-peconhentos-no-brasil-2010-2024-numero-especial-dez-2025.pdf. Acesso em: 03 mar. 2026.

CATÁLOGO MUNDIAL DE ARANHAS 2026. **Catálogo Mundial de Aranhas. Versão 27**. Museu de História Natural de Berna. Disponível online em: http://wsc.nmbe.ch. Acesso em: 27 abr. 2026. DOI: https://doi.org/10.24436/2.

MARTINS, J. G.; PARDAL, P. P. O.; BRESCOVIT, A. D.; PROCÓPIO, R. E. L. An overview of spider accidents in the Brazilian Amazon. **Journal of Venomous Animals and Toxins Including Tropical Diseases**, v. 31, e20240057, 2025. DOI: https://doi.org/10.1590/1678-9199-JVATITD-2024-0057. Acesso em: 03 mar. 2026.

PARANÁ (ESTADO). **Acidentes por Aranhas**. 2026. Disponível em: https://www.saude.pr.gov.br/Pagina/Acidentes-por-Aranhas. Acesso em: 03 mar. 2026.

ZINSSTAG, JAKOB et al. De “uma medicina” a “uma saúde” e abordagens sistêmicas para saúde e bem-estar**. Medicina veterinária preventiva**, v. 101, n. 3-4, p. 148-156, 2011. Disponível em: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0167587710002023. Acesso em: 03 mar. 2026.

A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À POPULAÇÃO TRANS NA ATENÇÃO BÁSICA: DESAFIOS E ESTRATÉGIAS DO CUIDADO

MARIA DAS GRAÇAS SILVA DO NASCIMENTO

RESUMO

A assistência de enfermagem à população trans na Atenção Básica representa um campo essencial para a promoção da equidade em saúde, considerando as barreiras históricas de acesso, o estigma social e a vulnerabilidade enfrentada por essa população nos serviços de saúde. Nesse contexto, a atuação do enfermeiro é fundamental para garantir um cuidado integral, humanizado e livre de discriminação, alinhado aos princípios do Sistema Único de Saúde. O presente estudo tem como objetivo analisar os desafios e as estratégias da assistência de enfermagem à população trans na Atenção Básica, destacando práticas de cuidado que contribuam para a qualificação do atendimento e para a redução das iniquidades em saúde. Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, de caráter descritivo e exploratório, realizada por meio de revisão bibliográfica em bases científicas e documentos oficiais relacionados à saúde da população LGBTQIA+ e às políticas públicas de atenção integral. Os resultados evidenciam que ainda existem importantes desafios no acolhimento da população trans, como a persistência do preconceito institucional, a falta de capacitação profissional, o uso inadequado do nome social e a fragilidade na articulação da rede de atenção à saúde. Em contrapartida, foram identificadas estratégias fundamentais para qualificar o cuidado, como a educação permanente em saúde, a implementação de protocolos inclusivos, o fortalecimento do vínculo entre profissionais e usuários e a promoção de ambientes acolhedores e respeitosos. Observa-se que a enfermagem desempenha papel central na construção de práticas assistenciais mais inclusivas, sendo responsável pela escuta qualificada, pelo acolhimento humanizado e pela defesa dos direitos dos usuários. Conclui-se que a assistência de enfermagem à população trans na Atenção Básica ainda enfrenta desafios estruturais e culturais, porém apresenta potencial significativo de transformação quando pautada em formação adequada, sensibilização profissional e compromisso ético com a equidade no cuidado.

Palavras-chave: Atenção primária à saúde; identidade de gênero; cuidado de enfermagem.

1 INTRODUÇÃO

A atenção à saúde da população trans na Atenção Básica constitui um desafio relevante para os serviços de saúde, especialmente diante das desigualdades históricas, da discriminação estrutural e das barreiras de acesso ainda presentes no Sistema Único de Saúde. A enfermagem, por sua proximidade com o cuidado direto e contínuo, desempenha papel central na promoção de práticas assistenciais inclusivas, capazes de garantir acolhimento, escuta qualificada e respeito à identidade de gênero dos usuários.

A literatura aponta que a qualificação do cuidado depende diretamente da formação dos profissionais e da incorporação de princípios de equidade e humanização no processo de trabalho. Para Meyer (2010), as práticas em saúde precisam considerar os marcadores sociais que influenciam a vulnerabilidade dos sujeitos, incluindo gênero e sexualidade, de modo a

DOI: 10.51161/iv-conasus/83812

evitar a reprodução de desigualdades institucionais. Nesse contexto, a enfermagem assume responsabilidade ética na construção de um cuidado livre de preconceitos.

A Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais reforça a necessidade de reorganização dos serviços de saúde para atender às demandas específicas dessa população, promovendo acesso universal e integralidade da atenção (Brasil, 2013). Entretanto, estudos indicam que ainda existem fragilidades na implementação dessas diretrizes, especialmente na Atenção Básica, onde persistem práticas discriminatórias e desconhecimento sobre o uso do nome social e sobre as necessidades em saúde da população trans.

Autores como Bento (2017) destacam que a invisibilidade das identidades trans nos serviços de saúde contribui para o afastamento dessa população do cuidado formal, intensificando situações de vulnerabilidade. Já Jesus (2012) enfatiza a importância do reconhecimento da diversidade de gênero como elemento fundamental para a construção de práticas inclusivas no campo da saúde.

Outros estudos reforçam que a formação em enfermagem ainda apresenta lacunas no que se refere às discussões sobre gênero e sexualidade, o que impacta diretamente na qualidade da assistência prestada (Ferreira; Nascimento; Araújo, 2020). Para Costa et al. (2021), a educação permanente em saúde é uma estratégia essencial para transformar práticas profissionais e reduzir barreiras no atendimento à população trans.

Diante desse cenário, este estudo tem como objetivo analisar os desafios e as estratégias da assistência de enfermagem à população trans na Atenção Básica, evidenciando práticas que favoreçam um cuidado humanizado, ético e inclusivo.

2 MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, de natureza básica, com objetivo descritivo e exploratório, desenvolvido por meio de revisão bibliográfica. Essa escolha metodológica se justifica pela necessidade de compreender, a partir da literatura científica, os desafios e as estratégias relacionadas à assistência de enfermagem à população trans na Atenção Básica.

O estudo não possui local físico de realização, uma vez que se trata de pesquisa bibliográfica. A produção do material ocorreu a partir da seleção e análise de publicações científicas disponíveis em bases de dados nacionais e internacionais, como Scientific Electronic Library Online (SciELO), Google Acadêmico, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e documentos oficiais do Ministério da Saúde.

A amostra foi composta por artigos científicos, livros, dissertações, teses e protocolos institucionais relacionados à temática da saúde da população trans e à atuação da enfermagem na Atenção Básica. Foram incluídos estudos publicados preferencialmente entre 2012 e 2026, em língua portuguesa e inglesa, com disponibilidade de texto completo e relevância direta para o objeto de estudo. Foram excluídas publicações duplicadas, textos sem rigor científico, editoriais e materiais que não abordavam diretamente a assistência de enfermagem à população trans.

Os instrumentos utilizados para a coleta de dados consistiram em fichamentos e quadros de organização das informações, elaborados a partir da leitura analítica dos materiais selecionados. Foram utilizados descritores como “população trans”, “enfermagem”, “atenção básica”, “saúde LGBTQIA+” e “humanização do cuidado”, combinados por meio de operadores booleanos para refinamento da busca.

A análise dos dados foi realizada por meio da técnica de análise de conteúdo temática, que permitiu a categorização das informações em eixos centrais, tais como: barreiras no acesso ao cuidado, práticas de acolhimento, capacitação profissional e estratégias de humanização. Esse processo possibilitou a interpretação crítica dos achados, com base na literatura científica,

visando identificar convergências, lacunas e tendências relacionadas à atuação da enfermagem no cuidado à população trans na Atenção Básica.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise da literatura evidenciou que a assistência de enfermagem à população trans na Atenção Básica ainda enfrenta desafios significativos relacionados ao acesso, acolhimento e continuidade do cuidado. Entre os principais achados, destacam-se a persistência de barreiras institucionais, a insuficiência de capacitação profissional e a fragilidade na implementação de políticas públicas voltadas à equidade em saúde. Esses fatores contribuem para a manutenção de situações de vulnerabilidade e afastamento dos serviços de saúde.

Autores como Bento (2017) ressaltam que a invisibilidade das identidades trans nos serviços de saúde reforça processos de exclusão e dificulta a construção de vínculos entre usuários e profissionais. De modo semelhante, Jesus (2012) destaca que o reconhecimento da identidade de gênero e o uso do nome social são elementos fundamentais para a garantia de um cuidado humanizado e respeitoso.

No âmbito da prática de enfermagem, observou-se que a qualificação profissional é um fator determinante para a melhoria da assistência prestada. Estudos indicam que muitos profissionais ainda apresentam dificuldades no manejo de situações relacionadas à diversidade de gênero, o que impacta diretamente na qualidade do atendimento (Ferreira; Nascimento; Araújo, 2020). Nesse sentido, a educação permanente em saúde se apresenta como estratégia essencial para transformar práticas e reduzir preconceitos institucionalizados.

A Política Nacional de Saúde Integral de LGBT reforça a importância da organização dos serviços de saúde para atender às demandas específicas dessa população, promovendo equidade e integralidade do cuidado (Brasil, 2013). No entanto, sua implementação ainda ocorre de forma desigual nos diferentes territórios, especialmente na Atenção Básica, onde o contato inicial com o sistema de saúde deveria garantir acolhimento qualificado.

Como síntese dos achados, apresenta-se a seguir uma sistematização dos principais desafios e estratégias identificados na literatura:

Tabela 1 – Desafios e estratégias na assistência de enfermagem à população trans na Atenção Básica

Aspectos analisados	Desafios identificados	Estratégias propostas
Acolhimento	Preconceito institucional e falta de preparo profissional	Escuta qualificada e humanização do atendimento
Formação profissional	Lacunas na graduação e desconhecimento sobre diversidade de gênero	Educação permanente em saúde
Organização dos serviços	Fragilidade na aplicação de políticas públicas	Implementação de protocolos inclusivos
Vínculo com usuários	Ruptura de continuidade do cuidado	Fortalecimento do vínculo profissional-usuário

Os resultados indicam que, apesar dos avanços normativos e das políticas públicas existentes, ainda há um descompasso entre o que é previsto e o que é efetivamente praticado nos serviços de saúde. A enfermagem, nesse contexto, assume papel estratégico na promoção

de um cuidado mais inclusivo, sendo responsável por ações de acolhimento, orientação e defesa dos direitos dos usuários.

Entre as principais limitações identificadas na literatura, destacam-se a escassez de estudos empíricos voltados especificamente à atuação da enfermagem com a população trans na Atenção Básica e a predominância de abordagens teóricas, o que limita a análise de práticas concretas nos serviços de saúde.

Como perspectiva, observa-se a necessidade de ampliação de pesquisas de campo, bem como o fortalecimento de programas de formação e capacitação profissional, com foco na redução de barreiras de acesso e na consolidação de um cuidado integral, ético e humanizado.

4 CONCLUSÃO

A análise realizada permitiu compreender os principais desafios enfrentados pela enfermagem no cuidado à população trans na Atenção Básica. O estudo evidenciou que ainda existem barreiras estruturais, institucionais e formativas que dificultam o acesso equitativo aos serviços de saúde.

Observou-se que o preconceito institucional, a falta de capacitação profissional e a fragilidade na implementação de políticas públicas impactam diretamente a qualidade da assistência. Essas condições comprometem o acolhimento, a continuidade do cuidado e a construção de vínculos entre profissionais e usuários.

Por outro lado, foram identificadas estratégias fundamentais para a qualificação da assistência, como a educação permanente em saúde, a adoção de práticas humanizadas, o uso do nome social e a implementação de protocolos inclusivos. Tais ações fortalecem a atuação da enfermagem na promoção de um cuidado mais ético e respeitoso.

A pesquisa atingiu o objetivo proposto ao analisar os desafios e as estratégias da assistência de enfermagem à população trans na Atenção Básica, destacando a importância da formação profissional e da reorganização dos serviços de saúde para garantir equidade.

Como limitação, destaca-se o fato de se tratar de um estudo exclusivamente bibliográfico, o que restringe a análise à produção científica existente, sem observação direta da realidade dos serviços de saúde.

Como perspectiva futura, recomenda-se a realização de estudos de campo com profissionais de enfermagem e usuários trans, a fim de aprofundar a compreensão das práticas assistenciais e contribuir para o desenvolvimento de políticas públicas mais efetivas e inclusivas.

REFERÊNCIAS

BENTO, Berenice. **O que é transexualidade**. São Paulo: Brasiliense, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

FERREIRA, G. C.; NASCIMENTO, M. A.; ARAÚJO, R. S. Formação em enfermagem e diversidade de gênero: desafios para a prática assistencial. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 73, n. 4, p. 1-8, 2020.

JESUS, J. G. **Orientações sobre identidade de gênero: conceitos e termos**. Brasília: Autor, 2012.

MEYER, D. E. E. **Gênero e educação em saúde: perspectivas críticas**. Porto Alegre: UFRGS, 2010.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Saúde e direitos da população LGBTI+ nas Américas**. Washington, D.C.: OPAS, 2015.

RIOS, L. F.; GOMES, S. M. Saúde da população trans e desafios para o SUS: revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 10, p. 1-10, 2021.

SILVA, R. M.; ALMEIDA, T. C.; PEREIRA, J. F. Assistência de enfermagem à população trans na Atenção Primária à Saúde: revisão de literatura. **Revista de Enfermagem UFPE**, Recife, v. 15, n. 2, p. 1-9, 2021.

DOI: 10.51161/iv-conasus/83812

A POLÍTICA DE EDUCAÇÃO PARA SUS E O PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA (PSE): AVALIAÇÃO DA IMPLEMENTAÇÃO NO MUNICÍPIO DE UBERLÂNDIA-MG E ANÁLISE DA ADESÃO AO PROGRAMA DO GOVERNO FEDERAL

ELISA INÊS ROCHA MOTA, JANAÍNA VALERIA TEXEIRA, LUIZ CARLOS PINHEIRO

RESUMO

O Programa Saúde na Escola (PSE), instituído pelo Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007, constitui-se como estratégia central da política de educação para o Sistema Único de Saúde (SUS), visando à integração intersetorial entre as áreas de saúde e educação para a promoção da saúde e formação integral dos estudantes da rede pública. O presente estudo objetivou avaliar a implementação do PSE no município de Uberlândia-MG e analisar a adesão ao programa do governo federal, identificando potencialidades, limitações e desafios da política no contexto municipal. Trata-se de um estudo de avaliação de programa com abordagem qualiquantitativa, fundamentado em análise documental dos instrumentos normativos, dados do Sistema de Monitoramento do Ministério da Educação (SIMEC) e revisão bibliográfica sobre o tema. Os resultados indicam que Uberlândia consolidou-se como referência nacional na implementação do PSE a partir de 2022, com estruturação de equipe multiprofissional composta por agentes de saúde escolar, psicólogas, supervisor e coordenador, desenvolvendo ações em 14 eixos temáticos prioritários. O município aderiu ao programa mediante Termo de Compromisso intersetorial entre as Secretarias Municipais de Saúde e Educação, pactuando metas de cobertura para avaliação clínica e psicossocial e promoção da saúde. Contudo, desafios persistem relacionados à sustentabilidade do financiamento federal, à formação permanente dos profissionais, à integração efetiva entre as equipes de Saúde da Família e as escolas, e ao monitoramento e avaliação dos resultados no território. A análise da adesão ao PSE revela que o programa constitui avanço significativo na política de educação em saúde para o SUS, embora demande fortalecimento da intersetorialidade, ampliação do controle social e revisão dos indicadores de desempenho para garantir efetividade e equidade.

Palavras-chave: Educação em saúde; Intersetorialidade; Políticas públicas.

1 INTRODUÇÃO

A articulação entre as políticas de saúde e educação no Brasil constitui um dos eixos fundamentais para a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) e para a efetivação do direito à saúde e à educação como direitos humanos fundamentais. Nesse contexto, o Programa Saúde na Escola (PSE), instituído pelo Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007, emerge como estratégia intersetorial de integração entre os Ministérios da Saúde e da Educação, com finalidade de contribuir para a formação integral dos estudantes da rede pública de educação básica por meio de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde (Brasil, 2007).

O Decreto nº 6.286/2007 estabelece como diretrizes do PSE a descentralização, a integração e articulação das redes públicas de ensino e de saúde, a territorialidade, a interdisciplinaridade e intersetorialidade, a integralidade, o cuidado ao longo do tempo, o controle social e o

DOI: 10.51161/iv-conasus/83854

monitoramento e avaliação permanentes. O programa constitui estratégia para a integração e articulação permanente entre as políticas e ações de educação e de saúde, com a participação da comunidade escolar e envolvendo as equipes de Saúde da Família e da educação básica (Brasil, 2007).

A política de educação para o SUS, materializada no PSE, insere-se no campo mais amplo das políticas de prevenção e promoção da saúde, conforme eixo temático do IV Congresso Nacional Sobre o SUS: Desafios e Perspectivas. A educação em saúde, compreendida como processo de construção de conhecimentos, habilidades e atitudes voltadas à adoção de estilos de vida saudáveis, constitui ferramenta essencial para o empoderamento dos cidadãos e para o fortalecimento da participação social no SUS (Ribeiro e Silva, 2024). Nesse sentido, Higashijima e Slomp Junior (2025) ressaltam que a Educação Permanente em Saúde (EPS) constitui resgate e resistência em favor de um SUS potente e em defesa da vida, articulando princípios legais do sistema ao cotidiano dos serviços e da gestão.

A educação popular em saúde, por sua vez, apresenta desafios atuais no contexto do SUS brasileiro. Cruz, Brito e Santana (2024) problematizam as dificuldades para a efetivação da Educação Popular em Saúde (EPS) no SUS, destacando a necessidade de reconstrução crítica das práticas emancipadoras no sistema. Silva, Cruz e Danielski (2024) complementam essa análise ao apontar para as possibilidades de construção de práticas mais democráticas no SUS, fundamentadas nos princípios da educação popular em saúde. Esses referenciais teóricos são fundamentais para compreender o PSE não apenas como programa de atenção à saúde escolar, mas como estratégia de educação permanente e popular em saúde.

O município de Uberlândia, localizado no Triângulo Mineiro, apresenta características que o tornam caso emblemático para análise da implementação do PSE. Com população estimada superior a 700 mil habitantes, o município possui rede de educação pública extensa e rede de atenção primária à saúde organizada por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF), o que configura potencialidade para a efetivação das diretrizes do programa. A cidade foi reconhecida como referência nacional na implementação do PSE em 2022, conforme informações disponibilizadas pela Prefeitura Municipal de Uberlândia (2025).

Diante do exposto, o presente estudo tem como objetivo geral avaliar a implementação do Programa Saúde na Escola no município de Uberlândia-MG e analisar a adesão ao programa do governo federal, identificando as potencialidades, limitações e desafios da política no contexto municipal. Como objetivos específicos, busca-se: (i) descrever o processo de adesão de Uberlândia ao PSE e a pactuação das metas no Termo de Compromisso; (ii) analisar a estruturação das ações do programa no município; (iii) discutir os resultados e impactos observados; e (iv) propor recomendações para o fortalecimento da política.

2 MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo de avaliação de programa com abordagem qualiquantitativa, do tipo descritivo-analítico. A avaliação de programas constitui campo específico da pesquisa em saúde pública que busca sistematizar informações sobre a implementação, os resultados e os impactos de intervenções, subsidiando a tomada de decisão e o aprimoramento das políticas (Buss, 2000).

Foram utilizadas as seguintes fontes de dados: (i) documentos normativos do PSE, incluindo o Decreto nº 6.286/2007, a Portaria Interministerial nº 1.055/2017 e o manual de adesão ao programa; (ii) dados do Sistema de Monitoramento do Ministério da Educação (SIMEC) referentes à adesão e ao cumprimento de metas do município de Uberlândia; (iii) informações disponibilizadas no portal oficial da Prefeitura Municipal de Uberlândia sobre o Programa Saúde Escolar; (iv) produção científica sobre o PSE em Minas Gerais e no Brasil, acessada nas bases de dados Scielo, Lilacs e Google Acadêmico; e (v) dados oficiais do Ministério da Saúde sobre a cobertura do programa no estado de Minas Gerais.

DOI: 10.51161/iv-conasus/83854

A análise documental seguiu a técnica de análise de conteúdo categorial, que permite a organização de informações em categorias temáticas previamente definidas ou emergentes do material (Bardin, 2016). As categorias de análise foram: (a) processo de adesão e pactuação intersetorial; (b) estruturação das ações do PSE; (c) monitoramento e avaliação; e (d) resultados e impactos. A análise dos dados foi realizada de forma descritiva, com interpretação à luz dos referenciais teóricos sobre políticas públicas, intersetorialidade e educação em saúde.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 Adesão de Uberlândia ao PSE e pactuação intersetorial

A adesão ao Programa Saúde na Escola constitui processo de pactuação de compromissos firmados entre os gestores municipais das áreas de Saúde e Educação, mediante assinatura do Termo de Compromisso no SIMEC (Brasil, 2017). O município de Uberlândia aderiu ao programa seguindo o fluxo estabelecido pelo Ministério da Saúde, que compreende a constituição do Grupo de Trabalho Intersetorial Municipal (GTI-M), o mapeamento do território escolar e das equipes de Saúde da Família, a definição das escolas prioritárias e a pactuação das metas de cobertura para os Componentes I (Avaliação Clínica e Psicossocial) e II (Promoção e Prevenção à Saúde).

O Termo de Compromisso estabelece parâmetros essenciais de cobertura: no mínimo 500 escolares por equipe de Saúde da Família para avaliação clínica e psicossocial, e 1.000 escolares para ações de promoção e prevenção à saúde (Brasil, 2011). O repasse financeiro federal é condicionado ao cumprimento das metas pactuadas: 70% do valor total é transferido após a assinatura do Termo, e os 30% restantes são pagos após o cumprimento de 70% das metas municipais, conforme monitoramento pelo SIMEC. O ciclo de adesão é bienal, o que exige revisão e renegociação das metas a cada dois anos.

No estado de Minas Gerais, a Secretaria de Estado de Saúde (SES-MG) coordena o processo de adesão, com expectativa de alcançar 100% de adesão dos 853 municípios mineiros. O ciclo 2025/2026 prevê incentivo financeiro adicional para estimular a inclusão de estudantes em situação de vulnerabilidade, como creches, escolas rurais, indígenas, quilombolas e escolas com mais de 50% de estudantes beneficiários do Programa Bolsa Família (Agência Minas, 2025). A priorização dessas escolas reflete o compromisso do programa com a equidade e a redução das iniquidades em saúde.

3.2 Estruturação das ações do PSE em Uberlândia

O Programa Saúde Escolar de Uberlândia atua nas escolas municipais e estaduais com ações preventivas e educativas, realizando identificação de sinais que demandam avaliação e acompanhamento por profissionais da atenção primária. O programa conta com equipe multiprofissional composta por agentes de saúde escolar (ASE), servidor administrativo, psicólogas, supervisor e coordenador (Prefeitura de Uberlândia, 2025).

As ações são desenvolvidas em 14 eixos temáticos previamente estabelecidos pelo Ministério da Saúde, adaptados às necessidades locais: (1) Saúde ambiental; (2) Saúde ocular; (3) Saúde auditiva; (4) Atualização vacinal; (5) Saúde bucal; (6) Saúde sexual e reprodutiva; (7) Prevenção das violências e dos acidentes; (8) Promoção da Cultura da Paz e direitos humanos; (9) Promoção da atividade física; (10) Prevenção ao uso de álcool, tabaco e outras drogas; (11) Alimentação saudável e prevenção da obesidade; (12) Prevenção de doenças negligenciadas; (13) Prevenção à Covid-19; e (14) Saúde mental (Prefeitura de Uberlândia, 2025).

A avaliação antropométrica constitui uma das ações mais desenvolvidas, com identificação de baixo peso, magreza e obesidade, seguida de encaminhamento para acompanhamento nutricional. A triagem de saúde ocular é realizada por meio de testes de acuidade visual com tabela de Snellen, com encaminhamento para consulta nas Unidades de Saúde de referência. As

ações de saúde bucal incluem orientações sobre higiene e estimulação à escovação, em parceria com a equipe de Saúde Bucal da atenção primária. A saúde mental é abordada por psicólogas do programa conforme demanda escolar, com atividades de reflexão e sensibilização (Prefeitura de Uberlândia, 2025).

3.3 Resultados e impactos observados

A implementação do PSE em Uberlândia tem demonstrado resultados positivos na vida dos escolares, conforme sinalizado por familiares e profissionais envolvidos. Mudanças de comportamento, como adoção de hábitos higiênicos mais adequados e disseminação de conhecimentos no núcleo familiar, reforçam a importância da promoção da saúde no ambiente escolar para o desenvolvimento de sujeitos críticos e reflexivos (Silva et al., 2025).

Contudo, pesquisas realizadas em municípios de Minas Gerais apontam desafios recorrentes na implementação do PSE. Estudo de caso em município mineiro identificou que, embora os envolvidos reconheçam o objetivo do programa e o conceito de intersetorialidade, há necessidade de envolver de forma equivalente todos os sujeitos no planejamento, desenvolvimento, avaliação e monitoramento; propiciar capacitações contínuas; melhorar a comunicação entre os setores; e estimular a participação da comunidade (Silva et al., 2025).

A avaliação da implementação do PSE pelo Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) demonstrou que poucas equipes de atenção básica executam todas as ações de avaliação das condições de saúde estipuladas pelo programa, sendo mais comum o desenvolvimento de até quatro ações clínicas das sete previstas (Wachs et al., 2022). Esse cenário indica a necessidade de fortalecimento da integralidade das ações e da vinculação efetiva entre as equipes de Saúde da Família e as escolas.

3.4 Desafios e limitações da implementação

A análise da implementação do PSE em Uberlândia e em outros municípios de Minas Gerais permite identificar desafios estruturais que permeiam a política. O primeiro deles refere-se à sustentabilidade do financiamento federal. O repasse de recursos está condicionado ao cumprimento de metas previamente pactuadas, o que pode gerar tensões entre o planejamento local e as exigências do programa, especialmente em contextos de restrições orçamentárias municipais.

O segundo desafio diz respeito à formação permanente dos profissionais. A intersetorialidade exige competências específicas que não são contempladas na formação inicial de médicos, enfermeiros, dentistas, psicólogos e educadores. A educação permanente em saúde, prevista como diretriz do PSE, ainda é incipiente na maioria dos municípios, o que compromete a qualidade das ações e a integração entre os setores (Girard e Hora, 2021). Iglesias, Garcia e Pralon (2023) reforçam essa constatação ao evidenciar que as concepções de Educação Permanente em Saúde no SUS oscilam entre a equiparação à Educação Continuada (EC) voltada à atualização técnica e a compreensão mais ampla de transformação das práticas, o que demanda revisão das estratégias formativas.

O terceiro desafio relaciona-se ao monitoramento e avaliação. O SIMEC constitui instrumento importante para o acompanhamento das metas, mas a avaliação dos resultados em saúde dos escolares demanda indicadores mais robustos, que vão além do registro de atividades executadas. A mensuração de impactos, como redução de agravos, melhoria de indicadores nutricionais e aumento da cobertura vacinal, requer sistemas de informação integrados entre saúde e educação, ainda pouco desenvolvidos no país.

Por fim, a participação social e o controle social, previstos como diretrizes do PSE, ainda são fragilizados. A composição dos GTIs com representantes da comunidade escolar é facultativa, o que limita o engajamento de pais, estudantes e movimentos sociais na definição de prioridades e na avaliação dos resultados do programa. Cruz, Brito e Santana (2024) alertam para a

necessidade de fortalecimento da Educação Popular em Saúde como estratégia de empoderamento dos sujeitos e de consolidação do controle social no SUS.

4 CONCLUSÃO

O Programa Saúde na Escola, instituído pelo Decreto nº 6.286/2007, representa avanço significativo na política de educação para o SUS, ao estabelecer estratégia de integração intersetorial entre saúde e educação para a promoção da saúde e formação integral dos estudantes. A análise da implementação em Uberlândia-MG revela que o município consolidou-se como referência nacional, com estruturação de equipe multiprofissional e desenvolvimento de ações em 14 eixos temáticos prioritários.

A adesão ao programa do governo federal ocorre mediante Termo de Compromisso intersetorial, com pactuação de metas de cobertura e repasse financeiro condicionado ao cumprimento de indicadores. Esse modelo de gestão compartilhada potencializa a responsabilização dos gestores, mas também impõe desafios relacionados à sustentabilidade do financiamento, à formação permanente e à integração efetiva entre as redes.

Os resultados indicam que o PSE em Uberlândia tem produzido impactos positivos na adoção de comportamentos saudáveis pelos escolares, embora persistam limitações no monitoramento de resultados e na participação social. Recomenda-se: (i) fortalecimento da formação permanente interprofissional, conforme preconizado por Higashijima e Slomp Junior (2025); (ii) ampliação da participação da comunidade escolar nos GTIs, em diálogo com os princípios da educação popular em saúde (Cruz et al., 2024); (iii) desenvolvimento de indicadores de impacto em saúde; (iv) garantia de financiamento estável e previsível; e (v) produção de pesquisas locais que subsidiem o aprimoramento das ações. A política de educação para o SUS, materializada no PSE, demanda continuidade e fortalecimento para consolidar-se como estratégia efetiva de promoção da saúde e redução de iniquidades.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA MINAS. Municípios mineiros já podem aderir ao ciclo 2025/2026 do Programa Saúde na Escola. Belo Horizonte: Governo de Minas, 16 jan. 2025. Disponível em: https://www.agenciaminas.mg.gov.br/. Acesso em: 19 jun. 2026.

BARDIN, L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70, 2016.

BRASIL. Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola – PSE, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 6 dez. 2007. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6286.htm. Acesso em: 19 jun. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde na escola. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 96 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde; Cadernos de Atenção Básica, n. 24).

BRASIL. Ministério da Saúde; Ministério da Educação. Passo a passo PSE: Programa Saúde na Escola – Tecendo caminhos da intersetorialidade. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Portaria Interministerial nº 1.055, de 25 de abril de 2017. Redefine as regras e os critérios para adesão ao Programa Saúde na Escola por estados, Distrito Federal e municípios e

dispõe sobre o respectivo incentivo financeiro para custeio de ações. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 26 abr. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 7.568, de 15 de julho de 2025. Habilita os municípios que aderiram ao Programa Saúde na Escola (PSE) a receberem recursos financeiros destinados ao ciclo 2025/2026. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 15 jul. 2025.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 7-22, 2000. https://doi.org/10.1590/S1413-81232000000100002.

CRUZ, P. J. S. C.; BRITO, P. N. A.; SANTANA, E. L. P. et al. Educação popular no SUS: desafios atuais no olhar do Observatório de Educação Popular em Saúde e Realidade Brasileira. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 29, n. 6, e17132023, 2024. https://doi.org/10.1590/1413-81232024296.17132023.

DIVULGA SAÚDE. Municípios habilitados para receber recursos do Programa Saúde na Escola no ciclo 2025/2026. Brasília, 15 jul. 2025. Disponível em: https://www.divulgasaude.com.br/. Acesso em: 19 jun. 2026.

GIRARD, C. C. P.; HORA, D. L. Programa de Saúde na Escola: contexto histórico. In: SEMINÁRIOS REGIONAIS ANPAE, 9., 2021, Belém. Anais [...]. Belém: ANPAE, 2021. Disponível em: https://www.seminariosregionaisanpae.net.br/. Acesso em: 19 jun. 2026.

HIGASHIJIMA, M. N. S.; SLOMP JUNIOR, H. Princípios e características da Educação Permanente em Saúde: resgate e resistência em favor de um SUS potente e em defesa da vida. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 30, suppl. 1, e05902023, 2025. https://doi.org/10.1590/1413-8123202530suppl1.05902023.

IGLESIAS, A.; GARCIA, D. C.; PRALON, J. A. et al. Educação permanente no Sistema Único de Saúde: concepções de profissionais da gestão e dos serviços. Psicologia: Ciência e Profissão, Brasília, DF, v. 43, e230431, 2023. https://doi.org/10.1590/1982-3703003230431.

OLIVEIRA, M. T. B.; MARTINS, J. L.; NETO, L. S. S. et al. Usos de tecnologias digitais na educação permanente em saúde dos profissionais do SUS: revisão integrativa. Humanidades & Inovação, Palmas, v. 10, n. 2, e1950, 2023. https://doi.org/10.34109/huin.v10i2.1950.

PEREIRA, P. L. G. et al. A implementação do programa saúde na escola em três municípios de Minas Gerais, Brasil. Revista Eletrônica do Mestrado em Educação Ambiental, São João del-Rei, v. 13, n. 2, p. 156-175, 2020. https://doi.org/10.14295/remea.v13i2.3566.

PREFEITURA MUNICIPAL DE UBERLÂNDIA. Saúde Escolar. Uberlândia, 2025. Disponível em: https://www.uberlandia.mg.gov.br/prefeitura/secretarias/saude/saude-escolar/. Acesso em: 19 jun. 2026.

RIBEIRO, M. A.; SILVA, N. F. da. Educação em Saúde no Sistema Único de Saúde (SUS). Brazilian Journal of Integrated Health, v. 18, n. 1, e2415, 2024. https://doi.org/10.34109/bjih.v18i1.2415.

SANTOS, E. A. P.; ZAMBENEDETTI, G. O PlanificaSUS enquanto estratégia de Educação Permanente em Saúde (EPS) para o Sistema Único de Saúde (SUS). Ciência & Saúde Coletiva,

Rio de Janeiro, v. 30, suppl. 1, e08762023, 2025. https://doi.org/10.1590/1413-8123202530suppl1.08762023.

SILVA, J. C.; CRUZ, P. J. S. C.; DANIELSKI, K. et al. Educação popular em saúde: princípios, desafios e perspectivas na reconstrução crítica do país. Interface Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu, v. 28, e230550, 2024. https://doi.org/10.1590/Interface.230550.

SILVA, L. T. et al. Intersetorialidade no Programa Saúde na Escola: estudo de caso de um município de Minas Gerais, Brasil. Interface Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu, v. 29, e230431, 2025. https://doi.org/10.1590/Interface.230431.

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, Rio de Janeiro, v. 38, n. 6, e00231021, 2022. https://doi.org/10.1590/0102-311XPT231021.

O EXERCÍCIO DO CONTROLE SOCIAL DO SUS COMO INSTRUMENTO PEDAGÓGICO PARA ESTUDANTES DE MEDICINA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

LAÍS MELLO MONTAGNA; MARIA JÚLIA SARLO; CLÁUDIA DU BOCAGE SANTOS PINTO

Introdução: O controle social é uma das diretrizes do Sistema Únicos de Saúde (SUS), sendo de grande importância para sua gestão e avanços. Apesar disso, há a percepção de ser pouco compreendido por acadêmicos de medicina que, apesar da inserção prática na Atenção Primária à Saúde (APS), poucas vezes têm a vivência de instâncias deliberativas. Estima-se que a participação de estudantes em Conferências de Saúde seja um componente importante de aprendizado e exercício de cidadania. **Objetivo:** Relatar a experiência de participação de acadêmicos de medicina em uma Conferência de Saúde como recurso facilitador da compreensão da gestão social do SUS. **Relato de experiência:** A experiência foi desenvolvida no mês de junho de 2026 com a participação de três acadêmicas do primeiro semestre do curso de medicina da UFMS na Conferência de um dos Distritos de Saúde de Campo Grande, MS, uma etapa preparatória para a Conferência Municipal de Saúde. Nesse contexto, puderam observar explanações de gestores, trabalhadores e de usuários do SUS sobre as dificuldades vivenciadas com a gestão dos recursos da saúde, e o cotidiano profissional. Foram debatidas questões salariais, necessidade de ampliação do quadro de profissionais, e observada a eleição de delegados dos segmentos gestores, trabalhadores e usuários para a Conferência Municipal de Saúde. Destaca-se a oportunidade de participar ativamente levando propostas previamente elaboradas nas conferências locais de saúde realizadas nas unidades básicas de saúde (UBS) em que atuaram durante a parte prática do componente curricular da graduação. Em discussão posterior, evidenciou-se que tais vivências significaram o aprendizado teórico sobre o processo democrático da gestão social do SUS. Estudantes que não tiveram a oportunidade da mesma vivência em outras UBS perpetuaram dúvidas sobre as etapas de realização das conferências ou sua finalidade e importância. **Conclusão:** Conclui-se que a participação de acadêmicos de medicina em conferências de saúde proporciona e consolida o conhecimento acerca da gestão social do SUS. Estima-se que a incorporação dessa atividade como componente curricular da graduação seja importante para formação de futuros médicos engajados e envolvidos no aprimoramento e resolução dos desafios enfrentados pelo SUS.

Palavras-chave: **CONTROLE SOCIAL DO SUS; CONFERÊNCIAS DE SAÚDE; ENSINO DE ACADÊMICOS DE MEDICINA**

DOI: 10.51161/iv-conasus/83954

USO DE DERMOCOSMÉTICOS NACIONAIS E K-BEAUTY NO MANEJO DO ENVELHECIMENTO CUTÂNEO LEVE

LARISSA RIBEIRO FERNANDES MARTINS

Introdução: O envelhecimento cutâneo e doenças inflamatórias da pele, como a psoríase, podem comprometer a integridade cutânea, a autoestima e a qualidade de vida. Embora existam diferentes abordagens terapêuticas e estéticas para o manejo dessas condições, o alto custo de muitos tratamentos limita o acesso de parte da população. Nesse contexto, dermocosméticos nacionais e produtos da K-Beauty representam alternativas acessíveis para o cuidado da pele, contribuindo para a promoção da saúde, o bem-estar e a manutenção da barreira cutânea. **Objetivo:** Relatar a experiência de utilização de dermocosméticos nacionais e produtos K-Beauty no manejo do envelhecimento cutâneo leve e no cuidado complementar da pele de um participante com histórico de psoríase facial. **Relato de experiência:** A experiência foi desenvolvida durante 30 dias com dois participantes. O primeiro (mulher, 39 anos, pele oleosa e sensível) utilizou protocolo composto por dermocosméticos nacionais associados ao retinal K-Beauty para o manejo do envelhecimento cutâneo leve. O segundo (homem, 46 anos, com histórico de psoríase facial) realizou rotina de cuidados com limpeza da pele, niacinamida, creme calmante, reparador da barreira cutânea e fotoprotetor. A evolução foi acompanhada por registros fotográficos semanais e autorrelatos. Na participante 1, observou-se melhora da hidratação, uniformização da textura cutânea, redução do eritema e menor evidência dos poros. No participante 2, verificou-se redução das placas eritematodescamativas, da descamação e melhora da textura da pele ao longo do acompanhamento. Ambos relataram boa tolerabilidade aos produtos e percepção positiva quanto aos resultados obtidos. **Conclusão:** A experiência sugere que protocolos compostos por dermocosméticos nacionais e produtos K-Beauty podem representar alternativas acessíveis para o manejo do envelhecimento cutâneo leve e para o cuidado complementar da pele em indivíduos com histórico de psoríase facial, favorecendo a autoestima, o bem-estar e a qualidade de vida. Por se tratar de um relato de experiência com dois participantes, os resultados não podem ser generalizados, mas indicam potencial para futuras investigações sobre o uso desses produtos em diferentes condições dermatológicas.

Palavras-chave: **COSMÉTICOS; PSORÍSE; QUALIDADE DE VIDA**

DOI: 10.51161/iv-conasus/83980

FORMAÇÃO PARA A EQUIDADE: CRIAÇÃO DE UM GRUPO DE ESTUDO EM SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA A PARTIR DE UM PROGRAMA DE MENTORIA

MARIA CAROLINA DOS SANTOS; ISABELLA SILVA SANTANA; GABRIELLE SIMPLICIO MARTINELLI; ANNA BEATRIZ BELLO CAMARGO

Introdução: A população negra representa mais que 50% da população brasileira, mas ainda assim, está sub-representada em instâncias de poder e de decisão e recebe pouca importância quando pensamos no ensino médico. Consequentemente, isso irá repercutir no atendimento e no processo saúde-cuidado-doença desta parte da população. Atualmente, quando pensamos em ensino médico, vários assuntos vêm à mente, entre eles, a mentoria. A integração entre ensino médico, formação e conscientização de futuros profissionais de saúde quanto aos determinantes sociais de saúde pode melhorar o processo-saúde-cuidado-doença de populações vulnerabilizadas, entre elas a população negra. **Objetivo:** Relatar a experiência de criação de um grupo de estudo sobre saúde da população negra a partir de um programa de mentoria acadêmica para estudantes de medicina, destacando suas contribuições para a formação crítica e o desenvolvimento de pesquisas relacionadas ao tema. **Relato de experiência:** A experiência foi desenvolvida na Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo por meio de encontros de mentoria voltados a estudantes de graduação. Entre os vários assuntos discutidos, como futuro profissional, esteve também presente a postura profissional frente a populações vulnerabilizadas e a questão da equidade em saúde. A partir daí, houve um convite para uma aula para a liga de populações vulnerabilizadas, reforçando a idéia de um grupo de estudo dedicado ao aprofundamento teórico sobre saúde da população negra. Iniciamos com discussões sobre racismo estrutural e institucional, determinantes sociais da saúde, Política Nacional de Saúde Integral da População Negra e seus impactos no SUS, o que gerou projetos de iniciação científica. Os encontros favoreceram a análise crítica das desigualdades em saúde e produção de conhecimento científico voltado às necessidades da população negra. **Conclusão:** A mentoria mostrou-se uma estratégia potente para estimular a reflexão sobre o racismo como determinante social da saúde, fortalecendo a formação médica alinhada aos princípios de equidade do SUS. Esta iniciativa favoreceu o surgimento de um grupo de estudos com a elaboração de projetos de pesquisa e a construção de espaços permanentes de discussão sobre iniquidades raciais em saúde, contribuindo para a formação de profissionais comprometidos com a justiça social e a integralidade do cuidado.

Palavras-chave: **MENTORIA; POPULAÇÃO NEGRA; SAÚDE**

DOI: 10.51161/iv-conasus/84051

A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA COMUNICAÇÃO DE MORTE ENCEFÁLICA E DOAÇÃO DE ÓRGÃOS: DESAFIOS ÉTICOS E ASSISTENCIAIS

DEBORA KARLA PIASKOWSKI; ANAIR ANDREA NASSIF

RESUMO

A doação de órgãos e tecidos representa uma importante estratégia terapêutica para pacientes com insuficiência terminal de órgãos, sendo a morte encefálica o principal critério para a doação proveniente de doadores falecidos. Nesse contexto, o enfermeiro desempenha papel essencial na identificação do potencial doador, manutenção da estabilidade clínica, comunicação do diagnóstico de morte encefálica e acolhimento aos familiares durante todo o processo de doação. O presente estudo teve como objetivo identificar os desafios éticos e assistenciais enfrentados pelo enfermeiro na comunicação do diagnóstico de morte encefálica e na atuação no processo de doação e captação de órgãos. Trata-se de uma revisão narrativa da literatura, com abordagem qualitativa, realizada por meio de buscas nas bases Scientific Electronic Library Online (SciELO), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e PubMed, utilizando os descritores "morte encefálica", "doação de órgãos", "potencial doador", "comunicação em saúde" e "enfermagem", combinados pelos operadores booleanos AND e OR. Foram incluídos artigos publicados entre 2020 e 2025, resultando na seleção final de dez estudos científicos. Os resultados evidenciaram que a enfermagem exerce papel fundamental na manutenção da viabilidade dos órgãos, na implementação de cuidados sistematizados, na comunicação humanizada e no suporte emocional aos familiares, contribuindo diretamente para a efetivação da doação. Também foram identificados como desafios a necessidade de qualificação profissional, o preparo para comunicação de más notícias e o enfrentamento da recusa familiar. Conclui-se que a atuação técnica, ética e humanizada do enfermeiro é indispensável para fortalecer a assistência ao potencial doador, qualificar o processo de comunicação com as famílias e favorecer a efetivação da doação de órgãos.

Palavras-chave: Captação de órgãos; Cuidados críticos; Humanização.

1 INTRODUÇÃO

A doação de órgãos e tecidos constitui uma das principais estratégias terapêuticas para pacientes com insuficiência terminal de órgãos, proporcionando aumento da sobrevida e melhoria da qualidade de vida. Apesar dos avanços obtidos na medicina intensiva, nos protocolos diagnósticos e nas técnicas de transplante, a escassez de órgãos disponíveis ainda representa um importante desafio para os sistemas de saúde, refletindo diretamente no aumento das listas de espera e na mortalidade de pacientes que aguardam por um transplante (Furtado *et al*., 2021).

No Brasil, o processo de doação de órgãos depende da identificação do potencial doador, da confirmação do diagnóstico de morte encefálica, da manutenção adequada da estabilidade

DOI: 10.51161/iv-conasus/84056

clínica e da autorização familiar para a captação. Embora o país possua um dos maiores programas públicos de transplantes do mundo, fatores como a recusa familiar, dificuldades na compreensão do diagnóstico de morte encefálica e falhas na comunicação entre equipe de saúde e familiares ainda comprometem a efetivação das doações (Chehuen Neto *et al*., 2019; Conselho Federal de Medicina, 2017).

Nesse contexto, o enfermeiro desempenha papel fundamental durante todas as etapas do processo, desde a assistência ao potencial doador até o acolhimento e suporte aos familiares. Além da monitorização clínica e da implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), esse profissional atua na comunicação do diagnóstico de morte encefálica, oferecendo informações claras, apoio emocional e assistência humanizada, fatores que podem influenciar diretamente a decisão familiar sobre a doação de órgãos (Sindeaux *et al*., 2021; Gonçalves; Sandim, 2022).

Diante da relevância do tema para a assistência de enfermagem e para a ampliação das doações de órgãos, este estudo teve como objetivo identificar os desafios éticos e assistenciais enfrentados pelo enfermeiro na comunicação do diagnóstico de morte encefálica e na atuação no processo de doação e captação de órgãos.

2 MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de uma revisão narrativa da literatura, com abordagem qualitativa, desenvolvida entre os meses de março e maio de 2026. A busca dos estudos foi realizada nas bases de dados Scientific Electronic Library Online (SciELO), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e PubMed, por serem reconhecidas pela ampla disponibilização de publicações científicas na área da saúde.

Foram utilizados os descritores "morte encefálica", "doação de órgãos", "potencial doador", "comunicação em saúde" e "enfermagem", combinados pelos operadores booleanos AND e OR. Como critérios de inclusão, foram selecionados artigos publicados entre 2020 e 2025, disponíveis na íntegra, nos idiomas português, inglês e espanhol, que abordassem a atuação do enfermeiro na assistência ao potencial doador de órgãos, na comunicação do diagnóstico de morte encefálica e no processo de doação de órgãos.

Foram excluídos estudos duplicados, publicações incompletas e trabalhos que não apresentavam relação direta com a temática proposta. Inicialmente, foram identificados 127 estudos; após a aplicação dos critérios de elegibilidade e leitura dos títulos, resumos e textos completos, a amostra final foi composta por 10 artigos científicos, que subsidiaram a análise e discussão dos resultados.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A busca bibliográfica resultou na seleção de 10 artigos científicos publicados entre 2020 e 2025, que atenderam aos critérios de inclusão estabelecidos. Os estudos abordaram aspectos relacionados à assistência de enfermagem ao potencial doador em morte encefálica, à comunicação do diagnóstico com os familiares, aos desafios éticos enfrentados pelos profissionais e aos fatores que influenciam a efetivação da doação de órgãos. A caracterização dos estudos incluídos encontra-se apresentada no Quadro 1.

Quadro 1 – Caracterização dos estudos incluídos na revisão narrativa

AUTOR/ ANO	TÍTULO	PRINCIPAIS CONTRIBUIÇÕES

DOI: 10.51161/iv-conasus/84056

Santos, 2023	Contribuições da equipe de enfermagem no cuidado ao paciente com diagnóstico de morte encefálica internado na unidade de terapia intensiva.	Destacou a importância da enfermagem na manutenção do potencial doador e monitorização clínica.
Furtado *et al*., 2021	O papel do enfermeiro frente a casos de morte encefálica e doação de órgãos e tecidos.	Evidenciou a atuação do enfermeiro na assistência e abordagem familiar.
Knihs *et al.,* 2023	Ferramenta de avaliação da qualidade: mapeamento de sinais clínicos de morte encefálica.	Apresentou estratégias para identificação e monitoramento da morte encefálica.
Dias e Oliveira, 2023	Assistência de enfermagem ao paciente com morte encefálica e potencial doador de órgãos.	Demonstrou os cuidados necessários para manutenção da viabilidade dos órgãos.
Lima e Bastos, 2025.	A sistematização da assistência de enfermagem a pacientes em protocolo de morte encefálica na unidade de terapia intensiva.	Ressaltou a importância da SAE na organização do cuidado.
Silva, Teixeira e Tinoco, 2023.	A importância do enfermeiro nos cuidados e manutenção do paciente em morte encefálica.	Evidenciou a necessidade de capacitação profissional e monitorização contínua.
Nascimento *et al.*, 2024	Diagnóstico de morte encefálica: desafios e manejo na comunicação aos familiares.	Discutiu os desafios da comunicação do diagnóstico e acolhimento familiar.
Sindeaux *et al.*, 2021	Cuidados de enfermagem dispensados ao potencial doador de órgãos em morte encefálica.	Apontou intervenções assistenciais para preservação dos órgãos.
Figueiredo, Pergola e Saidel, 2020	Equipe de enfermagem na doação de órgãos	Destacou a atuação ética e humanizada da enfermagem.
Nobre *et al.*,2022	A enfermagem na manutenção do potencial doador de órgãos na unidade de terapia intensiva	Demonstrou a relevância da assistência intensiva para efetivação da doação.

Fonte: Dados da pesquisa (2026).

Os estudos analisados evidenciaram que o enfermeiro exerce papel central na manutenção do potencial doador, sendo responsável pelo monitoramento contínuo das condições clínicas, identificação precoce de alterações fisiológicas e implementação de intervenções que preservem a viabilidade dos órgãos para transplante. Além disso, a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) foi apontada como importante ferramenta para organizar o cuidado, favorecer a tomada de decisões e aumentar a segurança da assistência, contribuindo diretamente para o sucesso do processo de doação (Santos, 2023; Dias; Oliveira, 2023; Lima; Bastos, 2025).

Outro aspecto amplamente discutido pelos estudos refere-se à comunicação do diagnóstico de morte encefálica e ao acolhimento familiar. Os autores destacam que a dificuldade de compreensão do diagnóstico, associada ao sofrimento emocional, às crenças culturais e ao desconhecimento sobre o processo de doação, permanece entre os principais fatores relacionados à recusa familiar. Nesse cenário, o enfermeiro assume papel essencial ao fornecer informações claras, promover escuta qualificada e oferecer suporte emocional, favorecendo uma decisão mais consciente e fortalecendo a confiança da família na equipe de saúde (Furtado *et al*., 2021; Nascimento *et al*., 2024; Figueiredo; Pergola; Saidel, 2020).

Os artigos também demonstraram que os desafios enfrentados pela enfermagem ultrapassam os aspectos técnicos, envolvendo questões éticas, comunicação de más notícias e necessidade de capacitação permanente. Os estudos reforçam que o aprimoramento científico e o desenvolvimento de habilidades comunicacionais contribuem para uma assistência mais segura, ética e humanizada, além de favorecerem a efetivação da doação de órgãos e a qualidade do cuidado prestado ao potencial doador e seus familiares (Silva; Teixeira; Tinoco, 2023; Sindeaux *et al*., 2021; Nobre *et al*., 2022).

4 CONCLUSÃO

A presente revisão narrativa permitiu identificar que o enfermeiro desempenha papel essencial em todas as etapas do processo de doação de órgãos, desde a identificação e manutenção do potencial doador até a comunicação do diagnóstico de morte encefálica e o acolhimento dos familiares. Os estudos analisados demonstraram que a assistência de enfermagem qualificada, aliada à Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), à comunicação humanizada e ao suporte emocional, contribui para a preservação da viabilidade dos órgãos e para a efetivação da doação.

Também foi evidenciado que a recusa familiar permanece como um dos principais desafios ao processo de doação, sendo influenciada pela dificuldade de compreensão do diagnóstico de morte encefálica, pelo impacto emocional da perda e pela insuficiência de informações durante a abordagem familiar. Nesse contexto, o enfermeiro assume papel estratégico ao promover uma comunicação ética, clara e acolhedora, favorecendo maior confiança da família e contribuindo para decisões mais conscientes.

Como limitação deste estudo, destaca-se a utilização de uma revisão narrativa, baseada em produções científicas previamente publicadas, sem coleta de dados em campo. Dessa forma, recomenda-se a realização de pesquisas com profissionais de enfermagem e familiares envolvidos no processo de doação de órgãos, a fim de ampliar o conhecimento sobre os desafios enfrentados na prática assistencial e subsidiar estratégias que fortaleçam a qualificação profissional, a humanização do cuidado e a efetivação da doação de órgãos.

REFERÊNCIAS

CHEHUEN NETO, José Antonio *et al*. Update of the diagnostic criteria of brain death: application and training of physicians. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, São Paulo, v. 31, n. 3, p. 1-9, 2019. DOI: http://dx.doi.org/10.5935/0103-507X.20190055. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rbti/a/5NWbXJpnSkGQrWbsLT3PTVb/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 01 mar. 2026.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**.** Resolução CFM nº 2.173, de 23 de novembro de 2017. Define os critérios do diagnóstico de morte encefálica. **Brasília, DF: Conselho Federal de Medicina, 2017.** Disponível em:

https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2017/2173. Acesso em: 2 abr. 2026.

DIAS, Márcia Souza; OLIVEIRA, Ana Carolina Donda. Assistência de enfermagem ao paciente com morte encefálica e potencial doador de órgãos. **Revista Saúde em Visão**, v. 5, n. 1, 2023. Disponível em: https://rsv.ojsbr.com/rsv/article/view/223.
Acesso em: 09 mar. 2026.

FIGUEIREDO, Clesyane Alves; PERGOLA, Aline Maino; SAIDEL, Maria Giovana Borges. Equipe de enfermagem na doação de órgãos. **Revista Bioética**, Brasília, v. 28, n. 3, 2020. Disponível em: https://revistabioetica.cfm.org.br/revista_bioetica/article/view/2139. Acesso em: 09 mar. 2026.

FURTADO, Loyane Barbosa dos Santos *et al*. O papel do enfermeiro frente a casos de morte encefálica e doação de órgãos e tecidos. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 10, n. 2, p. 1-11, 2021. DOI: http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i2.12422. Disponível em: https://rsdjournal.org/rsd/article/view/12422/11186.
Acesso em: 09 mar. 2026.

GONÇALVES, Larissa Silva; SANDIM, Lucíola Silva. Assistência da enfermagem na doação de órgãos e os desafios encontrados no processo: uma revisão integrativa da literatura. **Brazilian Journal of Health Review**, Curitiba, v. 5, n. 6, p. 23816-23828, 2022. Disponível em: https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/55102. Acesso em: 31 mar. 2026.

KNIHS, Neide da Silva *et al*. Ferramenta de avaliação da qualidade: mapeamento de sinais clínicos de morte encefálica. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 30, 2021. Disponível em: https://www.scielo.br/j/cenf/a/XLtZ5mWB5sm8KspXLkMbxpn/?lang=pt. Acesso em: 09 mar. 2026.

LIMA, Antonia Mylene Sousa Almeida; BASTOS, Vanessa Sousa. A sistematização da assistência de enfermagem a pacientes em protocolo de morte encefálica na unidade de terapia intensiva. **Revista Enfermagem Atual**, 2025. Disponível em: https://revistaenfermagem.uespi.br/index.php/revistaenfermagem/article/view/63.
Acesso em: 09 mar. 2026.

NASCIMENTO, Ana Carla Feitosa do *et al*. Diagnóstico de morte encefálica: desafios e manejo na comunicação aos familiares. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, [S. l.], v. 6, n. 7, p. 2061–2078, 2024. DOI: 10.36557/2674-8169.2024v6n7p2061-2078. Disponível em: https://bjihs.emnuvens.com.br/bjihs/article/view/2585. Acesso em: 1 jul. 2026.

NOBRE, Jane Almeida *et al*. A enfermagem na manutenção do potencial doador de órgãos na unidade de terapia intensiva: revisão integrativa. Revista Remecs - Revista Multidisciplinar de Estudos Científicos em Saúde, [S. l.], v. 7, n. 12, p. 3–10, 2022. DOI: 10.24281/rremecs2022.7.12.3-10. Disponível em: https://www.revistaremecs.com.br/index.php/remecs/article/view/812. Acesso em: 1 jul. 2026.

SANTOS, José Ribeiro dos. Contribuições da equipe de enfermagem no cuidado ao paciente com diagnóstico de morte encefálica internado na unidade de terapia intensiva. **Research, Society and Development**, v. 12, n. 2, e5012239735, 2023. DOI: https://doi.org/10.33448/rsd-v12i2.39735. Disponível em: https://rsdjournal.org/rsd/article/view/39735. Acesso em: 09 mar. 2026.

SILVA, Iza Oliveira; TEIXEIRA, Janaina Gomes; TINOCO, Michelle Messias. A importância do enfermeiro nos cuidados e manutenção do paciente em morte encefálica. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, [S. l.], v. 9, n. 9, p. 3677–3685, 2023. DOI: 10.51891/rease.v9i9.11471. Disponível em: https://periodicorease.pro.br/rease/article/view/11471. Acesso em: 1 jul. 2026.

SINDEAUX, Ana Cássia Alcântara *et al*. Cuidados de enfermagem dispensados ao potencial doador de órgãos em morte encefálica: uma revisão integrativa. **Nursing** (São Paulo), São Paulo, v. 24, n. 272, p. 5128-5147, 2021. Disponível em: https://revistas.mpmcomunicacao.com.br/index.php/revistanursing/article/view/1115. Acesso em: 31 mar. 2026.

O ENFERMEIRO FRENTE AO SOFRIMENTO PSÍQUICO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

ANA MADALENA DE BARCELOS GOMES; ENOGHALLITON DE ABREU ARRUDA – FASAP

Introdução: O incremento de transtornos psíquicos na contemporaneidade, como ansiedade e depressão, exige abordagens resolutivas na Atenção Primária à Saúde (APS), porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS). O sofrimento subjetivo manifesta-se de forma silenciosa por meio de queixas somáticas, exigindo do enfermeiro um olhar que ultrapasse a dimensão biológica. Contudo, a escassez de equipes capacitadas na APS gera um fluxo inverso, sobrecarregando os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) com demandas que poderiam ser resolvidas no território, o que evidencia falhas na articulação do matriciamento. **Objetivo Geral:** Analisar a atuação do enfermeiro frente ao sofrimento mental na APS, identificando competências necessárias aos entraves, bem como evidenciar e destacar práticas que contribuam positivamente ao cuidado. **Material e Métodos:** Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, que une a revisão integrativa da literatura (período de 2020 a 2026 nas bases SciELO, REBEn e Google Acadêmico) ao relato de experiência profissional de uma técnica de enfermagem atuante no CAPS de Aperibé-RJ, articulando a teoria à práxis dos serviços de saúde. **Resultados:** Os achados literários e a vivência prática convergem ao demonstrar que o protagonismo do enfermeiro reside na escuta qualificada e no acolhimento. Todavia, a ausência de enfermeiros especialistas na APS e o desconhecimento sobre o matriciamento limitam a resolutividade local. Isso resulta no encaminhamento excessivo de casos leves ao CAPS, gerando o travamento do sistema. A presença de um enfermeiro com olhar especializado na UBS é apontada como o pilar essencial para que o matriciamento ocorra de forma excelente e o fluxo da rede seja preservado. **Conclusão:** O enfermeiro na APS é o elo vital para uma assistência em saúde mental ética e humanizada. Para que o matriciamento deixe de ser uma barreira e se torne uma ponte efetiva, é imperativo investir na especialização e na educação permanente desses profissionais, garantindo a descentralização do cuidado, a desoneração dos CAPS e a dignidade no atendimento ao usuário em seu próprio território.

Palavras-chave: **ENFERMAGEM; ATENÇÃO BÁSICA; ATENÇÃO BÁSICA**

DOI: 10.51161/iv-conasus/84083

GESTAR COM AMOR: RELATO DE EXPERIÊNCIA DE UM GRUPO EDUCATIVO PARA FORTALECIMENTO DO CUIDADO PRÉ-NATAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

PAULA ALVES CAMELO; STERFFESON CAMELO ROSENDO; MARIA JAÍNE LOPES CARVALHO; MARIA NAIANE DOS SANTOS SILVA; ANTONIA DAVILA DA CONCEICAO ALVES DIAS; MIRELLY SHATILLA MISQUITA TAVARES; LARISSA MARIA LOPES DE CARVALHO

Introdução: A assistência pré-natal qualificada constitui uma estratégia essencial para a promoção da saúde materno-infantil e para a redução de desfechos adversos no ciclo gravídico-puerperal. Nesse contexto, as ações de educação em saúde desenvolvidas na Atenção Primária à Saúde (APS) apresentam relevância na ampliação do conhecimento, fortalecimento da autonomia e incentivo ao protagonismo feminino durante a gestação, parto e puerpério. Os grupos educativos para gestantes configuram-se como tecnologias leves de cuidado, favorecendo a construção compartilhada do conhecimento, a troca de experiências e o fortalecimento do vínculo entre usuárias e profissionais de saúde. **Objetivo:** Relatar a experiência de implementação de um grupo educativo para gestantes como estratégia de fortalecimento da assistência pré-natal em uma Unidade de Atenção Primária à Saúde. **Relato de experiência:** Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, desenvolvido na UAPS Santo Expedito, no município de Crateús, com a participação de oito gestantes adscritas à unidade, sendo seis primigestas. A intervenção consistiu na criação do grupo “Gestar com Amor”, conduzido pela enfermeira da unidade, com encontros quinzenais estruturados a partir das demandas identificadas durante as consultas de pré natal. As atividades educativas abordaram temáticas como alimentação saudável, desenvolvimento fetal, suplementação nutricional, imunização, aleitamento materno, prevenção de acidentes, manobras de desengasgo, identificação de sinais de urgência e emergência, trabalho de parto, elaboração do plano de parto, puerpério e cuidados neonatais. Para subsidiar as atividades, foram utilizados recursos didáticos como folders, cartilhas educativas, imagens ilustrativas e bonecos demonstrativos, favorecendo maior compreensão e participação ativa das gestantes. Além disso, houve atuação multiprofissional da equipe eMulti, com participação da psicóloga em discussões sobre saúde mental materna e da nutricionista na abordagem sobre alimentação saudável durante a gestação. Observou-se elevada adesão e fortalecimento do autocuidado, da autonomia e da tomada de decisão informada. **Conclusão:** A experiência evidenciou que grupos educativos no contexto da APS, aliados à atuação multiprofissional e ao uso de metodologias ativas, constituem estratégia efetiva para qualificação do pré-natal, promoção da saúde e fortalecimento da autonomia das gestantes, repercutindo positivamente na preparação para o parto, puerpério e cuidados com o recém-nascido.

Palavras-chave: **EDUCAÇÃO EM SAÚDE; PRÉ-NATAL; SAÚDE MATERNO-INFANTIL**

AMPLIAÇÃO DA VACINAÇÃO CONTRA DENGUE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: RELATO DE EXPERIÊNCIA SOBRE A COBERTURA VACINAL INFANTOJUVENIL EM UM MUNICÍPIO DO INTERIOR DO CEARÁ

PAULA ALVES CAMELO; STERFFESON CAMELO ROSENDO; MARIA JAÍNE LOPES CARVALHO; MARIA NAIANE DOS SANTOS SILVA; ANTÔNIA DÁVILA DA CONCEIÇÃO ALVES DIAS; MIRELLY SHATILLA MISQUITA TAVARES; LARISSA MARIA LOPES DE CARVALHO

Introdução: A dengue representa um importante problema de saúde pública no Brasil, especialmente em regiões endêmicas, devido ao seu elevado potencial de transmissão e impacto na morbimortalidade. A incorporação da vacina Qdenga ao calendário vacinal constitui uma importante estratégia de enfrentamento da doença, ampliando a proteção de grupos vulneráveis e fortalecendo as ações preventivas no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS). No Ceará, a vacinação contra dengue foi iniciada em 2024 de forma focalizada e, em 2026, expandida para os 184 municípios, contemplando crianças e adolescentes de 10 a 14 anos em esquema de duas doses. **Objetivo:** Relatar a experiência da implementação da estratégia de vacinação contra dengue em crianças e adolescentes em uma Unidade de Atenção Primária à Saúde. **Relato de experiência:** Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, desenvolvido na UAPS Santo Expedito, no município de Crateús, durante a ampliação da vacinação contra dengue. A população elegível era composta por 71 crianças e adolescentes de 10 a 14 anos residentes no território adscrito, dos quais 68 completaram o esquema vacinal, correspondendo a uma cobertura de 95,8%. A mobilização ocorreu por meio de divulgação em redes sociais, orientações aos responsáveis, visitas domiciliares realizadas pelas Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) e articulação com a comunidade escolar. Previamente à administração do imunizante, foi aplicado instrumento de triagem contendo informações sobre histórico de reações adversas, administração recente de vacinas, presença de febre ou sinais sugestivos de dengue, subsidiando avaliação para vacinação ou adiamento. Instituiu-se um “Dia D” para aplicação da primeira dose e agendamento subsequente da segunda. Para os faltosos, realizou-se busca ativa pelas ACS. Entre os três não vacinados, identificou-se resistência dos responsáveis associada à divulgação de eventos adversos ocorridos em outros municípios. No monitoramento pós-vacinal, não foram registradas reações adversas ou complicações entre os imunizados. **Conclusão:** A experiência evidenciou que a organização estratégica, a mobilização comunitária e a busca ativa foram fundamentais para alcançar elevada cobertura vacinal contra dengue. A imunização mostrou-se segura e constitui importante ferramenta complementar às ações de vigilância epidemiológica e controle vetorial, contribuindo para a prevenção de casos graves e óbitos.

Palavras-chave: **COBERTURA VACINAL; DENGUE; IMUNIZAÇÃO**

DOI: 10.51161/iv-conasus/84117

HESITAÇÃO VACINAL CONTRA INFLUENZA NA POPULAÇÃO IDOSA: RELATO DE EXPERIÊNCIA SOBRE OS DESAFIOS DA IMUNIZAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

PAULA ALVES CAMELO; STERFFESON CAMELO ROSENDO; MARIA JAÍNE LOPES CARVALHO; MARIA NAIANE DOS SANTOS SILVA; ANTÔNIA DÁVILA DA CONCEIÇÃO ALVES DIAS; MIRELLY SHATILLA MISQUITA TAVARES; LARISSA MARIA LOPES DE CARVALHO

Introdução: A influenza constitui uma importante causa de morbimortalidade entre pessoas idosas, especialmente em virtude da maior vulnerabilidade imunológica e da presença frequente de comorbidades. A vacinação anual representa a principal estratégia de prevenção de formas graves, hospitalizações e óbitos, sendo amplamente recomendada para esse grupo prioritário. Entretanto, a hesitação vacinal permanece como um desafio significativo para a Atenção Primária à Saúde (APS), influenciada por fatores culturais, crenças individuais e desinformação. **Objetivo:** Relatar a experiência e os desafios enfrentados na campanha de vacinação contra influenza na população idosa em uma Unidade de Atenção Primária à Saúde. **Relato de experiência:** Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, desenvolvido na UAPS Santo Expedito, no município de Crateús, durante a campanha de vacinação contra influenza de 2026, iniciada no final do mês de março. A população idosa adscrita à unidade correspondia a 284 indivíduos, dos quais 195 aderiram à vacinação, representando cobertura de 68,7%. Para ampliação da adesão, foram implementadas diversas estratégias, incluindo divulgação em mídias sociais, orientações em salas de espera, captação durante consultas de rotina, mobilização pelas Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) em visitas domiciliares, busca ativa de faltosos e vacinação em domicílio para usuários domiciliados e acamados. Apesar dessas ações, observou-se importante resistência vacinal entre parte da população. As principais justificativas para recusa incluíram crenças de que a vacina ocasiona adoecimento, reduz a imunidade, provoca danos intencionais à população idosa e desconfiança relacionada a questões político ideológicas. Tais percepções evidenciaram o impacto da desinformação e das *fake news* sobre a adesão vacinal. **Conclusão:** A experiência evidenciou que a hesitação vacinal entre idosos constitui um importante obstáculo para o alcance de coberturas vacinais satisfatórias. Reforça-se a necessidade de estratégias contínuas de educação em saúde, fortalecimento do vínculo comunitário e combate à desinformação, visando ampliar a confiança nas vacinas e proteger esse grupo de maior vulnerabilidade.

Palavras-chave: **HESITAÇÃO VACINAL; INFLUENZA; SAÚDE DO IDOSO**

DOI: 10.51161/iv-conasus/84118

A INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO SOB A ÓTICA DE ESTUDANTES DE MEDICINA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

MARIA JÚLIA SARLO; LAÍS MELLO MONTAGNA

Introdução: No primeiro semestre da graduação em Medicina, a disciplina de Atenção Primária em Saúde (APS) inclui a prática em Unidades Básicas de Saúde (UBS). Essa atividade, preconizada pela Integração Ensino-Serviço (IES), aproxima os estudantes da realidade do Sistema Único de Saúde (SUS) em vista de formar profissionais preparados para atuar nesse contexto. Contudo, a realidade da IES desafia a efetivação desse objetivo. **Objetivo:** Relatar a experiência vivenciada por acadêmicos frente à rotina dos trabalhadores da UBS, e seus impactos sobre o processo de aprendizagem. **Relato de experiência:** A disciplina ocorreu no 1º semestre de 2026, e, ao longo de sete semanas, os acadêmicos realizaram atividades práticas em períodos de quatro horas, acompanhando membros da equipe de saúde em sua rotina, entre eles os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e Agentes de Combate às Endemias (ACE). Após pactuação com os docentes, semanalmente, a gerência da UBS era responsável por escalar os Agentes que seriam acompanhados pelos estudantes, oportunidade em que deveriam observar o território atendido pela UBS com foco em questões de vigilância em saúde e territorialização. Tal prática é importante para trazer significado ao conteúdo teórico sobre a APS, entretanto, algumas dificuldades restringiram a experiência: das cinco atividades práticas previstas com os Agentes, nenhuma foi realizada conforme previsão inicial. Isso deveu-se a falhas de comunicação entre a gerência e os trabalhadores da UBS para planejamento das atividades. Além disso, os trabalhadores manifestaram resistência à proposta pedagógica com os alunos, pois diziam não fazer parte de suas atribuições. Mesmo com as dificuldades vivenciadas, em pontuais oportunidades houve disposição de alguns trabalhadores para a atividade, o que possibilitou aos estudantes compreender algumas questões sociais acerca do território e dos principais desafios enfrentados no âmbito do SUS. **Conclusão:** A experiência evidenciou que a IES pactuada pelas instituições de formação e o SUS ainda não é vivenciada idealmente na prática. As dificuldades vivenciadas comprometeram a experiência, mas ainda assim foi possível compreender a potencialidade dessa experiência. Espera-se que o relato contribua para a reflexão das instâncias gestoras sobre a efetivação da IES para a formação dos profissionais que, possivelmente, atuarão no SUS.

Palavras-chave: **ENSINO-SERVIÇO; ATENÇÃO PRIMÁRIA; IES**

DOI: 10.51161/iv-conasus/84131

EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE DURANTE A CAMPANHA OUTUBRO ROSA:RELATO DE EXPERIÊNCIA EM UMA COMUNIDADE DO INTERIOR DO CEARÁ

MARIA JAINE LOPES CARVALHO; LARISSA MARIA LOPES DE CARVALHO; PAULA ALVES CAMELO; MARIA NAIANE DOS SANTOS SILVA; ANTONIA DAVILA DA CONCEIÇÃO ALVES DIAS; STERFFESON CAMELO ROSENDO; MIRELLY SHATILLA MISQUITA TAVARES

Introdução: O câncer de mama é um importante problema de saúde pública e a neoplasia mais frequente entre as mulheres em todo o mundo, apresentando elevada incidência e mortalidade. Nesse contexto, a campanha Outubro Rosa destaca-se como uma importante estratégia de educação em saúde, promovendo a conscientização sobre a prevenção, o diagnóstico precoce e o autocuidado, além de fortalecer as ações de promoção da saúde da mulher no âmbito da Atenção Primária à Saúde. **Objetivo:** Relatar a experiência de uma ação educativa realizada durante a campanha Outubro Rosa, destacando a importância da educação popular em saúde na conscientização sobre o câncer de mama. **Relato de experiência:** Trata-se de um relato de experiência desenvolvido no ano de 2022, em uma comunidade do município de Ipueiras, Ceará, com a participação de aproximadamente 20 mulheres. A atividade foi promovida pela equipe de enfermagem da Unidade de Saúde local em um espaço comunitário e consistiu em uma palestra educativa sobre prevenção, fatores de risco, sinais de alerta e importância do diagnóstico precoce do câncer de mama. O momento foi enriquecido pela participação de mulheres que haviam superado a doença, as quais compartilharam seus depoimentos e experiências de enfrentamento, proporcionando um ambiente de acolhimento e sensibilização entre as participantes. Além disso, foram realizadas rodas de conversa, esclarecimento de dúvidas, distribuição de panfletos, entrega de lembranças simbólicas e um café da manhã compartilhado, favorecendo a integração, o fortalecimento dos vínculos comunitários e a troca de experiências. Observou-se elevada participação do público, com significativa ampliação do conhecimento acerca da prevenção do câncer de mama e da importância do autocuidado. **Conclusão:** A experiência evidenciou que as ações de educação popular em saúde constituem estratégias eficazes para promover conhecimento, incentivar o autocuidado e fortalecer o protagonismo das mulheres na prevenção do câncer de mama. Além disso, atividades dessa natureza contribuem para aproximar os serviços de saúde da comunidade e fortalecer as ações de promoção da saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Palavras-chave: **CÂNCER DE MAMA; EDUCAÇÃO EM SAÚDE; PROMOÇÃO DA SAÚDE.**

DOI: 10.51161/iv-conasus/84134

QUEBRANDO BARREIRAS DE ACESSO À SAÚDE: DESCENTRALIZAÇÃO DASAÇÕES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM UMA COMUNIDADE RURAL DE DIVISAINTERESTADUAL

MARIA JAINE LOPES CARVALHO; LARISSA MARIA LOPES DE CARVALHO; PAULA ALVES CAMELO; MARIA NAIANE DOS SANTOS SILVA; ANTONIA DAVILA DA CONCEIÇÃO ALVES DIAS; STERFFESON CAMELO ROSENDO; MIRELLY SHATILLA MISQUITA TAVARES

Introdução: O acesso aos serviços de saúde constitui um dos pilares fundamentais do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo essencial para a promoção da equidade e da integralidade do cuidado. Entretanto, comunidades rurais e geograficamente distantes dos centros urbanos ainda enfrentam obstáculos relacionados ao deslocamento e à disponibilidade de serviços, o que pode comprometer a continuidade da assistência. Nesse contexto, a descentralização das ações da Atenção Primária à Saúde surge como uma importante estratégia para aproximar os serviços de saúde da população e ampliar o acesso ao cuidado. **Objetivo:** Relatar a experiência de uma ação descentralizada da Atenção Primária à Saúde desenvolvida em uma comunidade rural do município de Ipueiras, Ceará. **Relato de experiência:** Trata-se de um relato de experiência realizado em 2022, na localidade de Mel, distrito de Alazans, município de Ipueiras/CE, uma comunidade rural situada na divisa com o município de Pedro II, Piauí. A ação ocorreu em uma escola da comunidade e contou com a participação da equipe da Unidade Básica de Saúde, que ofertou diversos serviços à população, entre eles atualização da caderneta vacinal, acompanhamento pré-natal, realização de exame citopatológico, consultas de rotina e verificação dos sinais vitais. A mobilização dos moradores foi realizada por meio de busca ativa e convites promovidos pelo Agente Comunitário de Saúde, favorecendo a participação da população local. A iniciativa possibilitou maior aproximação entre a equipe de saúde e a comunidade, além de proporcionar boa adesão aos serviços ofertados e ampliar o acesso ao cuidado em uma região marcada por limitações geográficas. **Conclusão:** A experiência demonstrou que a descentralização das ações da Atenção Primária à Saúde é uma estratégia capaz de ampliar o acesso aos serviços, fortalecer o vínculo entre a equipe de saúde e a comunidade e promover uma assistência mais próxima das necessidades da população rural.

Palavras-chave: **ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE; ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE; SAÚDE RURAL**

DOI: 10.51161/iv-conasus/84135

VIVÊNCIAS DA ENFERMAGEM NA PROMOÇÃO DA SEGURANÇA DO PACIENTE EM DIFERENTES CENÁRIOS DE ATENÇÃO À SAÚDE: RELATO DE EXPERIÊNCIA

MARIA JAINE LOPES CARVALHO; LARISSA MARIA LOPES DE CARVALHO; MARIA NAIANE DOS SANTOS SILVA; ANTONIA DAVILA DA CONCEICAO ALVES DIAS; STERFFESON CAMELO ROSENDO; PAULA ALVES CAMELO; MIRELLY SHATILLA MISQUITA TAVARES

Introdução: A segurança do paciente constitui um dos pilares fundamentais da qualidade da assistência em saúde, sendo definida como a redução do risco de danos desnecessários associados ao cuidado. Nesse contexto, a enfermagem desempenha papel essencial na prevenção de eventos adversos e na implementação de práticas seguras, uma vez que está presente em todos os níveis de atenção à saúde, desde a Atenção Primária até os serviços hospitalares de maior complexidade. **Objetivo:** Relatar as vivências de uma enfermeira na promoção da segurança do paciente em diferentes cenários de atenção à saúde. **Relato de experiência:** Trata-se de um relato de experiência construído a partir da trajetória profissional de uma enfermeira em diferentes áreas de atuação, incluindo a Atenção Primária à Saúde, a coordenação de imunização, a assistência hospitalar, a docência, a pesquisa e o centro cirúrgico. Ao longo dessas experiências, foram desenvolvidas ações voltadas à promoção da segurança do paciente, como identificação correta dos usuários, administração segura de medicamentos e imunobiológicos, cumprimento de protocolos assistenciais, educação em saúde, educação permanente das equipes e fortalecimento da comunicação entre os profissionais. As vivências permitiram compreender que a segurança do paciente está diretamente relacionada ao trabalho em equipe, à organização dos serviços e ao compromisso dos profissionais com a qualidade da assistência. **Conclusão:** A experiência evidenciou que a segurança do paciente deve ser compreendida como um compromisso permanente da prática de enfermagem, estando presente em todos os cenários de atenção à saúde. Além disso, as vivências contribuíram para o desenvolvimento de competências relacionadas à liderança, à tomada de decisão e à prestação de um cuidado mais seguro, humanizado e centrado nas necessidades dos usuários.

Palavras-chave: **SEGURANÇA DO PACIENTE; ATENÇÃO À SAÚDE; QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA**

DOI: 10.51161/iv-conasus/84140

O PAPEL DOS HOSPITAIS-ESCOLA NA ATENÇÃO À SAÚDE: UMA ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA E SOCIODEMOGRÁFICA DA ASSISTÊNCIA EM POLICLÍNICAS UNIVERSITÁRIAS

MATHEUS AZEVEDO PORTELA MACEDO PRADO; ARTHUR COSTENARO DE PAULA; RICARDO MARINS CINTRA DE ALMEIDA; LUCAS IUSUTI MEDEIROS HO

Introdução: Hospitais-escola e universitários são polos de produção científica e assistência à saúde, destacando-se no manejo de doenças crônicas. Compreender a realidade epidemiológica específica de cada centro é fulcral para superar desafios institucionais e garantir um atendimento equitativo. **Objetivos:** Analisar a importância dos hospitais-escola para os municípios brasileiros. **Metodologia:** Revisão sistemática baseada nas diretrizes PRISMA. A busca foi realizada nas bases PubMed e Google Scholar, utilizando o cruzamento dos descritores “Epidemiology”, “University Hospitals” e “Brazil” com o operador booleano “AND”. Incluíram-se artigos de acesso gratuito, em português ou inglês, publicados entre 2020 e 2025, totalizando 10 estudos elegíveis. **Resultados:** A literatura evidencia a relevância das patologias crônicas, que exigem acompanhamento contínuo devido ao caráter prolongado. A prevalência dessas condições é diretamente influenciada por variáveis sociodemográficas (gênero, idade e comorbidades) e pelo estilo de vida. Como exemplo, a hipertensão arterial sistêmica e o diabetes mellitus apresentam variações expressivas de prevalência conforme o perfil analisado, demandando estratégias terapêuticas direcionadas a cada grupo. Ademais, ressalta-se a necessidade de estudar doenças carenciais, como a anemia, que também exibem flutuações epidemiológicas importantes em diferentes cenários. **Conclusão:** A análise conjunta entre a estrutura da policlínica e o perfil epidemiológico local é essencial para avaliar a eficácia do serviço frente às demandas do hospital-escola. O uso estratégico desses dados permite compreender a prevalência das doenças sob um escopo multifatorial e biopsicossocial. Desse modo, o estudo de casos e prontuários da Policlínica torna-se fundamental para verificar se as disparidades sociodemográficas são consideradas na formulação de um atendimento que respeite os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), conforme a Lei nº 8.080/90.

Palavras-chave: **EPIDEMIOLOGY; UNIVERSITY HOSPITALS; BRAZIL**

DOI: 10.51161/iv-conasus/84169

O IMPACTO DO MONITORAMENTO DA GLICEMIA CAPILAR DE PACIENTES COM DIABETES MELLITUS TIPO 2 NA PRÁTICA CLÍNICA

ANNE KAROLINE DA SILVA; LIANA SIGNORINI

Introdução: O alcance das metas de controle glicêmico (hemoglobina glicada HbA1c≥7,0% e glicemia capilar entre 70mg/dL e 180mg/dL) ainda é um desafio na prática clínica de cuidado ao paciente com Diabetes *mellitus* tipo 2, no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Objetivo:** Produzir uma revisão integrativa da literatura acerca da relevância da atuação do profissional de saúde no acompanhamento da glicemia capilar em pacientes com Diabetes *mellitus* tipo 2, em uso de insulina. **Metodologia:** Inicialmente foi elaborada a pergunta norteadora da pesquisa utilizando o acrônimo PICO: População (pacientes com Diabetes *mellitus* tipo 2 em uso de insulina); Intervenção (ação do profissional de saúde); Comparação (paciente sem acompanhamento profissional); *Outcomes* (desfecho - atingimento das metas terapêuticas). Em seguida, foram definidos os descritores de busca para coleta dos artigos em bases de dados. Posteriormente, foi realizada a triagem e elegibilidade dos estudos, conforme critérios de inclusão (publicação nos últimos dez anos, em português ou inglês, com pacientes com Diabetes *mellitus* tipo 2, insulinizados, que realizavam monitoramento glicêmico) e exclusão (menores de 18 anos, Diabetes Tipo 1 e gestacional). Por fim, foram realizadas a leitura e a análise crítica dos artigos. **Resultados:** A amostra final consistiu em 37 artigos que evidenciaram que atividades de intervenção dos profissionais de saúde por meio de atendimento coletivo e telemonitoramento têm impacto tanto na melhora do controle glicêmico quanto na adesão às práticas de autocuidado dos pacientes com Diabetes *mellitus* tipo 2. Isso se deve ao fato de que tais condutas ajudam superar barreiras de acesso ao cuidado, viabilizam comunicação colaborativa e decisão compartilhada sobre o tratamento. Ademais, atividades de educação em saúde bem conduzidas promovem empoderamento dos pacientes para que sustentem as atitudes de autocuidado ao longo dos anos e, assim, contribuam para a prevenção de complicações, responsáveis pela morbimortalidade do diabetes. **Conclusão:** As lacunas do autocuidado de pacientes com diabetes (fatores psicossociais e falta de estrutura das equipes de saúde) podem ser superadas com medidas educativas, de suporte multiprofissional e com auxílio de tecnologias inovadoras. Juntas, elas melhoram a adesão ao monitoramento da glicemia, diminuindo o risco de hospitalização e custos ao sistema de saúde.

Palavras-chave: **ADESÃO AO TRATAMENTO; AUTOMONITORIZAÇÃO DA GLICEMIA; EDUCAÇÃO EM SAÚDE**

DOI: 10.51161/iv-conasus/84227

MODELAGEM BASEADA EM AGENTES DA EFETIVIDADE DE MÁSCARAS E RESTRIÇÕES DE MOBILIDADE EM UMA COMUNIDADE ISOLADA DA AMAZÔNIA: SUBSÍDIOS PARA A VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA NO SUS

ROBHYSON D. R. DA SILVA; LÍLIAM C. C. MEDEIROS; ADRIANE S. REIS; ELBERT E. N. MACAU; IZABELA R. DA SILVA

RESUMO

A pandemia de COVID-19 evidenciou a importância das intervenções não farmacológicas no controle de epidemias, sobretudo em comunidades isoladas e semifechadas, cujas particularidades sociais e de mobilidade limitam a transferência direta de evidências obtidas em grandes centros urbanos. Este estudo teve como objetivo avaliar a efetividade do uso de máscaras e de restrições de mobilidade no controle da dinâmica epidêmica em uma vila industrial de mineração da Amazônia brasileira, gerando subsídios para a vigilância epidemiológica no âmbito do Sistema Único de Saúde. Trata-se de estudo epidemiológico baseado em simulação computacional, no qual foi desenvolvido um modelo baseado em agentes na plataforma NetLogo, estruturado sobre o arcabouço SEIR e parametrizado com dados da comunidade de Porto Trombetas, em Oriximiná, Pará. O modelo representa explicitamente agentes heterogêneos, rotinas diárias de mobilidade, turnos de trabalho e ambientes específicos de transmissão. Foram avaliados três cenários de intervenção, com adesão variando de zero a cem por cento: uso exclusivo de máscaras, restrição de mobilidade e estratégia híbrida. A robustez paramétrica foi verificada por análise de sensibilidade global, e os resultados foram validados contra vinte e dois meses de dados empíricos de vigilância. Os resultados mostraram que a adesão ao uso de máscaras apresenta efeito de limiar não linear e que a estratégia híbrida foi a mais efetiva, reduzindo o pico de infecções de setecentos e noventa e três para quarenta e oito casos. A análise de sensibilidade identificou a eficácia e a adesão às máscaras, além da taxa de transmissão nos alojamentos, como os principais determinantes dos desfechos. Conclui-se que o reforço da proteção respiratória de alta qualidade constitui a medida mais custo-efetiva para populações isoladas e que o modelo proposto configura-se como ferramenta de apoio à decisão em saúde pública para populações amazônicas atendidas pelo Sistema Único de Saúde.

Palavras-chave: COVID-19; Intervenções não farmacológicas; Saúde pública.

1 INTRODUÇÃO

A pandemia de COVID-19 explicitou o papel central das intervenções não farmacológicas (INF) — como o uso de máscaras, o distanciamento e as restrições de mobilidade — na contenção de epidemias respiratórias, especialmente em períodos de indisponibilidade ou distribuição desigual de recursos farmacológicos (CHU et al., 2020). Contudo, a maior parte das evidências disponíveis deriva de grandes centros urbanos, com atenção reduzida às comunidades pequenas, isoladas e semifechadas, que apresentam estruturas sociais, padrões de mobilidade e dinâmicas de contato distintos, limitando a transferência direta desses achados.

DOI: 10.51161/iv-conasus/84228

Na Amazônia brasileira, tais comunidades assumem particular relevância para o Sistema Único de Saúde (SUS). O acesso restrito, majoritariamente fluvial ou aéreo, a distância dos centros de referência e a baixa capacidade instalada de leitos tornam essas populações especialmente vulneráveis, ao mesmo tempo em que a mobilidade regulada e as rotinas bem definidas oferecem oportunidades singulares de contenção (FERRANTE et al., 2025). Nesse contexto, mesmo um único indivíduo infectado pode desencadear cadeias rápidas de transmissão, ao passo que intervenções direcionadas podem produzir benefícios desproporcionais.

Modelos compartimentais clássicos, baseados em equações diferenciais e na hipótese de mistura homogênea, apresentam limitações para representar a heterogeneidade comportamental, a estrutura espacial e a estocasticidade demográfica típicas de populações pequenas e estruturadas. A modelagem baseada em agentes (MBA) supera essas restrições ao representar indivíduos autônomos cujas interações fazem emergir a dinâmica epidêmica no nível populacional, sendo particularmente adequada à análise de populações localizadas e estruturadas (KERR et al., 2021; LORIG; CHHIM; ANDERSSON, 2021; TRUSZKOWSKA et al., 2021).

Diante dessa lacuna, o objetivo deste trabalho foi avaliar a efetividade do uso de máscaras e de restrições de mobilidade — isoladamente e de forma combinada — no controle da dinâmica epidêmica da COVID-19 em uma comunidade isolada de mineração da Amazônia brasileira, oferecendo subsídios quantitativos para o apoio à decisão em vigilância epidemiológica no âmbito do SUS.

2 MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo epidemiológico baseado em simulação computacional, conduzido a partir de um modelo baseado em agentes desenvolvido na plataforma NetLogo (WILENSKY; RAND, 2015) e estruturado sobre o arcabouço SEIR estendido para seis estados compartimentais: suscetível, exposto, pré-sintomático, sintomático, assintomático e recuperado. Os agentes seguem regras probabilísticas que governam mobilidade, transmissão, uso de máscara e progressão do estado de saúde, de modo que a dinâmica epidêmica emerge das interações individuais.

O modelo foi parametrizado para reproduzir a comunidade de Porto Trombetas, distrito de mineração no município de Oriximiná, região oeste do Pará. A vila abriga cerca de 1.800 residentes distribuídos em 45 alojamentos e 45 residências familiares, organizados em oito microambientes com probabilidades de transmissão distintas (transporte, refeitório, alojamento, residência, mina, escola, igreja e mercado) e em dois turnos de trabalho de 12 horas. Os parâmetros epidemiológicos foram obtidos da literatura internacional revisada por pares, incluindo a eficácia protetora de máscaras N95 (GURBAXANI; PARDO; MORENO, 2022); para os dois ambientes sem evidência empírica direta, as taxas de transmissão foram calibradas por Computação Bayesiana Aproximada com base em registros locais de agrupamento de casos.

Foram simulados três cenários de intervenção — uso exclusivo de máscaras, restrição de mobilidade e estratégia híbrida —, com níveis de adesão variando de 0% a 100%, em incrementos de 10%. Como desfechos, monitoraram-se o pico de infecções ativas, a taxa de crescimento epidêmico e a duração do achatamento da curva. A robustez paramétrica foi avaliada por análise de sensibilidade global, combinando Amostragem por Hipercubo Latino e Coeficientes de Correlação Parcial por Postos (LHS/PRCC) sobre dez parâmetros, totalizando 8.000 execuções (MARINO et al., 2008). Por fim, os resultados foram validados contra dados empíricos de vigilância de 22 meses (março de 2020 a janeiro de 2022), compreendendo 7.655 registros individuais e 3.436 casos confirmados; a primeira onda reuniu 1.804 casos, com pico de 628 indivíduos simultaneamente isolados.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

No cenário de uso exclusivo de máscaras, observou-se uma relação não linear entre adesão e controle epidêmico, caracterizando um efeito de limiar: reduções marginais na adesão resultaram em perdas abruptas de controle. Na ausência de qualquer medida (adesão de 0%), o pico atingiu 793 casos, afetando aproximadamente 40% da população; sob adesão plena, os picos permaneceram baixos e tardios, indicando supressão efetiva da transmissão. A restrição de mobilidade isolada reduziu a duração da epidemia, mas mostrou-se insuficiente para suprimir picos elevados, com pico médio de 552 casos sob restrição total.

A estratégia híbrida — combinando adesão plena a máscaras N95 e restrição total de mobilidade — foi a mais efetiva, reduzindo o pico para apenas 48 casos (cerca de 6% do pico sem intervenção), com taxa de crescimento de 3,19 infecções por dia. A validação contra os dados de vigilância confirmou a aderência estrutural do modelo aos padrões observados na primeira onda, conforme sintetizado na Tabela 1.

A relação dose-resposta entre a adesão ao uso de máscaras e a magnitude do pico epidêmico é apresentada na Tabela 2. Observa-se que a redução da adesão não produz efeito proporcional e gradual, mas sim uma transição qualitativa acentuada: a queda da adesão de 100% para 70% multiplica o pico por um fator superior a quatro, e a ausência total de proteção eleva o pico a mais de dez vezes o valor obtido sob adesão plena. Esse comportamento de limiar tem implicação operacional direta para a vigilância em saúde, pois indica que campanhas de adesão parcial podem não ser suficientes para conter surtos em ambientes de contato intenso, reforçando a necessidade de metas elevadas e sustentadas de adesão.

Tabela 1 — Indicadores de validação entre dados empíricos e simulados de Porto Trombetas (primeira onda).

Métrica	Empírico	Sim. crítica	Sim. híbrida
Pico de casos ativos	628	793	48
Dia do pico	13/06/2020	Dia 18	Dia 23
Taxa de crescimento (casos/dia)	31,4	95,1	3,19
Achatamento (dias)	8	13	30
Correlação de Pearson (r)	—	0,94	0,91
NRMSE (%)	—	22,2	44,8

Fonte: elaborada pelos autores (2026).

Tabela 2 — Relação dose-resposta entre a adesão ao uso de máscaras e os indicadores epidêmicos.

Adesão às máscaras (%)	Pico de infecções	Achatamento (dias)
100	73	78
90	153	18
70	306	14
40	539	12
0	793	13

Fonte: elaborada pelos autores (2026).

A análise de sensibilidade global identificou os parâmetros relacionados às máscaras — eficácia protetora (PRCC = −0,78) e adesão populacional (PRCC = −0,71) — como os

principais determinantes dos desfechos epidêmicos, seguidos pela taxa de transmissão nos alojamentos (PRCC = +0,64). Esse ordenamento reforça que o reforço da proteção respiratória de alta qualidade é a intervenção mais custo-efetiva no espaço de parâmetros considerado, enquanto a alta transmissão em acomodações compartilhadas — característica estrutural ausente de modelos urbanos típicos — configura alvo prioritário de intervenção.

Os achados são coerentes com metanálises que apontam a eficácia das máscaras na redução da transmissão do SARS-CoV-2 (CHU et al., 2020) e ampliam essa evidência ao quantificar seu efeito combinado em uma população amazônica semifechada. A boa correspondência entre simulação e dados empíricos foi obtida sem ajuste retrospectivo de curva, emergindo da representação estrutural da mobilidade, dos contatos heterogêneos e dos ambientes específicos de transmissão. Assim, o modelo deve ser interpretado como ferramenta comparativa de análise de cenários e de apoio à decisão, e não como sistema de previsão determinística. Para o SUS, esse tipo de instrumento pode subsidiar o planejamento de respostas a surtos em populações amazônicas de difícil acesso, apoiando a priorização de medidas em contextos de recursos limitados (FERRANTE et al., 2025).

Do ponto de vista da equidade em saúde, os resultados são particularmente relevantes para a Amazônia, onde a dispersão geográfica, a dependência de transporte fluvial ou aéreo e a limitada capacidade instalada de leitos ampliam a vulnerabilidade das populações isoladas. Ao demonstrar que uma medida de baixo custo — a proteção respiratória de alta qualidade — é o principal determinante do controle epidêmico, o estudo oferece um argumento técnico para a alocação prioritária de insumos de proteção individual nessas comunidades, alinhado aos princípios de integralidade e equidade do SUS. Além disso, a identificação da transmissão em acomodações compartilhadas como fator estrutural relevante sugere que ações de reorganização e ventilação desses espaços podem complementar as intervenções comportamentais, com potencial de replicação para outras comunidades semifechadas, como bases, assentamentos e instituições de longa permanência.

4 CONCLUSÃO

O uso consistente de máscaras de alta qualidade destaca-se como a medida isolada mais efetiva e custo-efetiva no controle da epidemia em comunidades isoladas. A combinação de máscaras com restrição de mobilidade produz o melhor desempenho, achatando de forma sustentada a curva epidêmica. A validação com 22 meses de dados de vigilância de Porto Trombetas confere plausibilidade empírica aos resultados. O modelo proposto constitui ferramenta reprodutível de apoio à decisão em vigilância epidemiológica para populações semifechadas atendidas pelo SUS.

Como limitações, o estudo não incorpora dinâmicas de vacinação, perda de imunidade ou adaptação comportamental de longo prazo, e suas conclusões aplicam-se sobretudo a comunidades ocupacionais com características estruturais semelhantes às de Porto Trombetas. Como perspectivas futuras, propõe-se a incorporação da vacinação e da imunidade variável, além da adaptação do arcabouço a outras comunidades semifechadas da Amazônia, ampliando sua utilidade para a gestão em saúde pública.

REFERÊNCIAS

CHU, D. K. et al. Physical distancing, face masks, and eye protection to prevent person-to-person transmission of SARS-CoV-2 and COVID-19: a systematic review and meta-analysis. **The Lancet**, v. 395, n. 10242, p. 1973-1987, 2020.

FERRANTE, L. et al. High transmission of SARS-CoV-2 in Amazonia, Brazil: an epidemiological strategy to contain severe cases of COVID-19. **Journal of Public Health Policy**, v. 46, p. 71-86, 2025.

GURBAXANI, B.; PARDO, J. N.; MORENO, P. M. D. Evaluation of different types of face masks to limit the spread of SARS-CoV-2: a modeling study. **Scientific Reports**, v. 12, p. 10296, 2022.

KERR, C. C. et al. Covasim: an agent-based model of COVID-19 dynamics and interventions. **PLOS Computational Biology**, v. 17, n. 7, e1009149, 2021.

LORIG, F.; CHHIM, N.; ANDERSSON, G. Agent-based social simulation of the COVID-19 pandemic: a systematic review. **Journal of Artificial Societies and Social Simulation**, v. 24, n. 3, 2021.

MARINO, S. et al. A methodology for performing global uncertainty and sensitivity analysis in systems biology. **Journal of Theoretical Biology**, v. 254, n. 1, p. 178-196, 2008.

TRUSZKOWSKA, A. et al. High-resolution agent-based modeling of COVID-19 spreading in a small town. **Advanced Theory and Simulations**, v. 4, n. 7, 2100224, 2021.

WILENSKY, U.; RAND, W. **An introduction to agent-based modeling**: modeling natural, social, and engineered complex systems with NetLogo. Cambridge, MA: MIT Press, 2015.

DOI: 10.51161/iv-conasus/84228

TESTAGEM E ISOLAMENTO ATIVOS NO CONTROLE DE EPIDEMIAS EM COMUNIDADES INDUSTRIAIS SEMIFECHADAS DA AMAZÔNIA: UM MODELO BASEADO EM AGENTES VALIDADO COM DADOS REAIS DE VIGILÂNCIA

ROBHYSON D. R. DA SILVA; LÍLIAM C. C. MEDEIROS; ADRIANE S. REIS; ELBERT E. N. MACAU; IZABELA R. DA SILVA

RESUMO

A pandemia de COVID-19 evidenciou a vulnerabilidade das comunidades industriais semifechadas, como as vilas de mineração, nas quais a moradia compartilhada, o transporte coletivo e as rotinas sincronizadas favorecem a transmissão explosiva de patógenos respiratórios. Como parcela expressiva da transmissão ocorre nas fases pré-sintomática e assintomática, as estratégias baseadas apenas na detecção de sintomáticos tornam-se insuficientes. Este estudo teve como objetivo avaliar a efetividade da vigilância ativa, fundamentada em testagem diária e isolamento espacial de casos, no controle de epidemias em uma comunidade de mineração da Amazônia brasileira, gerando subsídios para a vigilância epidemiológica no âmbito do Sistema Único de Saúde. Trata-se de estudo epidemiológico baseado em simulação computacional, no qual foi desenvolvido um modelo baseado em agentes na plataforma NetLogo, estruturado sobre um arcabouço SEIR estendido e representando 1.980 agentes que circulam entre residências, alojamentos, locais de trabalho, transporte e ambientes comunitários. Foram incorporados quatro mecanismos operacionais: testagem diária limitada pela capacidade laboratorial, janela de detectabilidade, isolamento espacial dos casos detectados e rastreamento de contatos domiciliares. Os cenários variaram a cobertura de testagem de 5% a 50%, isoladamente e em combinação com o uso universal de máscaras. A robustez foi verificada por análise de sensibilidade global, e o modelo foi validado contra os dados empíricos da primeira onda em Porto Trombetas. O cenário com 20% de cobertura reproduziu exatamente o pico observado de 628 casos, sem qualquer ajuste retrospectivo. A cobertura de testagem reduziu a carga epidêmica de forma monotônica, porém fortemente não linear, e a combinação de testagem moderada com máscaras mostrou-se superaditiva. A análise de sensibilidade apontou a transmissão nos alojamentos, a capacidade de testagem e o atraso de detecção como principais determinantes. Conclui-se que a vigilância ativa pode reduzir substancialmente a gravidade dos surtos mesmo sob capacidade laboratorial limitada, constituindo ferramenta de apoio à decisão para populações amazônicas atendidas pelo SUS.

Palavras-chave: COVID-19; Programas de rastreamento; Saúde pública.

1 INTRODUÇÃO

As comunidades industriais semifechadas — vilas de mineração, plataformas de exploração e acampamentos de obras — constituem sistemas epidemiológicos distintos, nos quais a alta densidade ocupacional, a moradia compartilhada, o transporte coletivo e as rotinas sincronizadas produzem redes de contato persistentes. Nesses ambientes, a introdução de um único caso pode desencadear cadeias rápidas de transmissão, e evidências de epidemiologia de

DOI: 10.51161/iv-conasus/84232

redes mostram que representar explicitamente a mobilidade e a estrutura espacial revela vias de propagação que os modelos de mistura homogênea não capturam (EUBANK et al., 2004).

A pandemia de COVID-19 tornou evidente a vulnerabilidade desses cenários. Como a transmissão do SARS-CoV-2 ocorre frequentemente na fase pré-sintomática, com pico de infecciosidade próximo ao início dos sintomas (HE et al., 2020), estratégias de controle baseadas apenas na detecção de sintomáticos mostram-se limitadas. A testagem tornou-se, assim, central; contudo, os ensaios moleculares apresentam sensibilidade dependente do tempo, com elevada probabilidade de falso-negativo nos primeiros dias após a infecção (KUCIRKA et al., 2020). Estudos de modelagem demonstraram que a frequência da testagem e o tempo de resposta muitas vezes superam a sensibilidade analítica como determinantes da efetividade da vigilância (LARREMORE et al., 2021).

A modelagem baseada em agentes (MBA) é particularmente adequada a esses problemas, pois representa indivíduos, comportamentos e ambientes de forma explícita, permitindo que as redes de transmissão emerjam das interações repetidas (KERR et al., 2021). Ainda assim, a vigilância ativa em populações industriais semifechadas tem recebido pouca atenção, e restrições operacionais — capacidade laboratorial finita, atrasos de resultado e escalonamento temporal dos testes — costumam ser omitidas, embora influenciem fortemente os desfechos reais.

Diante dessa lacuna, o objetivo deste trabalho foi avaliar como a cobertura de testagem, o momento da detecção e as políticas de isolamento interagem para moldar o crescimento, o pico e a incidência acumulada de uma epidemia em uma comunidade isolada de mineração da Amazônia brasileira, oferecendo subsídios quantitativos para a vigilância epidemiológica no âmbito do SUS.

2 MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo epidemiológico baseado em simulação computacional, conduzido a partir de um modelo baseado em agentes desenvolvido na plataforma NetLogo (WILENSKY; RAND, 2015) e estruturado sobre um arcabouço SEIR estendido com seis estados: suscetível, exposto, pré-sintomático, sintomático, assintomático e recuperado. A comunidade simulada compreende 1.980 agentes — 1.800 em alojamentos coletivos (45 unidades com cerca de 40 pessoas cada) e 180 em 45 residências familiares — que circulam entre residências, mina, refeitórios, transporte, mercado, escola, igreja e áreas de lazer, segundo regras probabilísticas que aproximam as rotinas diárias. Adotou-se fração assintomática de 60%, coerente com a literatura.

Sobre a dinâmica epidemiológica foi incorporada uma estrutura de vigilância com quatro mecanismos operacionais: testagem diária limitada pela capacidade laboratorial; janela de detectabilidade de três dias, representando o intervalo entre a infecção e a detecção diagnóstica confiável; isolamento espacial dos casos detectados em instalação designada; e rastreamento de contatos no nível domiciliar, priorizando os coabitantes de um caso positivo na testagem do dia seguinte. O isolamento automático de sintomáticos permaneceu ativo em todos os cenários, de modo que a vigilância atua como camada adicional de detecção de infecções pré-sintomáticas e assintomáticas.

Duas probabilidades de transmissão sem estimativas externas confiáveis (igreja e mercado) foram calibradas por Computação Bayesiana Aproximada (BEAUMONT; ZHANG; BALDING, 2002) contra dados de agrupamento de casos de Porto Trombetas, distrito de mineração em Oriximiná, Pará; os demais parâmetros foram fixados em valores da literatura. Foram avaliados cenários de cobertura de testagem de 5% a 50%, isoladamente e combinados ao uso universal de máscaras, além de três regimes temporais (diário, diurno e noturno). Como desfechos, monitoraram-se o pico de prevalência, a taxa de crescimento, o achatamento e a

duração. A robustez foi avaliada por análise de sensibilidade global (LHS/PRCC) sobre dez parâmetros, totalizando 8.000 execuções (MARINO et al., 2008). O modelo foi validado contra a primeira onda de Porto Trombetas (abril a setembro de 2020; 1.804 casos), cujo pico de prevalência de isolados foi de 628 em 13 de junho de 2020.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

No cenário-base, sem vigilância ativa, a epidemia atingiu pico de 793 indivíduos infecciosos simultâneos — cerca de 40% da população — por volta do vigésimo dia, com taxa de crescimento de 95,14 indivíduos por dia. Como aproximadamente 60% das infecções permanecem assintomáticas, o isolamento baseado apenas em sintomas mostrou-se estruturalmente insuficiente para conter o surto em uma comunidade marcada por contato repetido em alojamentos, transporte e refeitórios.

A cobertura de testagem reduziu a carga epidêmica de forma monotônica, porém fortemente não linear (Tabela 1). Coberturas baixas (5% a 15%) reduziram pouco o pico, ao passo que coberturas altas alteraram qualitativamente a trajetória: a 50% de cobertura, o pico caiu para 259 casos (redução de 67% em relação à base), com queda de sete vezes na taxa de crescimento. Ainda assim, a transmissão não foi eliminada, indicando que a testagem isolada não suprime totalmente surtos nesse tipo de população estruturada.

Tabela 1 — Efeito da cobertura de testagem sobre o pico epidêmico.

Cobertura de testagem (%)	Pico de infecções	Redução vs. base (%)
Base (sem vigilância)	793	—
20	628	21
30	478	40
40	401	49
50	259	67

Fonte: elaborada pelos autores (2026).

A combinação de testagem moderada com uso universal de máscaras revelou-se superaditiva: a estratégia combinada a 30% de cobertura (pico de 362 casos) superou a testagem isolada a 45% (pico de 389), alcançando melhor resultado com menor capacidade laboratorial. O escalonamento temporal também importou: a testagem noturna, aplicada após os turnos, produziu os menores picos em altas coberturas, ao capturar infecções acumuladas durante a jornada antes da transmissão noturna nos alojamentos.

O resultado central deste estudo, entretanto, é a validação empírica (Tabela 2). O cenário com 20% de cobertura reproduziu exatamente o pico observado na primeira onda de Porto Trombetas — 628 casos —, com desvio de 0% e sem qualquer ajuste retrospectivo, além de alta concordância de forma ($r = 0,94$) e ausência de diferença estatística na fase de crescimento ($p = 0,99$). Como nenhum parâmetro foi ajustado à série de validação, essa correspondência emerge da estrutura do modelo, e não de sobreajuste de curva, o que representa forma mais robusta de validade.

Tabela 2 — Indicadores de validação entre o cenário simulado (Testagem 20%) e a primeira onda observada em Porto Trombetas.

Métrica	Valor	Interpretação
Pico observado (1ª onda)	628 casos	13/06/2020
Pico simulado (Testagem 20%)	628	0% de desvio
Correlação de Pearson	r = 0,94	alta concordância de forma

DOI: 10.51161/iv-conasus/84232

NRMSE	22,2%	adequado para cenários
Mann-Whitney (crescimento)	p = 0,99	sem diferença detectável
Letalidade (dados)	0,41%	14 / 3.436 confirmados

Fonte: elaborada pelos autores (2026).

A análise de sensibilidade global identificou a transmissão nos alojamentos (PRCC = +0,60) como o principal amplificador do surto, e a capacidade de testagem (PRCC = −0,57), a eficácia das máscaras (PRCC = −0,50) e o atraso de detecção (PRCC = +0,55) como as alavancas dominantes de controle; o período de incubação e a transmissão na mina não foram estatisticamente significativos. Esse ordenamento é coerente com a literatura, que aponta a frequência da testagem e o tempo de resposta como determinantes da vigilância acima da sensibilidade analítica (LARREMORE et al., 2021), e reforça o papel da detecção precoce diante da transmissão pré-sintomática (HE et al., 2020). Para o SUS, os achados sustentam a priorização da ampliação da capacidade diagnóstica, da redução do atraso de detecção e da descompressão dos alojamentos como alvos de intervenção em populações amazônicas de difícil acesso.

4 CONCLUSÃO

O isolamento baseado apenas em sintomas é estruturalmente insuficiente para conter surtos em comunidades industriais densamente conectadas. A cobertura de testagem reduz a carga epidêmica de modo monotônico, mas fortemente não linear, exigindo coberturas acima de 30% para atenuação relevante e de 45% a 50% para supressão substancial. A combinação de testagem com máscaras é superaditiva, e a testagem realizada após os turnos supera a diurna em altas coberturas.

A validação com dados reais confere plausibilidade empírica robusta aos resultados: o modelo reproduziu o pico observado em Porto Trombetas com desvio nulo e sem calibração retrospectiva. O modelo proposto constitui, assim, ferramenta reprodutível de apoio à decisão em vigilância epidemiológica para populações semifechadas atendidas pelo SUS, sobretudo em contextos de capacidade laboratorial limitada.

Como limitações, o estudo simula uma única introdução do vírus em população suscetível, sem representar vacinação, reinfecção ou variantes, e o rastreamento de contatos restringe-se ao nível domiciliar. Como perspectivas futuras, propõem-se a calibração específica para outros surtos, a incorporação da vacinação e de variantes e a avaliação de estratégias mistas de testagem, ampliando a utilidade do arcabouço para a gestão em saúde pública.

REFERÊNCIAS

BEAUMONT, M. A.; ZHANG, W.; BALDING, D. J. Approximate Bayesian computation in population genetics. **Genetics**, v. 162, n. 4, p. 2025-2035, 2002.

EUBANK, S. et al. Modelling disease outbreaks in realistic urban social networks. **Nature**, v. 429, p. 180-184, 2004.

HE, X. et al. Temporal dynamics in viral shedding and transmissibility of COVID-19. **Nature Medicine**, v. 26, p. 672-675, 2020.

KERR, C. C. et al. Covasim: an agent-based model of COVID-19 dynamics and interventions. **PLOS Computational Biology**, v. 17, n. 7, e1009149, 2021.

KUCIRKA, L. M. et al. Variation in false-negative rate of RT-PCR-based SARS-CoV-2 tests by time since exposure. **Annals of Internal Medicine**, v. 173, n. 4, p. 262-267, 2020.

LARREMORE, D. B. et al. Test sensitivity is secondary to frequency and turnaround time for COVID-19 screening. **Science Advances**, v. 7, n. 1, eabd5393, 2021.

MARINO, S. et al. A methodology for performing global uncertainty and sensitivity analysis in systems biology. **Journal of Theoretical Biology**, v. 254, n. 1, p. 178-196, 2008.

WILENSKY, U.; RAND, W. **An introduction to agent-based modeling**: modeling natural, social, and engineered complex systems with NetLogo. Cambridge, MA: MIT Press, 2015.

DOI: 10.51161/iv-conasus/84232

PREVENIR PARA CUIDAR : EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA PREVENÇÃO DE ISTs E HIV

CLAUDIA DANIELA SOUSA DE ASSIS MESSIAS; ANTÔNIA DO NASCIMENTO LIMA

Introdução: As Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) e a infecção pelo HIV continuam sendo importantes problemas de saúde pública, exigindo ações educativas capazes de aproximar informação segura da população de forma acessível e humanizada. Ainda existem muitos tabus, preconceitos e dúvidas relacionados às formas de transmissão, prevenção e diagnóstico precoce, tornando necessária a realização de estratégias educativas voltadas para conscientização e promoção da saúde. **Objetivo:** Promover educação em saúde sobre prevenção das ISTs e HIV em espaços públicos do município do Rio de Janeiro, ampliando o diálogo sobre autocuidado, prevenção e saúde sexual. **Metodologia:** Trata-se de um projeto extensionista realizado na Praia de Copacabana, no Parque de Madureira e na área externa da casa de shows Espaço Hall, envolvendo adultos de diferentes faixas etárias. As ações foram desenvolvidas por meio da dinâmica “mito ou verdade”, orientações educativas sobre formas de transmissão, prevenção combinada, uso correto do preservativo masculino e feminino, testagem, PEP e PrEP, além da distribuição de folders educativos, preservativos, squeezes e brindes simples. Também foi utilizada uma caixa com espelho como recurso simbólico para estimular reflexão sobre autocuidado e valorização da própria vida. O projeto contou ainda com contribuição técnica do médico infectologista Dr. Mauro Treistman para fortalecimento das orientações realizadas durante as ações. **Resultados:** Observou-se participação ativa do público, abertura para esclarecimento de dúvidas e grande desconhecimento sobre prevenção combinada, formas corretas de transmissão e outras ISTs além do HIV. Também foi possível identificar permanência de mitos e preconceitos relacionados ao tema. **Conclusão:** Conclui-se que ações extensionistas em espaços públicos favorecem o diálogo, ampliam o acesso à informação e fortalecem a conscientização sobre prevenção das ISTs e HIV, além de contribuírem significativamente para a formação acadêmica e humana das participantes.

Palavras-chave: **INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS; HIV; EDUCAÇÃO EM SAÚDE;**

DOI: 10.51161/iv-conasus/84243

A IMPORTÂNCIA DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UMA REVISÃO DE LITERATURA

THAIANNE CAVALCANTE SÉRVIO; RENATA FORTES SANTIAGO; GILBERTO PORTELA SILVA; MAURO MENDES PINHEIRO MACHADO; JOÃO JOEL ALVES DA SILVA; ANTÔNIA MYKAELE CORDEIRO BRANDÃO; MARIA EDUARDA LIMA DO NASCIMENTO

Introdução: A Atenção Primária à Saúde (APS) é a porta de entrada do sistema de saúde, tendo como atributos essenciais o acesso de primeiro contato, a integralidade, a longitudinalidade e a coordenação do cuidado. A atenção básica, porta de entrada do sistema de saúde do Brasil (SUS) atua desde a promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos até o diagnóstico, tratamento e reabilitação, abrangendo um leque amplo de atividades, com destaque para a educação em saúde**. Objetivo:** Analisar o papel da educação em saúde na Atenção Primária à Saúde. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão integrativa da literatura realizada nas bases de dados Pubmed e Scielo, utilizando os descritores: Atenção Primária à Saúde AND Educação em Saúde AND Promoção da Saúde OR Reabilitação, e seus correlatos em inglês, publicados nos últimos 10 anos. **Resultados:** No Scielo, três artigos foram encontrados englobando estratégias de educação na atenção de pacientes pós Acidente vascular encefálico (AVE), em pacientes com doenças crônicas no contexto da estratégia de saúde da família e na formação médica. Na base de dados Pubmed, encontrou-se 58 artigos, ressaltando a educação em saúde como fator imprescindível para adesão ao tratamento e empoderamento dos pacientes, atuando como alicerce no enfrentamento das mais diversas disfunções, incluindo câncer, doenças neurológicas, cardiovasculares, diabetes, doenças pulmonares. A literatura evidencia o papel da educação e das orientações dos pacientes como ação essencial para a resolutividade da APS. **Conclusão:** A educação em saúde é uma estratégia importante na atenção a pacientes com uma série de disfunções, contribuindo para a maior resolutividade da APS.

Palavras-chave: **ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE; EDUCAÇÃO EM SAÚDE; SISTEMA DE SAÚDE**

DOI: 10.51161/iv-conasus/84267

AXÉ: ESPIRITUALIDADE E SAÚDE

BARBARA SCHNEIDER HENRIQUE FILGUEIRA; LUANA CAMILA DOS SANTOS SCHEPP; EMILIA FERNANDA AZEVEDO MENEZES; BIANCA RAIANNE CÂNDIDO DE SOUSA; ANA BEATRIZ ALMEIDA PAZ; ANA CÉLIA RODRIGUES ATHAYDE

RESUMO

A influência da espiritualidade tem demonstrado potencial impacto sobre a saúde física e, principalmente, mental, se fortalecendo como possível fator de prevenção ao desenvolvimento de doenças, na população precipuamente sadia, e eventual redução de óbito ou impacto de diversas doenças. A abordagem em saúde integral ainda é um desafio para o SUS, especialmente na atenção primária à saúde e ao se utilizar a Educação como ferramenta de minimizar os conflitos existentes na sociedade a partir de suas relações étnico-raciais, chegar-se-á a um acolhimento e resolutividade tão almejados. Nesse contexto, este relato tem como tema espiritualidade e saúde, inserido no amplo eixo teórico e metodológico dos estudos de antropologia, saúde coletiva e epidemiologia da religiosidade e saúde. A espiritualidade contribui para o estado de saúde das pessoas e tem sua importância registrada nas diversas áreas da vida, seja motivando, capacitando e até mesmo fornecendo esperança. Objetivos: Relatar a experiência de atividade extensionista na difusão e divulgação de conhecimentos sobre a importância da espiritualidade para promoção da saúde integral e a integração entre a sociedade e a universidade transversalmente à espiritualidade através da educação popular. Relato de experiência: A experiência foi desenvolvida ao longo de oito meses com 10 conselheiros de saúde e dois terreiros. Foi utilizado o modelo de palestra e participação nas atividades religiosas. Registrou-se o completo desconhecimento sobre o tema e as religiões de matriz africana. Observou-se progressivo aumento no engajamento dos conselheiros e povos de terreiro em resposta às participações nas atividades. Conclusão: A experiência evidenciou que o modelo metodológico contribuiu positivamente para a construção do conhecimento sobre o tema no público trabalhado.

Palavras-chave: Promoção; Povos de Terreiro; Intolerância Religiosa.

1 INTRODUÇÃO

A educação em saúde, muitas vezes, parte do pressuposto de que existem ações prescritivas para as pessoas mudarem seus hábitos, mediante práticas baseadas em um único conhecimento, o do profissional da saúde. No entanto, Para a Educação Popular em Saúde (EPS), o ponto de partida são os saberes prévios dos educandos, construídos pelas pessoas à medida que essas vão seguindo sua história, cabendo aos educadores populares a facilitação da ampliação da análise crítica de suas realidades, para que consigam superar situações adversas (Gomes e Merhy, 2011).

A Organização Mundial da Saúde reconhece que a dimensão espiritual tem um papel importante na motivação das pessoas em todos os aspectos de sua vida. "Afirma que essa

DOI: 10.51161/iv-conasus/84471

dimensão não somente estimula atitudes saudáveis, mas também deve ser considerada como um fator que define o que seja saúde" (Toniol, 2017).

Pesquisas vem indicando que o sentimento de conforto e a força obtida por meio de crenças religiosas são eficazes para promover sentimentos positivos e melhorar a saúde (Athayde, *et al.*2025). Embora as práticas espirituais possam não curar o paciente, elas ajudam a manter um bom estado de ânimo, prevenir problemas de saúde e enfrentar a doença e a morte (Ahmadi, 2023).

As religiões de matriz africana têm sido reconhecidas por sua contribuição moral, social e terapêutica na sociedade. Estudos indicam que os terreiros de umbanda e candomblé oferecem apoio para diversos problemas de saúde, incorporando recursos de diferentes tradições culturais. Durante as sessões de cura, os participantes buscam auxílio em questões relacionadas à saúde, refletindo o crescente papel da religiosidade no tratamento de enfermidades e no bem-estar dos indivíduos (Brandão; Gomes; Apostolidis, 2023).

A RESOLUÇÃO Nº 715 (BRASIL- CNS, 2023), (Re) conhece as manifestações da cultura popular dos povos tradicionais de matriz africana e suas Unidades Territoriais Tradicionais como equipamentos promotores de saúde e cura complementares do SUS.

A Educação, Cultura e as ações da extensão universitária estão, sempre atentas às demandas sociais, como se evidenciou mundialmente na pandemia de covid-19, onde com a participação ativa da comunidade através das ações universitárias que é o processo educativo, cultural e científico (Athayde *et al.*, 2026), que estabelece as relações entre a comunidade acadêmica e a sociedade para a transformação social (Almeida; Watanabe, 2023).

Objetivou-se divulgar através da atividade de extensão, a importância da espiritualidade na integralização da saúde para promoção da saúde integral e a integração entre a sociedade e a universidade transversalmente à espiritualidade através da educação popular entre profissionais da área de saúde, sociedade e povos de terreiro enfatizando que a prática espiritual não substitui, quando necessário o acompanhamento médico adequado, promovendo através da educação, saúde, qualidade de vida e respeito às religiões e seus segmentos.

2 RELATO DE CASO/EXPERIÊNCIA

Foi realizada uma imersão em territórios de saúde utilizando-se o método etnográfico moderno e da antropologia social, a observação participante (Malinowski, 2016) onde se mesclou, em alguns momentos, abordagens críticas baseadas no diálogo, no respeito às vivências dos participantes e na transformação da realidade social.

As atividades foram desenvolvidas no município de Patos-PB. Foram atendidos 20 Conselheiros e Conselheiras de Saúde do Município e a comunidade religiosa de dois Terreiros no município de Patos.

Como se tratou de atividade extensionista a ferramenta metodológica aplicada nos encontros foi utilizada o modelo palestra, durante a qual, o diálogo foi aberto e participativo e ao final de cada sessão se realizou a escuta acerca das impressões iniciais, temor, registros de pleno desconhecimento e principalmente de relatos a cerca da importância do tema.

As palestras foram conduzidas por Professores Orientadores e bolsistas e abordavam: conceitos gerais de saúde, religiões, espiritualidade, atenção primária a saúde e SUS; conhecimento sobre a Resolução Nº 715/CNS/2023; fundamentos da Saúde Integral; ancestralidade e intolerância religiosa.

3 DISCUSSÃO

As atividades se concentraram na participação em eventos e difusão de conhecimento para a informação e formação com os Conselheiros e Conselheiras de Saúde, e povos de

terreiros (fig. 1 e fig. 2).

Figura 1. Formação para Conselheiros no Conselho Municipal de Saúde. Patos-PB (arquivo pessoal)

Figura 2. Formação para Povos de Terreiro. Encontro da Jurema Sagrada. Patos-PB (arquivo pessoal)

DOI: 10.51161/iv-conasus/84471

Durante os momentos de informação e formação foi abordado o tema Espiritualidade e Saúde apresentando o Coping Religioso e Espiritual conceito chave para entender a relação religiosidade, espiritualidade e saúde pois, se refere aos esforços comportamentais e cognitivos para dominar, reduzir ou tolerar as demandas internas e/ou externas que têm origem em situações estressantes (Athayde e Mamede, 2025).

Ao se contextualizar que se pode utilizar a oração para tentar solucionar um problema e/ou minimizar emoções (ansiedade) ou participar de atividades religiosas como forma de lidar com os problemas (Esperandio, 2017), por exemplo foi observado total desconhecimento pelos técnicos de saúde, no entanto, fortemente confirmado e defendido pelos povos de terreiro e seus líderes religiosos.

Como atividade de extensão e formação participou-se de vários momentos e ritualísticas (fig. 3), a saber, religioso: a exemplo do culto aos Orixás, especificamente ao Orixá Xangô, à louvação a Xangô, foi um momento de profunda espiritualidade, respeito às tradições religiosas e celebração dos valores da justiça, força, sabedoria e equilíbrio que contou com a presença de líderes religiosos e sociedade civil, momento de reconhecimento à diversidade religiosa e valorização da ancestralidade afro-brasileira; e cultural: como a 3º Edição do Festival da Cultura Juremeira do Sertão da Paraíba que teve por finalidade de mostrar à comunidade a força, a ancestralidade e a resistência da Cultura Juremeira congregando o Saber Ancestral do povo de terreiro, sobretudo, o povo da Jurema em torno da história e cultura afro-indígena por meio das práticas ancestrais, em compartilhamento com o Saber Científico que atesta a eficácia dessas práticas na qualidade da saúde da vida humana. Momentos que confirmaram o desconhecimento de muitos participantes sobre a conexão entre saúde e espiritualidade, quando estudos já confirmam que o sentimento de conforto e a força obtida por meio de crenças religiosas e a espiritualidade são eficazes para promover sentimentos positivos e melhorar a saúde (Athayde *et al*., 2025*;* Ahmadi, 2023).

Figura 3. Ritualística com a Jurema Sagrada
(arquivo pessoal)

É importante destacar que a espiritualidade exerce um papel fundamental, para além das práticas religiosas desenvolvidas no interior de igrejas, casas espíritas, tendas/terreiro, e outros ao fornecerem apoio, alívio e ajuda no processo de recuperação e melhora do estado de saúde dos pacientes, considerada em alguns estudos como fator necessário nas clínicas de saúde (Ferretti, 2010).

DOI: 10.51161/iv-conasus/84471

Os resultados obtidos durante as atividades desenvolvidas atestam o desconhecimento sobre o tema e reforça a necessidade de estudos, afinal as religiões e aqui se faz um recorte para as afro-indígenas que já têm sido reconhecidas por sua contribuição moral, social e terapêutica na sociedade (Brandão; Gomes; Apostolidis, 2023).

4 CONCLUSÃO

O desconhecimento dos profissionais sobre as conexões entre espiritualidade e saúde foi marcadamente registrado, no entanto o segmento se mostrou receptivo e atestou a necessidade da abordagem na busca pela saúde integral.

A ação nos territórios dos terreiros e serviços de saúde foi determinante para o alcance dos objetivos das atividades de extensão, que buscaram difundir e divulgar a importância da espiritualidade para a promoção integral da saúde. A princípio partiu-se da superação de barreiras de comunicação e criou-se um ambiente mais favorável para as próximas etapas reduzindo as assimetrias do tema.

A relação entre, o espiritual e a qualidade de vida em comunidades de terreiro de Patos-PB revelou um perfil de enfrentamento positivo, onde a fé e a busca por uma relação positiva com o sagrado funcionam como o principal recurso diante das adversidades, coexistindo com uma qualidade de vida marcada por desafios significativos, especialmente nas esferas financeira, emocional e física.

A dificuldade de comunicação com os grupos de terreiro, tornou o processo de desenvolvimento das ações mais demorado. No entanto, o modelo metodológico utilizado foi fortemente positivo contribuindo dessa forma para a construção do conhecimento sobre o tema no público trabalhado.

Sugere-se que sejam realizadas mais pesquisas que busquem compreender mais as comunidades de terreiro e a relação com espiritualidade e saúde deste grupo, para que os resultados obtidos respaldem cada vez mais as atividades de extensão de caráter informativo para os profissionais da área de saúde, povos de terreiro e sociedade civil.

REFERÊNCIAS

AHMADI, A.; HEIDARZADEH, A.; DEHGHAN, M.; SAFARIZADEH, M. H.; FOROUZI, M. A. Spiritual coping strategies: Relationship with physical, anxiety, and depression symptoms of patients with cancer. **Indian Journal of Cancer**, Mumbai, v. 60, n. 3, p. 439-446, 2023.

ALMEIDA, R.; WATANABE, P. C. A. Cultura e extensão, o diálogo da comunidade acadêmica com a sociedade. 2023. Disponível em: https://jornal.usp.br/artigos/cultura-e-extensao-o-dialogo-da-comunidadeacademica-com-a-sociedade/. Acesso em: 20 abr. 2025.

ATHAYDE, A. C. R.; LEITE, E. L. ; BRITO JÚNIOR, L. de ; ALMEIDA E. S.; LIMA M. M.; PAZ A. B. A. ; SOUSA, B. R. C. ; LIMA, M. C. A. ; CORREIA, C. A. . Programa de Extensão: CONEXÕES ENTRE SAÚDE E ESPIRITUALIDADE. 2026. (Relatório de Extensão).

ATHAYDE, A. C. R.; CORDEIRO, A. C. G.; MAMEDE, A. P.; CRUZ, D. O.; LEITE, E. LIMA; WAKED, J. P.; ANDRADE, J. R. de; BRITO JÚNIOR, L. de ; FREITAS J.; ODON R. de. Coping religioso-espiritual: um estudo sobre saúde e qualidade de vida em instituições religiosas em Patos-PB. **Caderno Pedagógico** (LAJEADO. ONLINE), Curitiba, v. 22, p. e14645-19, 2025.

ATHAYDE, A. C. R. & MAMED, A. P. COPING RELIGIOSO-ESPIRITUAL: SAÚDE, RELIGIOSIDADE E QUALIDADE DE VIDA EM INSTITUIÇÕES AFRO-INDÍGENAS EM PATOS-PB. In: **Congresso de Iniciação Científica da Universidade Federal de Campina Grande**, XXII., 2025, Campina Grande. Anais [...]. Campina Grande: UFCG. p.1-4, 2025

BRANDÃO, J. L.; GOMES, A. M. T.; APOSTOLIDIS, T. Percepções de umbandistas sobre resultados das Cirurgias espirituais na Umbanda e suas contribuições para a qualidade de vida dos pacientes. **REFLEXUS-Revista Semestral de Teologia e Ciências das Religiões**, Vitória, v. 17, n. 2, p. 387-405, 2023.

Brasil. Conselho Nacional de Saúde. **RESOLUÇÃO Nº 715, DE 20 DE JULHO DE 2023**. Dispõe sobre as orientações estratégicas para o Plano Plurianual e para o Plano Nacional de Saúde provenientes da 17ª Conferência Nacional de Saúde e sobre as prioridades para as ações e serviços públicos de saúde aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde. Diário Oficial da União.

ESPERANDIO, M. R. G. Michel, R. B.; Trebien, H. A. C.; Menegatti, C. L. Coping religioso/espiritual na antessala de UTI: reflexões sobre a integração da espiritualidade nos cuidados em saúde. **Interações**, Belo Horizonte, v. 12, n. 22, p. 303-322, 2017.

FERRETTI, M. Mineiro-curador e curador-mineiro: integração de tradições culturais diversas em terreiros de religiões afro-brasileiras do Maranhão. **Revista de Teologia e Ciências da Religião da UNICAP**. Recife, v.2, n. 2, p. 63-84, 2010.

GOMES L. B.; MERHY E. E. Compreendendo a educação popular em saúde: um estudo na literatura brasileira. **Caderno de Saúde Pública.** 2011. Disponível em: https://www.scielosp.org/article/csp/2011.v27n1/7-18/. Aceso em: 15 abr. 2025.

MALINOWSKI, B. **Argonautas do Pacífico Ocidental**. Tradução de Ligia Aparecida Cardieri. São Paulo: Ubu Editora, 2016.

TONIOL, R. Atas do espírito: a Organização Mundial da Saúde e suas formas de instituir a espiritualidade. **Anuário Antropológico,** Brasília, UNB, 2017, v. 42, n. 2, p. 267-299.

INTERNAÇÕES POR TRANSTORNOS ANSIOSOS EM MULHERES NA IDADE CLIMATERIANA NO BRASIL (2015–2025)

VICTORIA BRUNA ALVES FACUNDO; VICTORIA FACUNDO

Introdução: O climatério compreende a transição que marca o declínio das funções reprodutivas femininas. Iniciada na quarta década de vida, antecede a menopausa e decorre de alterações hormonais, caracterizadas pelo aumento do FSH em comparação ao LH ao final do período, redução de progesterona e do hormônio antimülleriano, e flutuações de estradiol. Essa desregulação afeta o sistema serotoninérgico em áreas encefálicas cruciais para o humor, justificando a expressiva incidência de quadros depressivos e ansiosos. O cenário pós-pandemia da COVID-19 atuou como agravante, ampliando os transtornos de humor. Embora haja alta prevalência de sintomas ansiosos na atenção primária, dados sobre manifestações graves que resultam em internações hospitalares no Brasil são escassos. **Objetivo:** Analisar o perfil epidemiológico e a tendência temporal das internações por transtornos ansiosos em mulheres no climatério no Brasil, entre 2015 e 2025. **Metodologia:** Estudo retrospectivo e descritivo baseado em dados secundários do SIH/SUS via Tabnet/DATASUS (2015–2025). Selecionou-se a população feminina de 40 a 59 anos (variável proxy para o climatério) com diagnóstico principal no agrupamento de "Transtornos neuróticos, relacionados com o estresse e somatoformes" da CID-10. Variáveis incluíram ano de processamento e região. O estudo dispensou aprovação em Comitê de Ética por utilizar dados públicos. **Resultados:** Registraram-se 6.786 internações no período. Observou-se crescimento contínuo a partir de 2022 (n = 660), atingindo o pico em 2025 com 1.043 casos (alta de 125,2% ante 2015). A distribuição regional evidenciou centralização no Sudeste (n = 3.220; 47,4%), seguido por Sul (n = 1.348; 19,8%), Nordeste (n = 1.067; 15,7%), Centro-Oeste (n = 979; 14,4%) e Norte (n = 172; 2,5%). **Conclusão:** Os dados apontam avanço preocupante nas hospitalizações por ansiedade no climatério, com eclosão pós-pandemia e predomínio no Sudeste. As oscilações neuroendócrinas dessa transição, somadas a estressores globais, elevam o risco de crises graves. Torna-se imprescindível o aprimoramento do rastreio precoce na atenção primária focado na saúde mental na perimenopausa para reduzir descompensações e a sobrecarga hospitalar.

Palavras-chave: **CLIMATÉRIO; TRANSTORNOS DE ANSIEDADE; HOSPITALIZAÇÃO**

DOI: 10.51161/iv-conasus/84523

DADOS ABERTOS EM SAÚDE E POLÍTICAS PÚBLICAS: A INTERSECÇÃO ENTRE MUNICÍPIOS E ORGANIZAÇÕES SOCIAIS DE SAÚDE – REVISÃO SISTEMÁTICA

ARTHUR COSTENARO DE PAULA; ANA LAURA CAMPOS MELO; RICARDO MARINS CINTRA DE ALMEIDA; MATHEUS AZEVEDO PORTELA MACEDO PRADO

Introdução: A incorporação progressiva de dados epidemiológicos em saúde reformula substancialmente o planejamento de políticas públicas globalmente. Evidências robustas de projeção populacional funcionam como pilares hermenêuticos para a tomada de decisões estratégicas. No cenário brasileiro, a atuação das Organizações Sociais de Saúde (OSS) e dos entes municipais assume papel central no gerenciamento desse fluxo. A literatura científica ratifica que a transparência corporativa, a padronização metodológica e a transformação digital são imperativas para mitigar assimetrias regionais e qualificar a governança. **Objetivo:** Analisar criticamente a literatura acerca da disponibilidade de dados abertos atinentes à atuação das OSS nos municípios brasileiros. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão sistemática ancorada nas diretrizes do constructo PRISMA. Operacionalizou-se a busca na base de dados PubMed mediante o cruzamento dos descritores indexados *"Open Information"*, *"Municipality"*, *"Social Health Organization"* e *"Brazil"*, mediados pelo operador booleano *"AND"*. Adotou-se como critérios de inclusão artigos de acesso gratuito, nos idiomas português ou inglês, publicados entre 2020 e julho de 2025, totalizando 10 estudos elegíveis. **Discussão:** Os achados demonstram que estimativas públicas acessíveis subsidiam a alocação equitativa de recursos escassos por prefeituras e OSS. Contudo, a escassez de padronização e a incipiente digitalização configuram severas barreiras de acesso. Sob essa ótica, a ferramenta STARDIT sobressai como dispositivo catalisador de transparência no ecossistema de acesso aberto. Ademais, consórcios de dados multicêntricos refinam protocolos clínicos sob incerteza, enquanto a articulação intersetorial de equipes comunitárias potencializa a vigilância em saúde. Perante lacunas na coordenação técnico-administrativa municipal, as OSS emergem como vetores de comunicação social ética e inteligível. Dos artigos analisados, 70% convergem que o binômio intersecção institucional e publicização de dados gera impactos sociais positivos; 60% correlacionam diretamente a transparência ativa à resolutividade das políticas públicas voltadas ao enfrentamento de morbidades específicas. **Conclusão:** A democratização e a padronização de dados auditáveis fortalecem o binômio OSS-município, mitigando vulnerabilidades. Malgrado os desafios estruturais perenes, a sinergia entre o terceiro setor, a gestão municipal e a sociedade civil consolida empiricamente a cultura de dados abertos no Sistema Único de Saúde.

Palavras-chave: **OPEN INFORMATION; MUNICIPALITY; HEALTH SOCIAL ORGANIZATION**

DOI: 10.51161/iv-conasus/84532

TRANSFORMAÇÃO DIGITAL NA GESTÃO HOSPITALAR: RELATO DA EXPERIÊNCIA DO PRIMEIRO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA REDE HU BRASIL A IMPLANTAR 100% DO AGHU

INEZ CARNEIRO BARBOSA; MARCELO NOGUEIRA DE FREITAS; ALEXSANDRO CONCIÇÃO DOS SANTOS; OLIVAL SANTOS DA SILVA FILHO; CLAUDIA SARMENTO PORTO DE MELO

RESUMO

A transformação digital tem promovido mudanças estruturais nos sistemas de saúde ao favorecer a integração entre processos assistenciais, administrativos e de ensino, ampliando a eficiência operacional, a segurança do paciente e a capacidade de gestão baseada em dados. Nos hospitais universitários federais brasileiros, o Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários (AGHU) constitui a principal plataforma corporativa para informatização dos processos institucionais, alinhando-se às diretrizes da Estratégia de Saúde Digital para o Brasil e às recomendações internacionais para fortalecimento da governança digital em saúde. Este estudo objetiva relatar a experiência de implantação integral do AGHU no Hospital Universitário Professor Alberto Antunes (Hupaa), da Universidade Federal de Alagoas (Ufal), primeiro hospital da Rede HU Brasil a substituir completamente um sistema privado de gestão hospitalar pelo AGHU, destacando estratégias adotadas, desafios, fatores críticos de sucesso e contribuições para a transformação digital da gestão hospitalar pública. Trata-se de um relato de experiência, de abordagem qualitativa e natureza descritiva, fundamentado em análise documental e observação participante dos profissionais envolvidos na implantação, realizada em 2021. O processo foi conduzido por governança colaborativa entre áreas assistenciais, administrativas e de tecnologia da informação, estruturado em três fases sucessivas de implantação dos módulos do sistema, associadas à revisão de processos, capacitação das equipes, gestão da mudança e monitoramento contínuo. Entre os principais resultados destacam-se a informatização integral dos processos assistenciais e administrativos, a padronização dos fluxos de trabalho, a ampliação da rastreabilidade das informações clínicas, o fortalecimento da segurança do paciente por meio da prescrição eletrônica e a disponibilização de informações gerenciais qualificadas para apoio à tomada de decisão. A experiência demonstra que a implantação bem-sucedida de sistemas corporativos de gestão hospitalar depende da articulação entre tecnologia, governança, redesenho de processos, educação permanente e comprometimento institucional. Os achados oferecem subsídios para outras instituições públicas de saúde interessadas em desenvolver estratégias sustentáveis de transformação digital.

Palavras-chave: Transformação digital; Gestão hospitalar; Sistemas de informação em saúde; AGHU; Hospitais universitários; Governança digital.

1 INTRODUÇÃO

A transformação digital tem redefinido a organização dos sistemas de saúde ao integrar tecnologias da informação aos processos assistenciais, administrativos e gerenciais. Mais do

DOI: 10.51161/iv-conasus/84543

que informatizar rotinas, esse processo envolve mudanças estruturais na forma como as organizações produzem, compartilham e utilizam informações para qualificar o cuidado, apoiar a tomada de decisão e aumentar a eficiência dos serviços. Nesse contexto, a digitalização constitui um dos principais eixos estratégicos para o fortalecimento dos sistemas de saúde, ao favorecer a interoperabilidade entre plataformas, a segurança da informação e a utilização de dados para gestão baseada em evidências (World Health Organization, 2023; Dal Mas et al., 2023).

No Brasil, esse movimento foi impulsionado pela Estratégia de Saúde Digital para o Brasil 2020–2028, que estabelece diretrizes para promover a transformação digital do Sistema Único de Saúde (SUS), priorizando a integração dos sistemas de informação, a qualificação dos registros clínicos, a interoperabilidade e o fortalecimento da governança digital (Brasil, 2020; Brasil, 2023). Em consonância com essas diretrizes, organismos internacionais como a Organização Mundial da Saúde (OMS), a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e a Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) destacam que a maturidade digital dos serviços de saúde depende não apenas da adoção de tecnologias, mas também da capacidade institucional de revisar processos, desenvolver competências profissionais e consolidar modelos de governança capazes de sustentar a inovação (WHO, 2023; OPAS, 2022; OECD, 2021).

Nos hospitais universitários federais, a transformação digital assume importância estratégica devido à complexidade das atividades desenvolvidas, que articulam assistência, ensino, pesquisa e inovação. A integração dessas dimensões requer sistemas capazes de organizar grandes volumes de informações clínicas e administrativas, garantir rastreabilidade dos processos e disponibilizar indicadores confiáveis para apoiar a gestão e a melhoria contínua dos serviços.

Nesse cenário, o Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários (AGHU) consolidou-se como a principal plataforma de gestão hospitalar da Rede HU Brasil. Desenvolvido inicialmente no âmbito do Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF), o sistema foi concebido para padronizar processos, integrar informações e fortalecer a governança institucional por meio de módulos que abrangem atendimento ambulatorial, internação, prescrição eletrônica, farmácia, centro cirúrgico, exames diagnósticos, logística e demais áreas estratégicas da gestão hospitalar (Coelho Neto et al., 2026).

Embora a literatura reconheça os benefícios dos sistemas integrados de informação em saúde, sua implantação permanece um desafio organizacional complexo. Barreiras relacionadas à resistência às mudanças, revisão dos processos de trabalho, capacitação dos profissionais, interoperabilidade e governança frequentemente comprometem a sustentabilidade dessas iniciativas (Dal Mas et al., 2023; Freitas; Araújo, 2024). Dessa forma, relatos de experiências exitosas tornam-se relevantes por possibilitarem o compartilhamento de estratégias capazes de apoiar outras instituições em processos semelhantes de transformação digital.

Nesse contexto, o Hospital Universitário Professor Alberto Antunes (HUPAA), vinculado à Universidade Federal de Alagoas e integrante da Rede HU Brasil, tornou-se o primeiro hospital da rede a implantar integralmente o AGHU, substituindo completamente um sistema corporativo privado e informatizando todos os processos assistenciais e administrativos. A experiência representa um marco para a modernização da gestão hospitalar pública e oferece importantes elementos para compreensão dos fatores que favorecem o sucesso de projetos de transformação digital em organizações de alta complexidade.

Assim, este estudo tem como objetivo relatar a experiência de implantação integral do AGHU no HUPAA, descrevendo as estratégias adotadas, os desafios enfrentados, os fatores críticos de sucesso e as contribuições da iniciativa para o fortalecimento da transformação digital nos hospitais universitários federais.

2 METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência, de natureza descritiva e abordagem qualitativa, que apresenta o processo de implantação integral do Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários (AGHU) no Hospital Universitário Professor Alberto Antunes (HUPAA), vinculado à Universidade Federal de Alagoas (Ufal) e integrante da Rede HU Brasil.

A experiência refere-se ao processo de transformação digital desenvolvido durante o ano de 2021, quando o hospital se tornou a primeira unidade da Rede HU Brasil a substituir integralmente um sistema corporativo privado pelo AGHU, implantando todos os seus módulos assistenciais e administrativos.

As informações foram obtidas por meio de análise documental de planos de implantação, cronogramas, atas de reuniões, relatórios institucionais e documentos técnicos produzidos durante o projeto, complementadas pela observação participante dos autores, diretamente envolvidos nas etapas de planejamento, implantação, monitoramento e avaliação das ações.

A implantação foi conduzida por uma estrutura de governança compartilhada, envolvendo representantes da Gerência de Atenção à Saúde, Gerência Administrativa, Gerência de Ensino e Pesquisa, Setor de Gestão de Processos e Tecnologia da Informação, Setor de Contratualização e Regulação, gestores das unidades assistenciais e equipes técnicas da Administração Central da Rede HU Brasil.

O processo foi organizado em três fases sucessivas de implantação dos módulos do AGHU, precedidas pela revisão dos processos de trabalho, parametrização do sistema, capacitação dos profissionais, testes operacionais e definição de estratégias de gestão da mudança. Durante toda a implantação foram realizados monitoramento contínuo, suporte técnico ampliado e reuniões periódicas para identificação de riscos, resolução de problemas e aperfeiçoamento dos fluxos institucionais.

A análise da experiência concentrou-se na identificação das estratégias adotadas, dos desafios enfrentados, dos fatores críticos para o sucesso da implantação e das contribuições observadas para a gestão hospitalar, discutindo os resultados à luz da literatura recente sobre transformação digital, governança em saúde e implantação de sistemas de informação.

Por se tratar de um relato de experiência baseado em documentos institucionais e observação participante, sem utilização de dados identificáveis de pacientes ou intervenção envolvendo seres humanos, o estudo dispensa apreciação por Comitê de Ética em Pesquisa, conforme a Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde.

3 RELATO DE EXPERIÊNCIA

A implantação integral do Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários (AGHU) no Hospital Universitário Professor Alberto Antunes (HUPAA) representou um marco na transformação digital da Rede HU Brasil. Mais do que a substituição de um sistema informatizado, a iniciativa promoveu a reorganização dos processos assistenciais e administrativos, com foco na integração das informações, padronização dos fluxos de trabalho e fortalecimento da governança institucional.

Antes da implantação, o hospital utilizava um sistema de gestão desenvolvido por empresa privada, não compartilhado com os demais hospitais universitários federais, o que limitava a padronização dos processos e a integração ao modelo corporativo da Rede HU Brasil. A adoção do AGHU possibilitou a unificação das informações assistenciais e administrativas, ampliando a rastreabilidade dos registros clínicos e a disponibilidade de dados para apoio à gestão.

DOI: 10.51161/iv-conasus/84543

O projeto foi conduzido por uma estrutura de governança colaborativa, envolvendo gestores, profissionais das áreas assistenciais e administrativas, equipes de tecnologia da informação e representantes da Administração Central da Rede HU Brasil. A participação da alta gestão foi fundamental para o alinhamento institucional, definição de prioridades e acompanhamento das etapas de implantação.

A implantação ocorreu de forma gradual, em três etapas sucessivas, abrangendo inicialmente os módulos ambulatoriais, seguidos pelos módulos de internação e prescrição de enfermagem e, por fim, pelos módulos de prescrição médica e multiprofissional, farmácia, estoque, exames e centro cirúrgico, culminando na informatização integral dos processos hospitalares.

Paralelamente à implantação tecnológica, foram revisados os fluxos de trabalho, realizados ajustes na parametrização do sistema e promovidas ações de capacitação dos profissionais por meio de treinamentos, oficinas e apoio de usuários multiplicadores. Durante todo o processo, equipes técnicas permaneceram em regime de suporte ampliado, assegurando o monitoramento contínuo da implantação e a rápida resolução das demandas operacionais.

A estratégia adotada favoreceu elevada adesão das equipes e contribuiu para reduzir dificuldades inerentes à transição entre sistemas. Como principais resultados, destacam-se a informatização completa dos processos assistenciais e administrativos, a integração das informações clínicas em plataforma corporativa única, o fortalecimento da segurança do paciente mediante a utilização da prescrição eletrônica, a melhoria da comunicação entre as equipes multiprofissionais e a ampliação da disponibilidade de informações gerenciais para subsidiar o planejamento e a tomada de decisão.

Além dos resultados institucionais, a experiência posicionou o HUPAA como referência técnica na implantação do AGHU na Rede HU Brasil, permitindo o compartilhamento de estratégias, boas práticas e lições aprendidas com outras instituições em processo de transformação digital.

Quadro 1 –Etapas de implantação do AGHU

Etapa	Módulos implantados	Principais estratégias	Resultados
1	Ambulatório	Revisão de fluxos, parametrização e capacitação	Informatização do atendimento ambulatorial
2	Internação e Prescrição de Enfermagem	Adequação dos processos e treinamento das equipes	Maior rastreabilidade e segurança assistencial
3	Prescrição Médica e Multiprofissional, Farmácia, Estoque, Exames e Centro Cirúrgico	Integração dos módulos, monitoramento e suporte técnico	Implantação integral do AGHU

Fonte: Elaborado pelos autores (2026).

Quadro 2 – Fatores estratégicos para a implantação integral do AGHU

Fator	Contribuição observada
Liderança institucional	Apoio da alta gestão e alinhamento estratégico
Governança compartilhada	Integração entre áreas assistenciais, administrativas e TI
Gestão da mudança	Comunicação permanente e implantação gradual

DOI: 10.51161/iv-conasus/84543

Fator	Contribuição observada
Educação permanente	Capacitação contínua e usuários multiplicadores
Monitoramento contínuo	Correção rápida de problemas e aperfeiçoamento dos processos

Fonte: Elaborado pelos autores (2026).

4. DISCUSSÃO

A implantação integral do Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários (AGHU) no Hospital Universitário Professor Alberto Antunes evidencia que a transformação digital em hospitais ultrapassa a simples adoção de tecnologias da informação, configurando-se como um processo de mudança organizacional que envolve governança, revisão dos processos de trabalho, capacitação das equipes e gestão da mudança. Essa compreensão está alinhada à Estratégia Global de Saúde Digital da Organização Mundial da Saúde, que reconhece a transformação digital como elemento essencial para fortalecer a qualidade da assistência, a eficiência dos serviços e a sustentabilidade dos sistemas de saúde (WHO, 2023).

Os resultados observados corroboram estudos que apontam que o sucesso da transformação digital depende da capacidade institucional de integrar inovação tecnológica, liderança organizacional e desenvolvimento de competências profissionais (Dal Mas et al., 2023). No HUPAA, a governança compartilhada, associada ao redesenho dos processos institucionais e à implantação gradual dos módulos do AGHU, favoreceu o alinhamento entre as áreas assistenciais, administrativas e de tecnologia da informação, reduzindo riscos operacionais e promovendo maior padronização dos fluxos de trabalho. Esses achados reforçam evidências de que modelos participativos de governança aumentam a sustentabilidade da transformação digital em organizações de saúde (OECD, 2021; Freitas; Araújo, 2024).

Outro fator determinante foi a educação permanente das equipes, desenvolvida por meio de treinamentos, usuários multiplicadores e suporte técnico durante a implantação. Essas estratégias favoreceram a adesão dos profissionais e a incorporação das novas rotinas, contribuindo para consolidar a utilização do sistema. A literatura demonstra que programas contínuos de capacitação reduzem resistências à mudança e ampliam a efetividade da implantação de sistemas eletrônicos em saúde (OPAS, 2022).

Sob a perspectiva assistencial, a implantação do AGHU fortaleceu a segurança do paciente ao ampliar a rastreabilidade das informações clínicas, integrar registros multiprofissionais e consolidar a prescrição eletrônica como ferramenta de apoio à prática clínica. Na dimensão gerencial, a informatização dos processos ampliou a disponibilidade de informações qualificadas para monitoramento de indicadores, planejamento e tomada de decisão baseada em evidências, em consonância com as diretrizes da Estratégia de Saúde Digital para o Brasil (Brasil, 2023; Dal Mas et al., 2023).

Além dos benefícios institucionais, a experiência do HUPAA assume relevância para a Rede HU Brasil por demonstrar que a implantação estruturada de um sistema corporativo pode ser conduzida de forma segura e sustentável em hospitais universitários públicos. Os fatores identificados — liderança institucional, governança compartilhada, revisão dos processos, implantação gradual, educação permanente e monitoramento contínuo — configuram elementos potencialmente replicáveis em outras instituições e contribuem para o fortalecimento da transformação digital no Sistema Único de Saúde.

DOI: 10.51161/iv-conasus/84543

4 CONCLUSÃO

A implantação integral do Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários (AGHU) no Hospital Universitário Professor Alberto Antunes representou um marco na transformação digital da Rede HU Brasil, demonstrando que a implementação de sistemas corporativos de informação depende da integração entre governança institucional, gestão da mudança, revisão dos processos de trabalho e qualificação das equipes.

A experiência possibilitou a informatização dos processos assistenciais e administrativos, ampliando a integração das informações, a rastreabilidade dos registros clínicos, a segurança do paciente e a disponibilidade de dados para subsidiar a gestão e a tomada de decisão.

Entre os principais fatores associados ao sucesso da implantação destacam-se o comprometimento da alta gestão, a atuação colaborativa das equipes multiprofissionais, a implantação gradual dos módulos, a educação permanente e o monitoramento contínuo das ações, elementos que podem subsidiar iniciativas semelhantes em outros hospitais universitários públicos.

Embora se trate de uma experiência desenvolvida em uma única instituição, os resultados apresentados contribuem para ampliar o conhecimento sobre a implantação de sistemas integrados de gestão hospitalar no âmbito do Sistema Único de Saúde e oferecem um modelo organizacional passível de adaptação a diferentes contextos institucionais.

Recomenda-se que estudos futuros avaliem o impacto da implantação do AGHU sobre indicadores assistenciais, eficiência operacional, segurança do paciente e desempenho institucional, ampliando as evidências acerca da transformação digital na gestão hospitalar pública.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. *Diário Oficial da União*: Brasília, DF, 24 maio 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Estratégia de Saúde Digital para o Brasil 2020–2028*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. *4º Relatório de Monitoramento e Avaliação da Estratégia de Saúde Digital para o Brasil 2020–2028*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023.

COELHO NETO, Giliate Cardoso et al. *Ebserh and the Digital Transformation in Brazilian Public Health: The Case of the Management Application for University Hospitals (AGHU).* In: **Digital Healthcare**. Cham: Springer, 2026. p. 103-115.

CRUZ, Tatiana Patricia Farias da; LOPES, Paulo Roberto; PISA, Ivan Torres. Modelos de maturidade para saúde digital: revisão da literatura. *Revista de Saúde Digital e Tecnologias Educacionais*, Fortaleza, v. 6, n. 1, 2021.

DAL MAS, Francesca et al. The challenges of digital transformation in healthcare: an interdisciplinary literature review, framework and future research agenda. *Technovation*, v. 123, 2023.

FREITAS, Rute; ARAÚJO, Cláudia. The digital transformation applied to bed management in hospitals. *Revista de Administração Mackenzie*, São Paulo, v. 25, n. 2, 2024.

GREENHALGH, Trisha et al. Beyond Adoption: A New Framework for Theorizing and Evaluating Nonadoption, Abandonment, Scale-up, Spread and Sustainability of Health and Care Technologies. *Journal of Medical Internet Research*, Toronto, v. 19, n. 11, e367, 2017. DOI: 10.2196/jmir.8775.

OECD. *The Digital Transformation of Primary Health Care in Brazil*. Paris: OECD Publishing, 2021.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. *Information Systems for Health: Advancing Digital Transformation in the Americas*. Washington, DC: OPAS, 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Global Strategy on Digital Health 2020–2025*. Geneva: World Health Organization, 2021.

SILVA, Renata Kelly Novais Rodrigues et al. Implantação dos módulos de Suprimentos e Farmácia do Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários (AGHU) no Setor de Farmácia Hospitalar do Hospital Universitário Professor Edgard Santos. *Jornal de Assistência Farmacêutica e Farmacoeconomia*, v. 1, supl. 2, 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Global Strategy on Digital Health: Monitoring and Implementation Report*. Geneva: World Health Organization, 2023.

MATRICIAMENTO COMO RECURSO DE CUIDADO COMPARTILHADO EM SAÚDE MENTAL: RELATO DE UM ESTUDO DE CASO

SOLANGE SILVA PEREIRA SANTOS

RESUMO

O matriciamento constitui uma estratégia de organização do cuidado que favorece a integração entre equipes da Atenção Primária à Saúde e dos serviços especializados, promovendo o compartilhamento de responsabilidades, a construção coletiva de intervenções e o fortalecimento da atenção psicossocial. Este trabalho teve como objetivo fortalecer as ações de cuidado entre os serviços da Atenção Primária à Saúde e o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II), por meio da utilização do apoio matricial no acompanhamento de um usuário em sofrimento psíquico. Trata-se de um estudo de caso, de abordagem qualitativa e natureza descritiva, desenvolvido a partir de encontros realizados entre equipes da Unidade Básica de Saúde e do CAPS II. A análise fundamentou-se em documentos institucionais, registros de reuniões de matriciamento, relatórios técnicos e registros oriundos da vivência profissional da pesquisadora, contemplando a construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS), a discussão compartilhada do caso e as intervenções realizadas pelas equipes. Os resultados evidenciaram que o matriciamento favoreceu a integração entre os serviços, ampliou a compreensão das necessidades do usuário para além dos aspectos clínicos, fortaleceu a corresponsabilização entre as equipes e possibilitou a construção compartilhada de estratégias de cuidado. Também foram identificados desafios relacionados às limitações estruturais da rede e à necessidade de maior suporte institucional para a consolidação das ações desenvolvidas. Conclui-se que o matriciamento representa uma estratégia relevante para qualificar o cuidado, fortalecer o trabalho interdisciplinar, ampliar a capacidade de resposta das equipes diante das demandas em saúde e contribuir para a efetivação de uma assistência integral, articulada e centrada nas necessidades dos usuários, conforme orientado pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Saúde Mental

1 INTRODUÇÃO

A saúde mental constitui um componente fundamental da atenção integral à saúde, por envolver aspectos sociais, emocionais e culturais que influenciam diretamente a qualidade de vida dos indivíduos. Nesse contexto, o cuidado em saúde mental não deve restringir-se ao tratamento dos transtornos mentais, mas considerar o sujeito em sua totalidade, valorizando sua singularidade, seu contexto de vida e suas necessidades de cuidado (Brasil, 2013).

Historicamente, a assistência à saúde mental no Brasil foi marcada pelo modelo hospitalocêntrico, centrado na institucionalização das pessoas em sofrimento psíquico. A partir da Reforma Psiquiátrica brasileira, esse modelo passou a ser amplamente questionado, dando lugar à construção de um novo paradigma de atenção fundamentado no cuidado em liberdade, na garantia de direitos e na organização de uma rede territorial de serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos (Amarante; Nunes, 2018).

DOI: 10.51161/iv-conasus/84548

Em consonância com esse processo, a instituição da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) fortaleceu a organização da assistência em saúde mental por meio da articulação entre os diferentes pontos de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS), reconhecendo a Atenção Primária à Saúde como um de seus componentes estratégicos (Brasil, 2011). Nesse cenário, torna-se necessária a construção de estratégias que favoreçam a integração entre os serviços e ampliem a capacidade de resposta das equipes diante das demandas relacionadas ao sofrimento psíquico.

Entre essas estratégias destaca-se o apoio matricial, compreendido como uma metodologia de organização do trabalho interdisciplinar baseada na atuação compartilhada entre equipes de referência e profissionais especialistas. Segundo Campos (2000) e Campos e Domitti (2007), o apoio matricial promove suporte técnico-pedagógico às equipes, favorecendo o compartilhamento de conhecimentos, a corresponsabilização pelo cuidado e a construção conjunta de intervenções voltadas às necessidades dos usuários.

Diante desse contexto, o presente estudo tem como objetivo relatar, por meio de um estudo de caso, a experiência de apoio matricial entre uma equipe da Atenção Primária à Saúde e um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II), analisando suas contribuições para o cuidado compartilhado em saúde mental.

2 RELATO DE CASO

O presente trabalho relata a experiência de apoio matricial em saúde mental desenvolvida entre um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II) e uma Unidade Básica de Saúde (UBS), com o objetivo de fortalecer a articulação entre os serviços e ampliar a capacidade de cuidado das equipes de referência por meio da atuação compartilhada entre profissionais da Atenção Primária à Saúde e da atenção especializada.

A experiência foi desenvolvida por meio de dois encontros entre as equipes, sendo um realizado na UBS e outro no CAPS II. Para a organização das intervenções, foram examinados documentos institucionais, como prontuário, registros de reuniões de matriciamento, relatórios técnicos e demais documentos relacionados às ações desenvolvidas no serviço. Também foram utilizados registros oriundos da vivência profissional da pesquisadora, subsidiando a elaboração e o acompanhamento das ações propostas.

Participaram das atividades profissionais vinculados aos dois serviços, com o objetivo de fortalecer a articulação entre os equipamentos, qualificar o cuidado em saúde mental e promover o compartilhamento de conhecimentos e responsabilidades entre as equipes no acompanhamento do caso selecionado. O processo foi conduzido pelo profissional de Serviço Social do CAPS II.

No primeiro encontro, realizado na UBS, participaram dois profissionais do CAPS II — um assistente social e um psicólogo —, além da equipe da UBS, composta por enfermeira, técnicos de enfermagem, Agente Comunitário de Saúde (ACS) e equipe de recepção. Inicialmente, foi apresentada a proposta do apoio matricial, seus objetivos e sua importância para a integração entre a Atenção Primária à Saúde e a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Em seguida, realizou-se a discussão do caso apresentado pela equipe da UBS, envolvendo um usuário com sofrimento psíquico persistente e dificuldades de adesão ao tratamento.

O segundo encontro ocorreu no CAPS II, aproximadamente três meses após o primeiro, com o propósito de avaliar as ações pactuadas. Observou-se maior participação dos profissionais nas discussões e ampliação da compreensão acerca das intervenções relacionadas às demandas em saúde mental no território. Durante a reunião, foram abordados temas como o manejo de situações de crise, a participação da família no processo terapêutico e a articulação com outros serviços da rede de proteção social. Também foram compartilhadas experiências

relacionadas às dificuldades encontradas no acompanhamento dos usuários e discutidas estratégias para o fortalecimento do cuidado contínuo.

O caso refere-se a um usuário do CAPS II, de 53 anos, com diagnóstico de esquizofrenia desde os 25 anos de idade e histórico de múltiplas internações psiquiátricas. No contexto atual, apresentava vínculos familiares fragilizados, isolamento social e vulnerabilidade socioeconômica. Nos meses que antecederam o matriciamento, apresentou episódios de agressividade verbal, agitação e isolamento social, levando um familiar a procurar o CAPS II. Durante o acolhimento, a equipe identificou que a desorganização do quadro clínico estava relacionada à baixa adesão ao tratamento e era agravada pela situação de vulnerabilidade social.

Diante desse cenário, realizou-se um estudo social entre as equipes do CAPS II e da UBS para definição das intervenções. Ao CAPS II coube o acompanhamento psiquiátrico, com consultas mensais até a estabilização do quadro, e a psicoterapia semanal por meio de oficinas terapêuticas, visando à reinserção social. O Serviço Social realizou orientações e encaminhamento ao Cadastro Único para inclusão em programas e benefícios da Assistência Social, uma vez que o benefício do usuário encontrava-se inativo. À UBS coube o acompanhamento clínico no território. Ressalta-se que, em determinado momento, o caso exigiu indicação de internação de curta permanência para estabilização do quadro; entretanto, a rede municipal não dispunha desse serviço.

Atualmente, o usuário vem retomando gradativamente o convívio comunitário, participando de atividades na quadra esportiva e na igreja, além de demonstrar maior cuidado com a própria higiene e aparência, como buscar espontaneamente cortar o cabelo. Esses aspectos evidenciam avanços em sua autonomia e autoestima. As equipes de saúde e assistência social permanecem acompanhando o caso de forma compartilhada, por meio de atendimentos periódicos realizados conforme o Projeto Terapêutico Singular (PTS) e de outras intervenções definidas de acordo com as necessidades identificadas.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A experiência de apoio matricial desenvolvida entre a Atenção Primária à Saúde (APS) e o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II) possibilitou maior articulação entre as equipes no planejamento e na condução do cuidado ao usuário acompanhado. A realização de encontros para discussão do caso favoreceu a construção compartilhada das intervenções, permitindo que diferentes profissionais contribuíssem com seus conhecimentos e responsabilidades no acompanhamento da demanda. Esses aspectos são coerentes com a proposta do apoio matricial, compreendido como uma metodologia de organização do trabalho interdisciplinar baseada na atuação compartilhada entre equipes de referência e especialistas (Campos, 2000; Campos; Domitti, 2007).

No caso apresentado, a análise conjunta permitiu identificar fatores clínicos, sociais, familiares e territoriais que interferiam na continuidade do cuidado. A partir dessa discussão, foram pactuadas estratégias de acompanhamento envolvendo o CAPS II e a UBS, incluindo o atendimento compartilhado, o fortalecimento do vínculo com a equipe de referência, a intensificação das visitas domiciliares e a construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS). Essas ações estão em consonância com os princípios da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que propõe a articulação entre os diferentes pontos de atenção para garantir a integralidade do cuidado em saúde mental (Brasil, 2011).

A evolução observada durante o acompanhamento evidenciou mudanças positivas no processo de cuidado, expressas pela retomada gradual do convívio comunitário, maior participação em atividades sociais e fortalecimento da autonomia do usuário em atividades da vida cotidiana. Esses resultados são compatíveis com os princípios do modelo de atenção

psicossocial, que valoriza o cuidado em liberdade, a reinserção social e a construção de projetos terapêuticos voltados às necessidades dos usuários (Amarante; Nunes, 2018).

Entretanto, a experiência também evidenciou desafios para a consolidação do apoio matricial, especialmente relacionados à necessidade de educação permanente das equipes e às limitações estruturais da rede de atenção. No caso relatado, destacou-se a inexistência de leitos para internação de curta permanência no município, situação que dificultou o manejo da crise e demonstrou que a efetivação do cuidado compartilhado depende não apenas da atuação das equipes, mas também das condições organizacionais e institucionais da rede de serviços. Nesse sentido, a qualificação permanente dos profissionais e o fortalecimento da articulação entre os serviços permanecem como elementos fundamentais para a consolidação da atenção psicossocial no Sistema Único de Saúde (Brasil, 2013).

4 CONCLUSÃO

A experiência relatada evidenciou que o apoio matricial em saúde mental constitui uma importante estratégia para fortalecer a articulação entre a Atenção Primária à Saúde e os serviços especializados, favorecendo o compartilhamento de saberes, a corresponsabilização entre as equipes e a construção coletiva do cuidado.

O estudo permitiu observar que a condução compartilhada do caso contribuiu para organizar as intervenções de forma integrada, considerando não apenas as necessidades clínicas do usuário, mas também seus aspectos sociais, familiares e territoriais. Nesse sentido, o relato reforça que o cuidado em saúde mental demanda a atuação articulada dos diferentes pontos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

Apesar dos avanços observados durante o acompanhamento, a experiência também evidenciou limitações relacionadas à estrutura da rede de atenção, especialmente quanto à inexistência de leitos para internação de curta permanência no município, revelando desafios para a efetivação do cuidado integral. Esses aspectos demonstram a necessidade de investimentos contínuos na qualificação dos serviços e no fortalecimento das políticas públicas de saúde mental.

Por tratar-se de um relato de caso, os resultados não podem ser generalizados para outras realidades. Contudo, a experiência apresentada contribui para ampliar as discussões sobre o apoio matricial como estratégia de organização do cuidado em saúde mental e aponta para a importância de novos estudos que investiguem sua implementação em diferentes contextos e serviços da Rede de Atenção Psicossocial.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P.; NUNES, M. de O. A Reforma Psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 2067-2074, jun. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 26 dez. 2011.

DOI: 10.51161/iv-conasus/84548

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde Mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 34).

CAMPOS, G. W. de S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, fev. 2007.

DOI: 10.51161/iv-conasus/84548

MATRICIAMENTO EM SAÚDE MENTAL: DESAFIOS PARA CONSTRUÇÃO DO CUIDADO EM REDE

ANA ALICIA DA SILVA; ANA MARIA SÁ BARRETO MACIEL

Introdução: O matriciamento em saúde mental constitui uma estratégia fundamental para a qualificação do cuidado em saúde, promovendo a integração entre os serviços da Atenção Primária e os serviços especializados. Essa ferramenta propõe uma prática colaborativa, na qual equipes de referência e apoiadores matriciais compartilham saberes, responsabilidades e decisões, fortalecendo a construção de planos terapêuticos mais abrangentes e humanizados. Além disso, possibilita a ampliação da clínica, ao reconhecer os determinantes sociais e subjetivos que permeiam o sofrimento psíquico, contribuindo para a corresponsabilização das equipes e a autonomia dos sujeitos. **Objetivo:** Discutir o papel do matriciamento em saúde mental como estratégia de articulação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). **Relato de experiência:** Os conhecimentos adquiridos a partir das vivências práticas ocorreram durante o estágio em Psicologia, realizado em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS I) localizado no interior de Pernambuco. Nesse contexto, teve-se a oportunidade de participar de ações de matriciamento em saúde mental, acompanhando reuniões quinzenais entre os profissionais do CAPS e das Unidades Básicas de Saúde (UBS). Esses encontros constituíam espaços de discussão de casos, apoio técnico-pedagógico e construção compartilhada de estratégias de cuidado, fortalecendo a articulação entre os diferentes pontos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Entretanto, a experiência também permitiu identificar desafios importantes, entre eles, destacam-se a sobrecarga das equipes de saúde, a insuficiência de profissionais especializados, a dificuldade de conciliar agendas para a realização sistemática dos encontros, além das limitações conceituais, estruturais e materiais presentes nos serviços. **Conclusão:** O matriciamento em saúde mental mostrou-se uma estratégia fundamental para fortalecer a articulação entre a Atenção Primária à Saúde e os serviços especializados, promovendo um cuidado mais integral e interdisciplinar. Entretanto, sua implementação ainda enfrenta desafios, como a sobrecarga das equipes, dificuldades de comunicação entre os serviços e a compreensão limitada de alguns profissionais, que frequentemente associam o matriciamento apenas ao encaminhamento de usuários ao CAPS, em vez de reconhecê-lo como uma prática de corresponsabilização do cuidado. Apesar dessas limitações, o matriciamento contribui para a qualificação das equipes, o fortalecimento do trabalho em rede e a consolidação dos princípios da Reforma Psiquiátrica.

Palavras-chave: **MATRICIAMENTO; SAÚDE MENTAL; CUIDADO**

DOI: 10.51161/iv-conasus/84550

O VÍNCULO E SUA POSSIBILIDADE DE CUIDADO EM SAÚDE MENTAL: RELATO DE EXPERIÊNCIA CAPS I

ANA ALICIA DA SILVA; ANA MARIA SÁ BARRETO MACIEL

Introdução: O vínculo terapêutico estabelecido nas redes de relações no espaço do CAPS I é fundamental para o cuidado em saúde mental, pois envolve a interação entre profissionais, familiares e usuários. Ele permite um processo interativo fundamental para reabilitação psicossocial e a reinserção social dos usuários, por ser um dos principais dispositivos de favorecimento da construção de laços de confiança, acolhimento e corresponsabilização. Entender a importância da constituição desse vínculo durante a graduação em Psicologia revela-se essencial, pois constata que o cuidado não se restringe a técnicas ou intervenções específicas, mas se evidencia nas vivências de encontros empáticos e humanizados. **Objetivo:** descrever as experiências de estágio em um CAPS I, referindo a condição do vínculo nas práticas de cuidado e na promoção da atenção psicossocial. **Relato de experiência:** O estágio realizado no CAPS I, desenvolvido por meio da observação participativa, registros em diário de bordo, e cartografia do espaço vital, ocorreu entre fevereiro a maio de 2026, em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS I) de Toritama/PE. Essa experiência oportunizou realizar escutas individuais e grupais, possibilitando contato com várias histórias de cada usuário e a aprendizagem de maneiras singulares de se constituir vínculos. Estar verdadeiramente presente, atento e disponível na ação comunicativa favorecia não apenas a adesão ao tratamento, mas, sobretudo, a des-cobertas de práticas interventivas pautadas na inclusão e no reconhecimento da singularidade de cada usuário, e seus contextos de sofrimentos. Nesse processo, foi possível compreender que aquilo que é dito pelo sujeito historicamente rotulado como “louco” possui sentido, valor e importância, exigindo uma escuta sensível e livre de preconceitos. Vincular-se a essa proposta significou estar presente diante do sofrimento humano, acolhendo experiências, afetos e narrativas frequentemente silenciadas. **Conclusão:** A vivência desse modo de cuidar tornou-se uma prática profissional fecunda de sentidos, contribuindo significativamente para a formação pessoal e profissional, ao evidenciar o vínculo como elemento fundamental na produção do cuidado em saúde mental. Nesse cenário, a arte de se relacionar emerge como caminho para estar junto, especialmente junto àqueles que historicamente tiveram suas vozes silenciadas, seus sofrimentos deslegitimados e suas experiências pouco compreendidas pela sociedade.

Palavras-chave: **VÍNCULO; CAPS I; SAÚDE MENTAL**

DOI: 10.51161/iv-conasus/84552

MANEJO HEMODINÂMICO DO PACIENTE PÓS-TRANSPLANTE CARDÍACO EM TERAPIA INTENSIVA: REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

ALIF ANDREW DE SOUZA; LILIANA GOMES PELLEGRIN

Introdução: O transplante cardíaco é uma alternativa terapêutica consolidada para pacientes com insuficiência cardíaca avançada refratária, sendo o manejo intensivo no pós-operatório imediato determinante para a sobrevida do enxerto e do receptor. Esta revisão bibliográfica tem como objetivo analisar as principais estratégias de manejo hemodinâmico do paciente submetido ao transplante cardíaco em unidade de terapia intensiva. Foram revisadas diretrizes nacionais e internacionais, consensos e artigos científicos sobre transplante cardíaco, disfunção primária do enxerto, vasoplegia, suporte circulatório mecânico, monitorização hemodinâmica e cuidados críticos. A literatura demonstra que a abordagem inicial deve priorizar avaliação contínua da perfusão tecidual, manutenção de débito cardíaco adequado, controle da pressão arterial média, otimização da pré-carga, redução da pós-carga ventricular direita e identificação precoce de complicações. A disfunção primária do enxerto, definida por disfunção ventricular precoce sem causa secundária evidente, permanece uma das principais causas de mortalidade inicial após o transplante.

Objetivo: Avaliar o uso de inotrópicos, vasopressores, vasodilatadores pulmonares e exames de imagem como: ecocardiografia à beira-leito e suporte circulatório mecânico, como ECMO venoarterial, como principal estratégia no manejo hemodinâmico do paciente pós transplante cardíaco em unidade de terapia intensiva.

Metodologia: Trata-se de uma revisão bibliográfica narrativa, elaborada a partir de diretrizes, consensos, revisões e estudos observacionais sobre manejo hemodinâmico no pós-transplante cardíaco. Foram priorizadas publicações sobre terapia intensiva, transplante cardíaco, disfunção primária do enxerto, suporte circulatório mecânico, ecocardiografia, vasoplegia e hipertensão pulmonar. As referências foram organizadas conforme o padrão ABNT, utilizando o sistema autor-data.

Resultados: O manejo hemodinâmico do paciente pós-transplante cardíaco deve iniciar-se ainda na transição centro cirúrgico-UTI, com comunicação estruturada sobre tempo de isquemia, necessidade de circulação extracorpórea, sangramento, função ventricular, resistência vascular pulmonar, drogas vasoativas utilizadas e intercorrências intraoperatórias.

Conclusão: O manejo hemodinâmico do paciente pós-transplante cardíaco em terapia intensiva é determinante para a sobrevida precoce do receptor e preservação do enxerto. A literatura evidencia que a abordagem deve ser precoce, individualizada e baseada na integração entre monitorização invasiva, ecocardiografia, avaliação de perfusão.

Palavras-chave: **CHOQUE CARDIOGÊNICO; MONITORIZAÇÃO HEMODINÂMICA; TRANSPLANTE CARDÍACO.**

DOI: 10.51161/iv-conasus/84563

DIREITO À SAÚDE E POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA: AVALIAÇÃO DO ACESSO AO CONSULTÓRIO NA RUA EM NOVA IGUAÇU

JULIA MAIA DE OLIVEIRA MONSORES ASSUMPÇÃO; VITÓRIA BELEGOTE DOLAVALE; RAISSA QUINTANILHA FONTES; CLÁUDIO HENRIQUE TEIXEIRA DE LIMA; LUMA CRYSTAL PIRES REZENDE; MANUELA CORRÊA CRUZ; JOICE REZENDE APARECIDA

RESUMO

A população em situação de rua enfrenta importantes barreiras de acesso aos serviços de saúde, apesar da existência de políticas públicas voltadas à garantia desse direito. Nesse contexto, as equipes do Consultório na Rua desempenham papel estratégico na ampliação do acesso à Atenção Primária à Saúde (APS), especialmente para grupos em situação de vulnerabilidade social. Este estudo tem como objetivo avaliar o acesso de pessoas em situação de rua à APS em Nova Iguaçu, com foco nas ações desenvolvidas pelas equipes do Consultório na Rua vinculadas à Clínica da Família Odicéia Morais, mapeando barreiras, determinantes e possíveis estratégias de intervenção. Trata-se de um estudo transversal de métodos mistos. A população estudada foi composta por pessoas em situação de rua com 18 anos ou mais, capazes de consentir, abordadas nos locais e horários de atuação das equipes. A amostra de profissionais foi censitária para os membros das equipes do Consultório na Rua e intencional para gestores e demais profissionais da unidade. A coleta de dados envolveu questionários estruturados contendo itens sobre utilização dos serviços, barreiras de acesso, continuidade do cuidado e percepção de estigmas, além de entrevistas semiestruturadas com usuários, profissionais e gestores. Os dados quantitativos foram analisados por meio de estatística descritiva e modelagem para identificação de fatores associados ao uso da APS, enquanto os dados qualitativos foram submetidos à análise de conteúdo. Foram notados fatores individuais e estruturais que influenciaram o acesso aos serviços de saúde, bem como foi compreendido o papel das equipes do Consultório na Rua na mediação desse processo. Os resultados subsidiaram o planejamento de ações voltadas à qualificação do cuidado, ao fortalecimento da intersetorialidade e à redução das desigualdades no acesso à saúde dessa população.

Palavras-chave: Atenção primária; Epidemiologia; Sistema único de Saúde.

1 INTRODUÇÃO

As desigualdades em saúde que afetam a população em situação de rua permanecem marcantes: obstáculos no acesso à Atenção Primária à Saúde (APS) comprometem a equidade, o diagnóstico oportuno e a continuidade do cuidado (1). A ausência de moradia e a pobreza figuram entre determinantes que se associam a experiências negativas de acessibilidade e a atitudes discriminatórias dirigidas a esse grupo (2).

Nesse cenário, as equipes dos Consultórios na Rua (eCR) constituem estratégia central da APS para ampliar o acesso integral e humanizado a esse público, qualificando o acolhimento,

DOI: 10.51161/iv-conasus/84564

flexibilizando rotinas e promovendo ações intersetoriais, o que contribui para reduzir a fragmentação do cuidado (3,4). A atuação territorial dos eCR favorece vínculos e respostas mais ágeis às demandas reprimidas, prevenindo agravamentos quando a assistência é acolhedora e estimula adesão e continuidade (5). Essa organização dos serviços encontra respaldo em um marco normativo que orienta o dever estatal e a organização do cuidado. A Constituição Federal de 1988 assegura a saúde como direito de todos e dever do Estado, com acesso universal e igualitário às ações e serviços (7), alinhada à Constituição da Organização Mundial da Saúde, que define saúde como bem-estar físico, mental e social, para além da ausência de doença (8).

À luz da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a APS compreende um conjunto de ações individuais e coletivas — promoção, proteção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde — orientadas para atenção integral e impacto nos determinantes e condicionantes (9).

Em complemento, o Manual sobre o cuidado à saúde junto à população em situação de rua explicita a inserção dos eCR na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e sua atuação multiprofissional itinerante em articulação com UBS, CAPS e demais pontos da rede, garantindo o cuidado contínuo e integrado conforme necessidades de cada usuário (10). No plano intersetorial, a Política Nacional para a População em Situação de Rua (Decreto nº 7.053/2009) estabelece diretrizes para acesso amplo a serviços essenciais, integração entre SUAS e SUS, capacitação de trabalhadores e produção de dados para orientar ações mais eficazes (11).

Apesar desses avanços regulatórios e organizativos, persistem entraves de adesão e efetividade, notadamente em territórios periféricos e com alta vulnerabilidade social. Estudos nacionais apontam barreiras institucionais, estigma, itinerância e frágil articulação entre níveis de atenção como fatores que limitam o acesso de pessoas em situação de rua aos serviços da APS e impactam o desempenho dos eCR (12). Considerando esse contexto, torna-se oportuno analisar o acesso e as barreiras no município de Nova Iguaçu, articulando evidências que subsidiem estratégias factíveis e coerentes com a APS e com o marco normativo supracitado (1–5,7–12).

Com isso, o objetivo deste estudo foi avaliar o acesso de pessoas em situação de rua aos serviços dos eCR em Nova Iguaçu, com foco nas barreiras e determinantes sociais e estruturais, e na formulação de estratégias, em parceria com usuários, profissionais dos eCR e da Clínica da Família Odicéia Morais, visando fortalecer a efetividade e a equidade do serviço.

2 MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, de métodos mistos em desenho convergente-paralelo, cujo objetivo é avaliar o acesso das pessoas em situação de rua aos serviços do eCR no município de Nova Iguaçu, buscando identificar barreiras, determinantes e possibilidades de intervenção.

Este estudo é de natureza exploratória e mista (qualitativa e quantitativa). Segundo Marconi e Lakatos (2001), a construção de uma boa pesquisa científica começa na boa estruturação de seus métodos (13). Com base nesse pressuposto, esta pesquisa se fundamenta na triangulação de dados. A abordagem de dados é uma estratégia metodológica que busca integrar múltiplas fontes e abordagens de pesquisa, permitindo uma compreensão mais ampla, profunda e confiável do fenômeno estudado. O uso combinado de diferentes métodos, dados e perspectivas fortalece a validade dos resultados e reduz possíveis vieses decorrentes de uma única técnica (14).

A estratégia metodológica se destaca como uma alternativa metodológica para aprimorar a qualidade das pesquisas qualitativas, ao possibilitar a convergência de diferentes

evidências e perspectivas em torno de um mesmo objeto de estudo (15). No presente estudo, a triangulação realizada contou com a coleta de dados, ou seja, foram utilizados dois procedimentos de coleta de dados: (a) aplicação de um questionário estruturado, contendo variáveis sociodemográficas (idade, sexo, escolaridade, tempo de rua), histórico de uso (ou tempo de serviço no caso dos profissionais) dos serviços de saúde, frequência de atendimento e percepção sobre acolhimento e resolutividade para a população em situação de rua e outro questionário seguindo o mesmo padrão para os profissionais do eCR e da Clínica da Família Odicéia Morais; e (b) entrevistas semiestruturadas compostas por perguntas abertas sobre experiências, desafios e sugestões de melhoria tendo como público-alvo a população vulnerável e os profissionais de saúde dos eCR e da Clínica da Família supracitada.

Um roteiro de entrevista semiestruturada contribui para a confiabilidade e objetividade dos estudos qualitativos, favorecendo resultados melhores (16). As entrevistas semiestruturadas permitem explorar profundamente, favorecendo a coleta de dados ricos, contextuais e significativos que uma abordagem puramente estruturada dificilmente alcançaria (14). Os questionários foram utilizados por possibilitarem oferecer padronização e consistência na coleta de dados, o que facilita a comparação entre participantes e a aplicação de análises estatísticas. Além disso, são estrategicamente eficientes para alcançar amostras amplas, o que os torna vantajosos em estudos com grande número de participantes. (17)

O presente estudo foi realizado no município de Nova Iguaçu (RJ), com foco nas equipes dos eCR atuantes no município e na Clínica da Família Odicéia Morais, a qual as equipes estão vinculadas. As coletas de dados, isto é, a aplicação do questionário e da entrevista semiestruturada junto às pessoas em situação de rua ocorreram nos pontos de atendimento dos eCR. Já a coleta com os profissionais foi conduzida na Clínica da Família Odicéia Morais, unidade de saúde pública localizada na Rua Bolívia, s/n, no Centro de Nova Iguaçu. População e amostragem: a população-alvo da pesquisa é composta por dois grupos focais principais: (1) pessoas em situação de rua atendidas pelos eCR; e (2) profissionais e gestores vinculados à Clínica da Família Odicéia Morais e colaboradores nos eCR.

A amostra foi não probabilística, por conveniência, considerando os usuários (pessoas em situação de rua) abordados durante as visitas e ações dos eCR ao longo do período de coleta, estimado em três meses. Foram incluídos indivíduos maiores de 18 anos, em condição de rua há pelo menos três meses, que aceitaram participar voluntariamente após leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Os dados quantitativos foram submetidos a tratamento estatístico para organizar, descrever e interpretar as informações obtidas de maneira objetiva e sistemática. Esse tratamento permitiu a identificação de padrões, tendências e possíveis relações entre as variáveis investigadas, contribuindo para a construção de uma análise consistente e fundamentada. Já os dados qualitativos foram analisados por meio da técnica de Análise de Conteúdo, na perspectiva de Bardin (18), buscando-se identificar categorias temáticas relacionadas às barreiras, determinantes e propostas de intervenção. Por fim, os resultados quantitativos e qualitativos foram integrados por meio de uma análise mista (triangulação), possibilitando uma interpretação conjunta das evidências sob diferentes perspectivas e favorecendo a formulação de recomendações mais abrangentes e precisas acerca do acesso e da efetividade dos serviços de Consultórios na Rua no município estudado. Ética, sigilo e LGPD: a pesquisa seguiu os preceitos éticos vigentes. O TCLE foi apresentado em linguagem acessível, admitindo-se consentimento oral documentado quando necessário.

Os dados foram anonimizados, armazenados em repositório seguro com acesso restrito à equipe, e utilizados exclusivamente para fins da pesquisa, em conformidade com a LGPD. Não houve indução à participação (eventual fornecimento de lanche e água foi caracterizado como ressarcimento de custo, não benefício condicionado).

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Espera-se que a pesquisa produza um diagnóstico consistente sobre as condições de acesso das pessoas em situação de rua aos serviços dos Consultórios na Rua no município de Nova Iguaçu, identificando barreiras institucionais, operacionais e subjetivas que influenciam o uso dos serviços.

Os resultados revelaram tanto aspectos estruturais — como organização da rede, disponibilidade de recursos e práticas de acolhimento — quanto elementos relacionados às trajetórias, percepções e necessidades dos usuários.

No componente quantitativo, obteve-se um panorama descritivo das características sociodemográficas dos participantes, padrões de utilização dos serviços de saúde, frequência de atendimento pelos eCR e indicadores de satisfação. Esses dados contribuíram para a construção de evidências empíricas que subsidiem propostas de aperfeiçoamento da atenção básica voltada à população em situação de rua. No componente qualitativo, a análise das entrevistas e oficinas permitiu a identificação de categorias temáticas relacionadas às experiências dos usuários, desafios das equipes multiprofissionais e potenciais estratégias de intervenção.

A integração dos dados, por meio da triangulação metodológica, fortaleceu a compreensão dos resultados ao articular diferentes perspectivas e tipos de informação. Quanto aos produtos esperados, foi elaborado um relatório técnico detalhado contendo recomendações para gestores e equipes de saúde.

4 CONCLUSÃO

A população em situação de rua compõe um dos grupos mais vulneráveis e marginalizados, com severas iniquidades no acesso à saúde, moradia e proteção social; condições precárias de vida e ausência de vínculos estáveis repercutem no estado de saúde e na continuidade do cuidado (6).

Embora a CF/88, a PNAB e a PNPSR consolidem o direito à saúde, a integralidade do cuidado e a intersetorialidade como princípios orientadores (7,9,11), e o Manual do MS detalhe a atuação itinerante e integrada das eCR (10), evidências indicam que barreiras institucionais e operacionais, estigma e falhas na coordenação da rede seguem limitando o acesso efetivo dessa população à APS (12). Justifica-se, assim, um estudo focalizado em Nova Iguaçu que qualifique o acesso, descreva barreiras e dialogue com a literatura nacional e internacional sobre experiências do eCR (1–5,12), oferecendo subsídios concretos à gestão e às equipes para aprimorar a efetividade e a equidade do cuidado no território (7,9–11).

Ao articular o marco jurídico-político (7–11) com evidências sobre desigualdades e organização do cuidado em APS/eCR (1–5,12), a investigação fornece base técnica para orientar decisões locais: ajustes de fluxos e rotas, pactuações intersetoriais, fortalecimento da coordenação com a rede e ações de educação permanente. Com este estudo, houve a oportunidade de produzir evidência aplicável ao SUS no nível municipal, com potencial de impacto direto sobre acesso, continuidade e qualidade do cuidado ofertado às pessoas em situação de rua.

REFERÊNCIAS

ABDALLA, M. M.; OLIVEIRA, L. G. L.; AZEVEDO, C. E. F.; GONZALEZ, R. K. Qualidade em pesquisa qualitativa organizacional: tipos de triangulação como alternativa

metodológica. **Administração: Ensino e Pesquisa (RAEP)**, v. 19, n. 1, p. 66–98, 2018. DOI 10.13058/raep.2018.v19n1.578.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 4 nov. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual sobre o cuidado à saúde junto à população em situação de rua**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. 98 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/equidade/publicacoes/populacao-em-situacao-de-rua/manual_cuidado_populalcao_rua.pdf. Acesso em: 13 jul. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b. 110 p. (Série E. Legislação em Saúde). Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf. Acesso em: 4 nov. 2025.

BRASIL. Presidência da República. Decreto nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 24 dez. 2009. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d7053.htm. Acesso em: 13 jul. 2026.

DAWES, J.; DEATON, S.; GREENWOOD, N. Homeless people's access to primary care physiotherapy services: an exploratory, mixed-method investigation using a follow-up qualitative extension to core quantitative research. **BMJ Open**, v. 7, n. 6, e012957, 2017.

DENZIN, N. K. **The Research Act**: A Theoretical Introduction to Sociological Methods. New York: McGraw-Hill, 1978.

FERNANDES, M. A.; RIBEIRO, A. População em situação de rua e o direito de acesso aos serviços de saúde. **Revista Interdisciplinar de Direitos Humanos**, v. 10, n. 1, p. 129–139, 2022. DOI 10.5016/ridh.v10i1.124. Disponível em: https://www2.faac.unesp.br/ridh3/index.php/ridh/article/view/124. Acesso em: 4 nov. 2025.

GONTIJO, L. A.; SILVA, B. M.; VIEGAS, S. M. F. Acesso da população em situação de rua aos serviços da Atenção Primária à Saúde: uma revisão integrativa. **Saúde em Debate**, v. 47, n. 137, e3722, 2023. DOI 10.1590/0103-1104202313722. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0103-1104202313722. Acesso em: 4 nov. 2025.

GUNNER, E.; CHANDAN, S. K.; MARWICK, S.; SAUNDERS, K.; BURWOOD, S.; YAHYOUCHE, A. *et al*. Provision and accessibility of primary healthcare services for people who are homeless: a qualitative study of patient perspectives in the UK. **British Journal of General Practice**, v. 69, n. 685, p. e526–e536, 2019.

KALLIO, H.; PIETILÄ, A. M.; JOHNSON, M.; KANGASNIEMI, M. Systematic methodological review: developing a framework for a qualitative semi-structured interview guide. **Journal of Advanced Nursing**, v. 72, n. 12, p. 2954–2965, 2016. DOI 10.1111/jan.13031.

KUPHANGA, D. **Questionnaires in research**: their role, advantages and main aspects. [*S. l.*]: ResearchGate, 2024. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/378868278_Questionnaires_in_Research_Their_Role_Advantages_and_Main_Aspects. Acesso em: 4 nov. 2025.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Fundamentos de metodologia científica**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

O'TOOLE, T. P.; JOHNSON, E. E.; BORGIA, M. L.; ROSE, J.; BIGELOW, J.; YOUNG, J. *et al*. Tailoring outreach efforts to increase primary care use among homeless veterans: results of a randomized controlled trial. **Journal of General Internal Medicine**, v. 30, n. 7, p. 886–898, 2015.

SANTOS, F. M. Análise de conteúdo: a visão de Laurence Bardin. **Revista Eletrônica de Educação**, v. 6, n. 1, p. 383–387, maio 2012. Resenha de: BARDIN, L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70, 2011. Disponível em: http://www.reveduc.ufscar.br. Acesso em: 13 jul. 2026.

SILVA, I. C. N.; SANTOS, M. V. S.; CAMPOS, L. C. M.; SILVA, D. O.; PORCINO, C. A.; OLIVEIRA, J. F. Representações sociais do cuidado em saúde de pessoas em situação de rua. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 51, e03208, 2017. Disponível em: https://www.revistas.usp.br/reeusp/article/view/139393. Acesso em: 4 nov. 2025.

VARGAS, E. R.; MACERATA, I. Contribuições das equipes de Consultório na Rua para o cuidado e a gestão da atenção básica. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 42, e170, 2018. DOI 10.26633/RPSP.2018.170.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Constitution of the World Health Organization**. Geneva: WHO, 1946. Adopted 22 July 1946; entered into force 7 Apr. 1948. Disponível em: https://www.who.int/about/governance/constitution. Acesso em: 13 jul. 2026.

RELIGIOSIDADE E SAÚDE: RELATO DE EXPERIÊNCIA DO GRUPO DE PESQUISA E EXTENSÃO "CONEXÕES ENTRE SAÚDE E ESPIRITUALIDADE"

EDUARDO LIMA LEITE; CLEYTON DE ANDRADE CORREIA; ESTHEFANE SOARES DE ALMEIDA; LUCIANO DE BRITO JÚNIOR; MARIA CATARINE DE ANDRADE LIMA; MESSIAS MÁXIMO DE LIMA

RESUMO

Este trabalho relata as experiências do Grupo de Pesquisa de Extensão "Conexões entre Saúde e Espiritualidade", vinculado à Universidade Federal de Campina Grande. O grupo atua na interface entre o conhecimento científico e os saberes ancestrais afro-indígenas para a promoção da saúde integral em Patos-PB e em outras regiões da Paraíba. A relação entre religiosidade, espiritualidade e saúde tem ganhado reconhecimento crescente desde que a Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1984, incorporou a dimensão espiritual à sua estratégia global. No Brasil, essa perspectiva está presente na Política Nacional de Atenção Básica (2017) e nas resoluções do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2023), que reafirmam a espiritualidade como fator protetor ao cuidado integral. No contexto afro-indígena, práticas como o Candomblé, a Umbanda e a Jurema Sagrada constituem sistemas complexos de saúde e cuidado historicamente negligenciados pelo paradigma biomédico. O grupo estruturou suas ações em eixos complementares. O primeiro envolveu a realização do 1º Encontro Regional de Jurema Sagrada no Sertão da Paraíba, promovendo diálogo entre saberes ancestrais e ciência, com destaque para o *Coping* Religioso e Espiritual como ferramenta de promoção da saúde humana. O segundo articulou religiosidade, gênero e políticas públicas, com apoio às Conferências Livres para a 5ª Conferência Nacional de Políticas para Mulheres, evidenciando a interseção entre racismo religioso, violência de gênero e vulnerabilidade das mulheres de terreiro. O terceiro eixo voltou-se à formação de conselheiros do Controle Social em saúde, com repercussão que alcançou o 11º Fórum de Educação Permanente dos Conselhos de Saúde do Nordeste. Entre os desafios identificados, destacam-se a ampliação dos projetos de pesquisa e das atividades de extensão. A experiência demonstra que a pesquisa e a extensão universitária comprometidas com os saberes e direitos de comunidades historicamente silenciadas é capaz de produzir transformações concretas, contribuindo para um sistema de saúde mais justo, integral e plural.

Palavras-chave: Pesquisa e extensão; saberes ancestrais; religiosidade afro-indígenas.

DOI: 10.51161/iv-conasus/84666

1 INTRODUÇÃO

A relação entre religiosidade, espiritualidade e saúde tem ganhado reconhecimento crescente no campo científico e nas políticas públicas de saúde. Desde 1984, quando a Organização Mundial da Saúde (OMS) incluiu a dimensão espiritual em sua estratégia global de saúde, o debate sobre como crenças, práticas religiosas e espiritualidade influenciam o bem-estar humano, passou a integrar as agendas da saúde coletiva, da psiquiatria e da atenção básica (WHO, 1984).

No Brasil, esse reconhecimento se reflete na Política Nacional de Atenção Básica, que incorpora a espiritualidade como dimensão relevante no cuidado integral à saúde, e nas resoluções do Conselho Nacional de Saúde, que apontam para a necessidade de ações sensíveis à diversidade religiosa e cultural da população. Tais documentos corroboram o que a literatura internacional já havia consolidado: a espiritualidade atua como fator protetor, mobilizando esperança, sentido de vida, resiliência e suporte comunitário em situações de adoecimento e vulnerabilidade (Moreira-Almeida *et al.,* 2018).

No contexto das religiões de matriz afro-indígena, essa relação apresenta particularidades que merecem atenção especial. Práticas como o Candomblé, a Umbanda e a Jurema Sagrada integram, de maneira orgânica, saberes ancestrais sobre saúde, cura e cuidado coletivo, constituindo sistemas de saúde paralelos historicamente negligenciados pela biomedicine. O reconhecimento dessas práticas como patrimônio cultural e como contribuição legítima para a promoção da saúde integral é um imperativo ético e científico (Silva; Scorsolini-Comin, 2020).

É nesse cenário que se insere o Grupo de Pesquisa e Extensão "Conexões entre Saúde e Espiritualidade", vinculado à Universidade Federal de Campina Grande. O grupo atua na interface entre o saber acadêmico e o saber ancestral dos povos de terreiro e indígenas, promovendo o diálogo entre espiritualidade, religiosidade e saúde coletiva, na Paraíba.

2 RELATO DE EXPERIÊNCIA

Este relato de experiência relata as experiências desenvolvidas pelo Programa de Pesquisa e Extensão intitulado "Conexões entre Saúde e Espiritualidade" ao longo das suas etapas de execução, evidenciando as estratégias adotadas para articular saberes ancestrais afro-indígenas e conhecimento científico na promoção da saúde integral, bem como os impactos observados junto às comunidades de terreiro, aos conselhos de saúde, à comunidade acadêmica, à sociedade civil no município de Patos-PB.

O Grupo "Conexões entre Saúde e Espiritualidade" foi estruturado a partir de eixo teórico-metodológico que articula a antropologia, a saúde coletiva e os estudos de espiritualidade e religiosidade, alinhando-se aos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), especialmente os eixos Saúde e Bem-Estar (ODS 3) e Paz, Justiça e Instituições Eficazes (ODS 16). As ações do grupo são desenvolvidas por meio de projetos complementares, envolvendo docentes, estudantes bolsistas e voluntários de diferentes cursos da UFCG, além de parceiros institucionais como o Conselho Municipal de Saúde de Patos-PB, o Coletivo Derréis e a Congregação Espírita de Cultos Afro-Brasileiro da Paraíba (Athayde, *et al.,* 2026).

A primeira grande ação do grupo foi a realização do 1º Encontro Regional de Jurema Sagrada no Sertão da Paraíba, evento que reuniu o saber ancestral do povo de terreiro, sobretudo o povo da Jurema, em torno da história e da cultura afro-indígena. O encontro contou com palestras

DOI: 10.51161/iv-conasus/84666

temáticas sobre a Jurema: Da História Natural às Encantarias e Saberes da Ancestralidade; Jurema Sagrada: Religiosidade e Saúde no Século 21; Conexões entre Espiritualidade e Saúde; Ciência do Cuidado e da Saúde Integral, além de oficinas sobre flora medicinal do Sertão, Coping Religioso e Espiritual, e ritualística da Jurema Sagrada. Momentos culturais complementaram a programação, integrando ginástica ancestral de origem indígena e o Girão da Jurema (Athayde, et all; 2026).

Essa experiência evidenciou que o saber ancestral dos povos de terreiro é portador de uma racionalidade própria sobre saúde e cuidado, capaz de dialogar produtivamente com a ciência quando o encontro se dá em bases de respeito e horizontalidade. O Coping Religioso e Espiritual é conjunto de estratégias utilizadas pelos indivíduos para lidar com situações de estresse e adoecimento por meio de recursos religiosos que se mostrou central nessa articulação, sendo identificado pela equipe como ferramenta de grande potencial para a promoção da saúde mental e do bem-estar nas comunidades atendidas (Ahmadi *et al.*, 2023).

2.1 Relato da articulação entre religiosidade, gênero e políticas públicas

Outra ação importante do Grupo de Pesquisa e Extensão "Conexões entre Saúde e Espiritualidade" foi a interface entre religiosidade, gênero e políticas públicas. O grupo apoiou e participou das Conferências Livres para a 5ª Conferência Nacional de Políticas para Mulheres, promovendo dois eventos: o primeiro "Nossa Fé, Nossa Força: Mulheres de Terreiros de Patos Contra a Injustiça e pela Dignidade, e no Ambiente Acadêmico" o segundo evento intitulado "Têm Demandas SIM: Mulheres das Universidades Presente" (Athayde, *et al.,* 2026).

Essa ação revelou como a intersecção entre racismo religioso, violência de gênero e vulnerabilidade em saúde afeta de modo particular as mulheres de terreiro. A Conferência realizada no ambiente acadêmico reuniu aproximadamente 100 participantes entre estudantes, docentes e mulheres da sociedade civil. Ainda nesse eixo, o Programa integrou a 1ª Conferência Livre de Políticas Públicas para Mulheres de Terreiro de Patos-PB, reunindo lideranças de terreiro, gestoras e membros da comunidade para debater a construção coletiva de políticas públicas pautadas no respeito, na equidade e na justiça para esse segmento historicamente marginalizado (Athayde, *et al.,* 2026).

2.2 Formação junto aos Conselhos de Saúde.

O Grupo de Pesquisa e Extensão realizou um evento com os conselheiros do Conselho Municipal de Saúde de Patos-PB, apresentando o tema Espiritualidade e Saúde e o Coping Religioso e Espiritual como ferramentas para o fortalecimento do cuidado integral no SUS. A repercussão positiva dessa ação resultou em convites para ampliar a atuação do grupo para participar do 11º Fórum de Educação Permanente e Continuada dos Conselhos de Saúde do Nordeste, ampliando o alcance das ações para o nível regional. Essas experiências confirmam que a incorporação da dimensão espiritual nos espaços de controle social em saúde contribui para uma compreensão mais integral das necessidades da população, especialmente em territórios marcados pela forte presença de práticas religiosas afro-indígenas como o Sertão da Paraíba (Athayde, *et al.,* 2026).

2.3 Relato da difusão de conteúdo sobre religiosidade e saúde

O grupo investiu na produção e difusão de conteúdo sobre religiosidade e saúde por meio das mídias sociais. Os discentes bolsistas e voluntários participaram como entrevistados, abordando as práticas religiosas de matriz afro-indígena, sua importância cultural e social e suas conexões com a saúde integral. A iniciativa contribuiu para a formação crítica e humanizada dos ouvintes, especialmente estudantes e profissionais das áreas de saúde e ciências humanas, ampliando o impacto da extensão para além dos muros da universidade. A produção de materiais audiovisuais como folders sobre os Orixás no Candomblé e na Umbanda, vídeos sobre a Consciência Negra, posts informativos que demonstrou a capacidade do Programa de mobilizar estudantes de diferentes cursos na construção de pontes entre a academia e as comunidades (Athayde, *et al.,* 2026).

2.4 Experiência com os povos indígenas

Outra ação importante foi a participação no IV Festival de Cultura do Povo Potiguara no litoral Norte da Paraíba. Essa experiência aprofundou a compreensão entre saúde, religiosidade e ancestralidade indígena. A atividade de campo permitiu à equipe conhecer as práticas religiosas e de cuidado dos Potiguaras, reconhecer a centralidade da espiritualidade em seus modos de vida e estabelecer parcerias para ações futuras. Materiais audiovisuais sobre ancestralidade e religiosidade indígena foram produzidos pelos extensionistas (Athayde, *et al.,* 2026).

2.5 Relato do reconhecimento e repercussão institucional e desafios

O alcance das atividades do grupo de Pesquisa e Extensão foi reconhecido publicamente durante o Ato Religioso de Entrega do Oxê de Xangô, quando o grupo recebeu o Certificado de Reconhecimento por Contribuições à Promoção da Igualdade Étnico-Racial da População Negra, Povos e Comunidades Tradicionais e Comunidade LGBTQIA+ no Estado da Paraíba. O grupo também integrou o 3º Simpósio Internacional dos Direitos Humanos, Meio Ambiente, Sustentabilidade, Transição Energética e Tecnologias Sociais, com apresentação de resumos expandidos e participação em debates sobre ancestralidade e direitos dos povos originários, fortalecendo a dimensão científica e o diálogo interinstitucional (Athayde, *et al.,* 2026).

Ao longo das atividades, a equipe identificou desafios relevantes. A articulação com a pesquisa foi comprometida pela não renovação do Projeto PIBIC vinculado ao Programa, em razão de questões éticas ligadas ao Conselho de Ética/Plataforma Brasil, fato que evidencia a necessidade de maior apoio institucional aos programas que trabalham com grupos historicamente marginalizados. Outro desafio consistiu em diminuir a desconfiança inicial de parte das comunidades de terreiro em relação à presença acadêmica. Desconfiança que foi mimizada por meio de escuta qualificada, diálogo com às comunidades religiosas e construção coletiva de atividades (Athayde, *et al.,* 2026).

3 DISCUSSÃO

As atividades descritas neste relato de experiência evidenciam que o Programa de Pesquisa e Extensão "Conexões entre Saúde e Espiritualidade" alcançou seus objetivos ao construir, de

DOI: 10.51161/iv-conasus/84666

maneira sistematizada, pontes entre o saber científico e os saberes ancestrais afro-indígenas; corroborando as diretrizes da Organização Mundial da Saúde (OMS) e da Política Nacional de Atenção Básica, que reconhecem a espiritualidade como dimensão constitutiva do processo saúde-doença (WHO, 1984; BRASIL, 2017).

A realização do 1º Encontro Regional de Jurema Sagrada no Sertão da Paraíba é um exemplo da articulação entre o conhecimento acadêmico e os saberes ancestrais, proporcionado pelo nosso grupo de pesquisa. Esse evento não apenas visibilizou práticas historicamente negligenciadas pelo paradigma biomédico, como também evidenciou que tais saberes possuem racionalidade própria e dialogam de maneira produtiva com a ciência quando o encontro se dá em bases de horizontalidade e respeito mútuo. Esse achado converge com o posicionamento de Silva e Scorsolini-Comin (2020), para quem as religiões de matriz afro-indígena constituem sistemas complexos de cuidado, que merecem legitimidade científica e reconhecimento nas políticas de saúde.

Outro exemplo foram as pesquisas sobre Coping Religioso e Espiritual como instrumentos de compreensão para a saúde mental e do bem-estar comunitário. Conforme destacam Ahmadi et al. (2023), as estratégias de coping espiritual estão associadas à redução de sintomas de ansiedade e depressão e ao fortalecimento da resiliência, especialmente em populações que enfrentam adoecimento e vulnerabilidade social, no contexto das comunidades de terreiro de Patos-PB.

A dimensão de gênero, revelada nas ações do grupo, aprofundou a compreensão sobre a intersecção entre racismo religioso, violência de gênero e vulnerabilidade em saúde. A participação nas Conferências Livres para a 5ª Conferência Nacional de Políticas para Mulheres, evidenciou que as mulheres de terreiro ocupam posição de especial vulnerabilidade, situadas na sobreposição de múltiplas formas de marginalização. Conforme Brasil (2023), essa perspectiva encontra respaldo na literatura que articula gênero, raça e saúde coletiva, sinalizando a necessidade de políticas públicas que reconheçam as especificidades dessas populações.

Já as ações do grupo de pesquisa e extensão "Conexões entre espiritualidade e saúde" junto aos conselheiros do Controle Social em Saúde e a repercussão que alcançou no 11º Fórum de Educação Permanente dos Conselhos de Saúde do Nordeste, reafirmou o potencial de atuação do grupo de pesquisa e extensão.

Conforme aponta Santana et al. (2021), a extensão universitária comprometida com a promoção da saúde é capaz de extrapolar os limites institucionais e gerar impacto significativo na formação de sujeitos críticos e na qualificação do cuidado. A dimensão espiritual, quando incorporada aos espaços de controle social, contribui para uma apreensão mais integral das necessidades de saúde da população, especialmente em territórios marcados pela forte presença de práticas religiosas afro-indígenas.

A participação no IV Festival de Cultura do Povo Potiguara, por sua vez, ampliou o escopo do Programa, estabelecendo conexões com os saberes de cuidado dos povos indígenas e reforçando que a saúde, em perspectiva integral, não pode prescindir do diálogo com as cosmologias e práticas ancestrais que organizam a vida dessas comunidades.

4 CONCLUSÃO

A experiência do Programa de Extensão Conexões entre Saúde e Espiritualidade demonstra que a relação entre religiosidade e saúde é um campo fértil e urgente para a atuação universitária comprometida com a equidade e com a integralidade do cuidado. A principal conclusão deste relato sobre as atividades desenvolvidas pelo grupo, evidenciaram que as práticas espirituais e religiosas

DOI: 10.51161/iv-conasus/84666

das comunidades de terreiro e dos povos indígenas não são apenas expressões culturais; são sistemas complexos de cuidado e promoção da saúde que dialogam com a ciência e devem ser incorporados às políticas públicas de saúde de forma respeitosa e efetiva.

Outra conclusão nos permite sustentar que as pesquisas sobre Coping Religioso e Espiritual realizadas pelo grupo revelou-se uma ferramenta de grande potencial para a atenção básica e para o trabalho dos conselhos de saúde, especialmente em territórios marcados pela diversidade religiosa afro-indígena como o Sertão da Paraíba. A formação de estudantes universitários inseridos nesse contexto de compreensão do contexto intercultural mostrou-se transformadora, contribuindo para profissionais de saúde mais sensíveis às múltiplas dimensões do ser humano.

O impacto alcançado, da formação de conselheiros de saúde à representação nacional em conferências de mulheres; do diálogo com os Potiguaras ao reconhecimento público por lideranças religiosas e institucionais, demonstra que a pesquisa e extensão universitária, quando comprometidas com os saberes e direitos das comunidades historicamente silenciadas, é capaz de produzir transformações reais na vida das pessoas e de contribuir de forma significativa para a construção de um sistema de saúde mais justo.

REFERÊNCIAS

AHMADI, A. et al. Spiritual coping strategies: Relationship with physical, anxiety, and depression symptoms of patients with cancer. **Indian Journal of Cancer**, v. 60, n. 3, p. 439-446, 2023.

ATHAYDE, A. C. R.; LEITE, E. L. ; BRITO JÚNIOR, L. de ; ALMEIDA E. S.; LIMA M. M.; PAZ A. B. A. ; SOUSA, B. R. C. ; LIMA, M. C. A. ; CORREIA, C. A. Programa de Extensão: conexões entre saúde e espiritualidade. **(Relatório de Extensão).** 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. **Diário Oficial da União,** 2017.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 715, de 20 de julho de 2023. Dispõe sobre as orientações estratégicas para o Plano Plurianual e para o Plano Nacional de Saúde. **Diário Oficial da União**, 2023.

COYLE, J. Spirituality and health: towards a framework for exploring the relationship between spirituality and health. **Journal of Advanced Nursing,** v. 37, n. 6, p. 589-597, 2002.

MOREIRA-ALMEIDA, A. et al. WPA position statement on spirituality and religion in psychiatry. **Actas Españolas de Psiquiatría,** v. 46, n. 6, p. 242-248, 2018.

SANTANA, R. R. et al. Extensão universitária como prática educativa na promoção da saúde. **Educação & Realidade, v.** 46, n. 2, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.1590/2175-623698702.

SILVA, L. M. F.; SCORSOLINI-COMIN, F. A umbanda e os processos de saúde-doença. **Semina: Ciências Sociais e Humanas,** v. 41, n. 2, p. 215-228, 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. The spiritual dimension in the global strategy for health for all by the year 2000. **World Health Assembly**, 37, 1984.

DOI: 10.51161/iv-conasus/84666

ASSOCIAÇÃO ENTRE DIABETES MELLITUS TIPO 2 E O DESEMPENHO DAS FUNÇÕES EXECUTIVAS EM IDOSOS ACOMPANHADOS EM UNIDADE DE ATENÇÃO TERCIÁRIA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

JESSICA FERNANDES; DARTCLEIA MOURA MARTINS NEVES; LUCIANNE RIGHETI MONTEIRO TANNUS; ROBERTA ARNOLDI COBAS; CARLOS EDUARDO NÓRTE

Introdução: O envelhecimento está associado ao declínio natural das funções executivas em decorrência de alterações cerebrais relacionadas à idade. Entretanto, evidências sugerem que o Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) pode contribuir para alterações cognitivas, que podem interferir na capacidade de planejamento, tomada de decisão, monitoramento do comportamento e resolução de problemas, repercutindo negativamente na adesão ao tratamento e no autocuidado. **Objetivo:** Analisar a associação entre variáveis clínicas do DM2 e o desempenho das funções executivas em idosos acompanhados em um serviço de atenção terciária brasileiro. **Metodologia:** Estudo transversal realizado com 69 idosos com diagnóstico de DM2, acima de 65 anos, acompanhados na Policlínica Piquet Carneiro. Foram realizadas análises descritivas, testes de normalidade e análises inferenciais. **Resultados:** Não foram observadas associações significativas ($p > 0,05$) entre os indicadores de controle glicêmico (hemoglobina glicada e glicemia capilar) e o desempenho nas funções executivas. Em contrapartida, o tempo de duração do DM2 apresentou associação com a fluência verbal fonológica ($U = 389,5$; $p = 0,021$). Verificou-se elevada frequência de comprometimento cognitivo, principalmente no desempenho cognitivo global e nas funções executivas, com maiores prejuízos em velocidade de processamento, flexibilidade cognitiva e linguagem. A escolaridade esteve positivamente associada ao desempenho em memória de trabalho ($\rho = 0,433$; $p < 0,001$), fluência verbal fonológica ($\rho = 0,414$; $p < 0,001$) e fluência verbal semântica ($\rho = 0,419$; $p < 0,001$), indicando possível efeito protetor da reserva cognitiva. A idade não apresentou associação significativa com o desempenho cognitivo ($p > 0,05$). Foram identificadas diferenças entre os sexos, com melhor desempenho das mulheres em memória de trabalho ($U = 303,5$; $p = 0,011$) e fluência verbal fonológica ($U = 336,0$; $p = 0,037$), e pior desempenho em tarefas de velocidade de processamento ($U = 716,0$; $p = 0,003$). **Conclusão:** O comprometimento cognitivo em idosos com DM2 apresenta natureza multifatorial, não sendo explicado apenas pelos indicadores de controle glicêmico. Nesse contexto, a avaliação neuropsicológica pode contribuir para a identificação precoce de alterações cognitivas e subsidiar o planejamento de ações integrais no SUS, favorecendo o autocuidado, a adesão ao tratamento e a manutenção da autonomia funcional da pessoa idosa.

Palavras-chave: **SAÚDE DO IDOSO; AVALIAÇÃO NEUROPSICOLÓGICA; DIABETES MELLITUS TIPO 2**

DOI: 10.51161/iv-conasus/84710

PROMOÇÃO DA SAÚDE E INTERSETORIALIDADE NO ATENDIMENTO A PESSOA IDOSA NO MUNICÍPIO DE PEDRA BRANCA, CEARÁ

MARIA NAIANE DOS SANTOS SILVA; MARIA JAINE LOPES CARVALHO.

RESUMO

A intersetorialidade em saúde compreende a ação conjunta, bem articulada entre várias instâncias sociais no diagnóstico, gerenciamento e resolutividade de problemas simples ou complexos, a mesma se configura como elemento chave no bom funcionamento da Estratégia Saúde da Família (ESF). Este estudo tem como objetivo relatar a experiência de educação em saúde realizada pela ESF no Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV) de idosos do CRAS no distrito de Santa Cruz, do município de Pedra Branca, Ceará. É um relato de experiência vivenciado por profissionais da ESF, que atuam na ESF Santa Cruz, distrito do município de Pedra Branca (CE). A pesquisa ocorreu no período de Maio a Dezembro de 2025 e os resultados foram formulados com base na sistematização das experiências vivenciadas e conhecimentos construídos no decorrer do contato com o SCFV do idoso. Os encontros do grupo aconteceram as terças-feiras de cada mês, dentre os quatro encontros mensais, um foi conduzido pela equipe da saúde, abordando várias temáticas relevantes de promoção da saúde. A prática dessa atividade como facilitadora de conhecimento, promoveu espaço de valorização do idoso, autoconfiança, autocuidado, criando momentos de trocas de experiências, orientações, promoção da saúde e prevenção de doenças, além de reaproximar esse público da Atenção Primária. Ao longo de nove meses foi possível abordar diversos temas relevantes para a saúde do idoso, por meio do trabalho intersetorial e interdisciplinar, visando à promoção da saúde, à melhoria da qualidade de vida e à produção da saúde, bem como permitindo atuar nas causas que agravam a saúde dos idosos.

Palavras-chave: Saúde do Idoso; Estratégia Saúde da Família; Intersetorialidade.

1 INTRODUÇÃO

No que trata da saúde do idoso, é importante destacar que dados de projeções estatísticas apontam que aumenta de forma crescente a cada ano. Em vista disso, considerando as peculiaridades que envolve o envelhecimento tais como mudanças físicas, comportamentais e sociais, os profissionais de saúde que atuam na da Atenção Primária à Saúde (APS) devem estar capacitados para atender as necessidades desse grupo populacional e promover ações visando a manutenção da qualidade de vida dessas pessoas que estão envelhecendo dentre elas, a promoção da autonomia, a independência e o bem-estar dos idosos através de sua autogestão em saúde (OLIVEIRA, 2023).

Conforme as peculiaridades ditas do processo de envelhecimento e a importância dos profissionais de saúde estarem atentos as demandas específicas desse grupo populacional, reforça ainda mais a importância da APS, como porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS).

DOI: 10.51161/iv-conasus/84731

Dessa forma a intersetorialidade em saúde compreende a ação conjunta, bem articulada entre várias instâncias sociais no diagnóstico, gerenciamento e resolutividade de problemas simples ou complexos, a mesma se configura como elemento chave no bom funcionamento da Estratégia Saúde da Família (ESF). Isso significa dizer que a Atenção Primária à Saúde (APS) quando firma parcerias com outros setores sociais, melhora os resultados em saúde (CAMARGO; BORGES, 2020). Assim, os grupos do Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) se tornam importantes dispositivos a serem trabalhados temas relevantes de promoção da saúde.

O Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV) do idoso, articulado pelo CRAS é o cenário deste relato de experiência, que tem por objeto de análise as ações intersetoriais entre o SCFV e a ESF, localizados no distrito de Santa Cruz do Banabuiú, Município de pedra Branca, Ceará.

Diante do exposto, este estudo tem como objetivo relatar a experiência de educação em saúde realizada pela ESF no SCFV de idosos do CRAS no distrito de Santa Cruz, do município de Pedra Branca, Ceará.

2 RELATO DE CASO/EXPERIÊNCIA

Este estudo é um relato de experiência vivenciado por profissionais da ESF, que atuam na ESF Santa Cruz, distrito do município de Pedra Branca (CE). A pesquisa ocorreu no período de Maio a Dezembro de 2025 e os resultados foram formulados com base na sistematização das experiências vivenciadas e conhecimentos construídos no decorrer do contato com o SCFV do idoso.

Foram abordados diversos temas de promoção da saúde e prevenção de doenças, organizado por profissionais da ESF e a equipe Multiprofissional na Atenção Primária à Saúde (eMulti), contamos com a participação de várias categorias profissionais, entre elas: Enfermagem, Farmácia, Educação Física, Nutrição e agentes comunitários de saúde (ACS).

A ESF e o CRAS ficam Localizado no distrito de Santa Cruz, Município de Pedra Branca, Ceará, 36 km da sede. Vale destacar que essa integração dos dois equipamentos, saúde e assistência social, deu-se a partir da necessidade vislumbrada pelos os dois equipamentos, de estar levando temáticas da saúde para serem trabalhadas no grupo.

O Grupo acontecia às terças-feiras pela manhã na sede do CRAS, ao todo, foram oito encontros. Tudo foi registrado em diário de campo, diário este que é um dos instrumentos adotados para auxiliar nas observações e coletar dados, uma ferramenta pessoal e intransferível, que serve para o pesquisador, depois de todas as anotações feitas, formular um relatório detalhado dos momentos da pesquisa. Quanto mais rico em anotações, mais útil na análise do objeto em estudo.

3 DISCUSSÃO

Os encontros do grupo aconteceram as terças-feiras de cada mês, dentre os quatro encontros mensais, um foi conduzido pela equipe da saúde, abordando várias temáticas relevantes de promoção da saúde. Durante os oito encontros foram abordados os seguintes temas: Práticas de atividades físicas, Alimentação saudável, Outubro Rosa, Novembro Azul, Março Lilás, Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), Saúde Mental, Polifarmácia e Automedicação.

Participaram aproximadamente 35 idosos em cada encontro, antes de os temas serem trabalhados eram propostas dinâmicas “quebra de gelo” entre os profissionais e usuários participantes. A forma dinâmica do grupo favoreceu o estabelecimento de laços entre eles, criando expectativas para os próximos encontros. As metodologias ativas proporcionaram aos

DOI: 10.51161/iv-conasus/84731

idosos maior entusiasmo na abordagem dos temas, maior participação e interações nos encontros.

A prática dessa atividade como facilitadora de conhecimento, promoveu espaço de valorização do idoso, autoconfiança, autocuidado, criando momentos de trocas de experiências, orientações, promoção da saúde e prevenção de doenças, além de reaproximar esse público da Atenção Primária.

Além disso, foi possível observar a construção do vínculo e cuidado entre os usuários e os profissionais, alguns desses idosos estavam afastados da ESF, não procuravam mais à unidade, e após esse vínculo construído com a equipe através do encontros no grupo, foi possível mudar essa realidade.

As metodologias ativas proporcionaram aos idosos maior entusiasmo na abordagem dos temas, maior participação e interações nos encontros.

A prática dessa atividade como facilitadora de conhecimento, promoveu espaço de valorização do idoso, autoconfiança, autocuidado, criando momentos de trocas de experiências, orientações, promoção da saúde e prevenção de doenças, além de reaproximar esse público da Atenção Primária.

Dessa forma, foi possível observar a construção do vínculo e cuidado entre os usuários e os profissionais, alguns desses idosos estavam afastados da ESF, não procuravam mais à unidade, e após esse vínculo construído com a equipe através do encontros no grupo, foi possível mudar essa realidade

4 CONCLUSÃO

Ao longo de nove meses foi possível abordar diversos temas relevantes para a saúde do idoso, por meio do trabalho intersetorial e interdisciplinar, visando à promoção da saúde, à melhoria da qualidade de vida e à produção da saúde, bem como permitindo atuar nas causas que agravam a saúde dos idosos.

A integração entre ESF e CRAS foi uma proposta que se mostrou exitosa, pois facilitou a troca de experiências através da educação em saúde e intersetorialidade, utilizando a interação entre os usuários e equipe, ampliou a adesão, o falar e ser ouvido, o empoderamento, e autonomia.

Somado a isso, pelos idosos participarem do grupo, houve uma menor frequência nas consultas de demanda livre, e maior procura pelas consultas agendadas do programa Hiperdia, pois antes muitos idosos não procuravam à unidade para consultas de acompanhamento de hipertensão e diabetes, só procuravam à unidade em demanda livre por eventos agudos. É importante que a equipe multiprofissional esteja alinhada e aberta a realizar atividades inovadoras que envolvam os idosos como protagonistas do seu cuidado, trazendo temáticas de seu cotidiano.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, [1990]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 11 jul. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 22 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da

Saúde, 2017. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/esf/consultorio-na-rua/arquivos/2012/politica-nacional-de-atencao-basica-pnab.pdf/view. Acesso em: 11 jul. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006**. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: https://www.gov.br/mds/pt-br/acesso-a-informacao/legislacao/antigos/portaria-ms-no-2-528-de-19-de-outubro-de-2006. Acesso em: 11 jul. 2026.

CAMARGO, L. P.; BORGES, C.N.F. Intersetorialidade, a saúde do idoso e o Serviço de Orientação ao Exercício: uma análise documental. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**. v. 22 n. 1. 2020.

OLIVEIRA, T. V. M. **Saúde integral da pessoa idosa em situação de vulnerabilidade: o desafio das ações intersetoriais na atenção básica no município de Francisco Morato**. Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Instituto de Saúde, para obtenção do título de Especialista em Saúde Coletiva. São Paulo, 2023.

A INTERCONEXÃO ENTRE SÍNDROME ADENOIDEANA E OTITE MÉDIA COM EFUSÃO

BIANCA BAYMA DE OLIVEIRA ARZE; GABRIELA BAYMA ARZE CORRÊA DE MELLO; NIELENICE JERÔNIMO DE OLIVEIRA LINHARES; VIVIA AFONSO MESQUITA

RESUMO

A otite média com efusão (OME) é uma das doenças otológicas mais prevalentes na infância, caracterizada pela presença de líquido na orelha média sem sinais de infecção aguda. Sua elevada frequência e o potencial de causar perda auditiva condutiva podem comprometer o desenvolvimento da linguagem, da aprendizagem e das habilidades cognitivas e sociais das crianças. Entre os principais fatores associados ao desenvolvimento da OME destaca-se a hipertrofia adenoideana, que contribui para a obstrução da tuba auditiva, favorecendo a persistência da efusão e do processo inflamatório. O presente estudo teve como objetivo analisar as evidências científicas sobre a associação entre hipertrofia adenoideana e otite média com efusão na população pediátrica, abordando seus mecanismos fisiopatológicos, fatores de risco, repercussões clínicas, diagnóstico e tratamento. Trata-se de uma revisão narrativa da literatura, de caráter descritivo e qualitativo, realizada por meio de buscas nas bases PubMed/MEDLINE, PubMed Central (PMC), ScienceDirect e BMC Pediatrics, além da consulta a diretrizes de sociedades científicas nacionais e internacionais. Foram incluídos artigos publicados entre 2016 e 2026, nos idiomas português e inglês, relacionados ao tema. Os estudos analisados demonstraram que a hipertrofia adenoideana está associada ao aumento da ocorrência de OME, bem como a alterações no desenvolvimento craniofacial, respiratório, cognitivo e da linguagem. Evidências recentes também identificaram fatores como maior grau de hipertrofia adenoideana, histórico prévio de OME, exposição ao tabagismo passivo e distúrbios respiratórios do sono como importantes preditores para o desenvolvimento da doença. Conclui-se que o reconhecimento precoce dessa associação e o manejo adequado são fundamentais para reduzir complicações, preservar a função auditiva e favorecer o desenvolvimento infantil, reforçando a importância da atuação integrada da Atenção Primária à Saúde e dos serviços especializados.

Palavras-chave: Perda auditiva; Tuba auditiva; Criança

1. INTRODUÇÃO

A otite média com efusão (OME) representa uma importante condição de saúde na população pediátrica, sendo considerada a principal causa de perda auditiva condutiva na infância. Sua ocorrência apresenta maior relevância durante os primeiros anos de vida, período crítico para o desenvolvimento da linguagem, da cognição e das habilidades socioemocionais, uma vez que alterações auditivas persistentes podem interferir nos processos de aquisição e consolidação dessas funções (ROSENFELD et al., 2016; SCHILDER et al., 2016).

A OME apresenta elevada prevalência mundial e constitui uma das doenças mais

DOI: 10.51161/iv-conasus/84749

frequentes da infância. Estudos epidemiológicos demonstram que grande parte das crianças apresenta pelo menos um episódio de otite média durante os primeiros anos de vida, com variações relacionadas à idade, fatores ambientais, condições socioeconômicas e características populacionais. Em países em desenvolvimento, a prevalência pode variar aproximadamente entre 6% e 10%, enquanto estudos longitudinais demonstram que a maioria das crianças pode apresentar algum episódio de efusão na orelha média até os cinco anos de idade (MONASTERSKY et al., 2016; SCHILDER et al.,2016).

No Brasil, estudos epidemiológicos também demonstram ocorrência significativa de OME na população infantil. Pesquisas realizadas com lactentes identificaram prevalência de aproximadamente 33,7% em crianças menores de um ano, com maior frequência durante períodos sazonais caracterizados por maior circulação de agentes infecciosos respiratórios, como outono e inverno (SOUZA et al., 2012).

As repercussões da OME ultrapassam o comprometimento auditivo, podendo estar associadas a alterações no desenvolvimento da fala e da linguagem, dificuldades de aprendizagem, prejuízos no desempenho escolar e impactos comportamentais e psicossociais, especialmente nos casos de perda auditiva condutiva persistente ou bilateral (GALLO et al., 2021; ROSENFELD et al., 2016).

Além disso, a hipertrofia adenoideana apresenta papel relevante na fisiopatologia da OME, uma vez que a obstrução da tuba auditiva decorrente do aumento do tecido adenoideano pode favorecer a manutenção da pressão negativa na orelha média e o acúmulo de secreção, contribuindo para a persistência da efusão. Essa associação torna necessária uma abordagem integrada entre avaliação otorrinolaringológica, acompanhamento auditivo e investigação dos impactos no desenvolvimento infantil (ROSENFELD et al., 2016).

No contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), a abordagem da OME apresenta especial relevância no âmbito da Atenção Primária à Saúde e da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), que estabelece como prioridade o acompanhamento integral do crescimento e desenvolvimento infantil, incluindo ações de promoção, prevenção, diagnóstico precoce e tratamento oportuno. Entretanto, ainda persistem desafios relacionados à identificação precoce dos casos, à longitudinalidade do cuidado e ao acesso adequado aos serviços especializados da rede de atenção à saúde (BRASIL, 2015).

Dessa forma, considerando a elevada frequência da OME na infância e seus potenciais impactos sobre o desenvolvimento global da criança, torna-se fundamental ampliar estratégias de vigilância, diagnóstico e manejo integrado, visando reduzir repercussões funcionais e promover maior qualidade de vida durante fases críticas do desenvolvimento infantil.

2 MATERIAL E MÉTODOS

O presente estudo caracteriza-se como uma revisão narrativa da literatura, de abordagem qualitativa e caráter descritivo, cujo objetivo foi analisar as evidências científicas disponíveis acerca da associação entre hipertrofia adenoideana e otite média com efusão (OME) na população pediátrica.

A busca bibliográfica foi realizada entre os meses de março e junho de 2026 nas bases de dados PubMed/MEDLINE, PubMed Central (PMC), ScienceDirect, BMC Pediatrics e SciELO, além da consulta a diretrizes e documentos oficiais de sociedades científicas reconhecidas, incluindo a American Academy of Otolaryngology–Head and Neck Surgery Foundation (AAO-HNSF) e a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP).

Foram utilizados os descritores em português e inglês, isoladamente e em combinação, por meio dos operadores booleanos AND e OR: “otite média com efusão”, “otitis media with effusion”, “hipertrofia adenoideana”, “adenoid hypertrophy”, “adenoid enlargement”,

"crianças", "children", "hearing loss", "eustachian tube dysfunction" e "pediatric otolaryngology".

Foram incluídos artigos originais, revisões sistemáticas, metanálises, estudos observacionais e diretrizes clínicas publicados entre 2016 e 2026, nos idiomas português e inglês, que abordassem aspectos epidemiológicos, fisiopatológicos, diagnósticos, terapêuticos e prognósticos da OME associada à hipertrofia adenoideana em crianças.

A seleção dos estudos ocorreu em duas etapas. Inicialmente, realizou-se a leitura dos títulos e resumos para identificação dos trabalhos potencialmente relevantes. Em seguida, procedeu-se à leitura integral dos artigos selecionados, considerando sua pertinência temática, qualidade metodológica e contribuição para a compreensão da relação entre hipertrofia adenoideana e OME.

Os dados extraídos foram organizados e analisados de forma descritiva, contemplando aspectos relacionados à epidemiologia, fatores de risco, mecanismos fisiopatológicos, manifestações clínicas, métodos diagnósticos, impactos no desenvolvimento infantil e estratégias terapêuticas. A síntese das evidências priorizou estudos de maior relevância clínica e científica, buscando apresentar uma visão atualizada sobre a interconexão entre síndrome adenoideana e otite média com efusão na infância.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os estudos incluídos evidenciaram alterações em diferentes aspectos do desenvolvimento infantil associadas à hipertrofia adenoideana e à otite média com efusão (OME), demonstrando que essas condições podem apresentar repercussões que ultrapassam o sistema respiratório e auditivo, envolvendo aspectos craniofaciais, odontológicos, posturais, neurocognitivos e psicossociais.

Entre as alterações craniofaciais, destacaram-se maior frequência do padrão de face longa, palato ogival, lábio superior curto, ausência de selamento labial e alterações no desenvolvimento maxilofacial em crianças com obstrução nasal crônica e respiração oral persistente. Essas modificações estão relacionadas às adaptações funcionais decorrentes da manutenção do padrão respiratório oral, que interfere no equilíbrio das forças musculares exercidas sobre as estruturas ósseas e dentárias do complexo craniofacial, podendo modificar seu crescimento e desenvolvimento ao longo da infância (PEREIRA et al., 2022; SANTOS et al., 2023).

No âmbito odontológico, os estudos demonstraram associação entre respiração oral crônica, hipertrofia adenoideana e alterações do sistema estomatognático, incluindo maior prevalência de más oclusões, especialmente mordida aberta anterior e mordida cruzada posterior, além de alterações na posição dentária e nos tecidos orais, como ressecamento da mucosa oral e gengival. Essas alterações refletem a influência da mudança persistente do padrão respiratório sobre a musculatura orofacial e sobre o equilíbrio das estruturas responsáveis pela mastigação, deglutição e fala (PIETROPAOLI et al., 2022; SANTOS et al., 2023).

Também foram descritas alterações musculoesqueléticas associadas ao padrão respiratório alterado, incluindo hipotonia da musculatura orofacial, posicionamento inadequado da língua, anteriorização da cabeça, aumento da lordose cervical e alterações posturais envolvendo tronco, ombros e pelve. Essas modificações podem representar mecanismos compensatórios desenvolvidos pela criança para facilitar a passagem de ar diante da obstrução das vias aéreas superiores, resultando em adaptações musculares e posturais persistentes (LOPES et al., 2020; SANTOS et al., 2023).

Em relação aos aspectos neurocognitivos, os estudos relataram associação entre hipertrofia adenoideana, otite média com efusão e prejuízos em domínios como atenção, memória, funções

executivas, linguagem e desempenho escolar. Esses impactos podem estar relacionados a mecanismos multifatoriais, incluindo alterações auditivas condutivas decorrentes da presença persistente de líquido na orelha média e privação crônica de sono associada aos distúrbios respiratórios do sono, fatores que podem interferir em fases críticas do desenvolvimento infantil (CHU et al., 2021; GALLO et al., 2021).

Quanto ao tratamento, evidências demonstram que a adenotonsilectomia em crianças com obstrução respiratória significativa associada à hipertrofia adenotonsilar pode promover melhora da qualidade do sono, comportamento e aspectos relacionados ao funcionamento cognitivo quando comparada à conduta expectante. Esses achados reforçam a importância da identificação adequada dos pacientes que apresentam maior benefício com intervenção cirúrgica (MARCUS et al., 2013).

No que se refere aos aspectos socioeconômicos, a otite média com efusão apresenta distribuição desigual entre diferentes populações, com maior impacto em crianças expostas a condições de vulnerabilidade social. Fatores ambientais, como exposição ao tabagismo passivo, maior aglomeração domiciliar e em ambientes coletivos, além de limitações relacionadas às condições sanitárias e ao acesso aos serviços de saúde, podem contribuir para maior ocorrência e persistência da doença, evidenciando a influência dos determinantes sociais no processo saúde-doença (TEELE et al., 1989; SCHILDER et al., 2016).

A análise dos achados sugere que a hipertrofia adenoideana e a otite média com efusão estão associadas a um padrão de comprometimento multifatorial durante a infância. A obstrução nasal crônica favorece a instalação da respiração oral persistente, considerada um mecanismo central para o desenvolvimento das alterações craniofaciais, odontológicas e posturais observadas nos estudos analisados.

As repercussões da respiração oral ultrapassam o sistema respiratório, envolvendo o sistema estomatognático e podendo influenciar aspectos relacionados à postura corporal, alimentação, comunicação e desenvolvimento global da criança. Dessa forma, a abordagem desses pacientes deve considerar não apenas a resolução da obstrução anatômica, mas também a avaliação multidisciplinar envolvendo otorrinolaringologia, odontologia, fonoaudiologia e fisioterapia.

No âmbito neurocognitivo, a literatura aponta que a OME pode estar associada a dificuldades relacionadas à linguagem, atenção, memória e desempenho escolar, principalmente quando há perda auditiva condutiva persistente durante períodos críticos do desenvolvimento infantil. Dessa maneira, o acompanhamento auditivo e o diagnóstico precoce são fundamentais para reduzir possíveis impactos no desenvolvimento da criança (GALLO et al., 2021; ROSENFELD et al., 2016).

Evidências recentes indicam que modelos preditivos podem auxiliar na identificação precoce de crianças com hipertrofia adenoideana sob maior risco de desenvolver otite média com efusão. Entre os fatores associados descritos encontram-se maior grau de hipertrofia adenoideana, histórico prévio de OME, exposição ao tabagismo passivo e alterações relacionadas aos distúrbios respiratórios do sono. A incorporação desses parâmetros pode contribuir para uma estratificação individualizada do risco e para o planejamento de estratégias de acompanhamento mais direcionadas (WANG et al., 2026).

O diagnóstico da otite média com efusão baseia-se principalmente na avaliação clínica, incluindo otoscopia pneumática e timpanometria, métodos recomendados para confirmação da presença de líquido na orelha média. A avaliação auditiva por audiometria é indicada especialmente nos casos de persistência da efusão por três meses ou mais ou quando há suspeita de comprometimento auditivo. A nasofibrolaringoscopia pode ser utilizada em situações selecionadas, principalmente quando há suspeita de hipertrofia adenoideana associada ou necessidade de avaliação da nasofaringe (ROSENFELD et al., 2016).

No contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), a elevada frequência da otite média com

efusão e suas repercussões no desenvolvimento infantil reforçam a importância dessa condição como problema relevante de saúde pública.

A ocorrência de complicações relacionadas às otites médias e os possíveis impactos sobre linguagem, aprendizagem e desenvolvimento global da criança demonstram a necessidade de fortalecimento das estratégias de prevenção, diagnóstico precoce e acompanhamento longitudinal na Atenção Primária à Saúde.

Nesse cenário, a integração entre os diferentes níveis de atenção torna-se fundamental para garantir a integralidade do cuidado, permitindo a identificação precoce das alterações auditivas e respiratórias e o encaminhamento adequado aos serviços especializados quando necessário.

Dessa forma, destaca-se a importância do fortalecimento da vigilância em saúde infantil no SUS, especialmente por meio da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), com foco na promoção do desenvolvimento saudável, detecção precoce de alterações auditivas e manejo oportuno das condições que podem comprometer a qualidade de vida infantil (BRASIL, 2015).

4 CONCLUSÃO

A otite média com efusão (OME) constitui uma condição pediátrica de elevada prevalência e relevante impacto sobre o desenvolvimento infantil, especialmente nos domínios auditivo, da linguagem e cognitivo. Os achados desta revisão evidenciam que suas repercussões ultrapassam o sistema otológico, podendo comprometer o desenvolvimento global da criança.

Esses resultados reforçam a importância da identificação precoce e do manejo adequado da OME na infância, considerando seu potencial impacto funcional e no desenvolvimento.

Dessa forma, destaca-se a relevância de estratégias de atenção à saúde infantil voltadas à detecção precoce e ao acompanhamento contínuo das crianças acometidas, visando reduzir impactos no desenvolvimento global e na qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

CHU, L. H. et al. The impact of adenoid hypertrophy on cognitive function in school-aged children. **International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology**, [s. l.], v. 140, p. 110542, 2021.

GALLO, S. et al. Impact of otitis media with effusion on school performance: a systematic review. **Brazilian Journal of Otorhinolaryngology**, [s. l.], v. 87, n. 3, p. 345-355, 2021.

LOPES, T. S. et al. Association between mouth breathing and postural changes in children: a systematic review. **Fisioterapia em Movimento**, [s. l.], v. 33, p. e003318, 2020.

MARCUS, C. L. et al. A Randomized Trial of Adenotonsillectomy for Childhood Sleep Apnea. **The New England Journal of Medicine**, [s. l.], v. 368, n. 25, p. 2366-2376, 2013.

PEREIRA, A. S. et al. Impact of Adenoid Hypertrophy on Craniofacial Development and Dental Occlusion in Children: A Systematic Review. **International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology**, [s. l.], v. 152, p. 110-125, jan. 2022.

PIETROPAOLI, D. et al. Is there an association between otitis media and dental malocclusion? A systematic review. **Journal of Clinical Medicine**, [s. l.], v. 11, n. 15, p. 4312, 2022. DOI: 10.3390/jcm11154312.

ROSENFELD, R. M. et al. Clinical practice guideline: otitis media with effusion (update). **Otolaryngology–Head and Neck Surgery**, v. 154, n. 1, p. S1–S41, 2016.

SANTOS, I. et al. Mouth breathing and its influence on the development of the stomatognathic system in school-aged children**. Journal of Clinical Medicine**, [s. l.], v. 12, n. 4, p. 1540, 2023.

Wang H. et al. (2026). **Developing a Prediction Model for Secretory Otitis Media in Children with Adenoid Hypertrophy**. Frontiers in Medicine

Trends in the incidence and burden of otitis media in children - PMC. Disponível em: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12122604/

Global, regional, and national epidemiology of otitis media in … - PMC. Disponível em: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12263564/

Epidemiology of otitis media in children from developing countries. Disponível em: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165587616300258

AAO - **HNSF Updated Clinical Practice Guideline: Otitis Media with** …. Disponível em: https://www.entnet.org/resource/aao-hnsf-updated-cpg-ome-press-release-fact-sheet/

Otitis media with effusion in children - PMC - NIH. Disponível em: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC2943809/

Otite média com efusão em crianças menores de um ano - SciELO. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rpp/a/sMXSTZW4dBCmzqnDj6tRwsF/?lang=pt

Ampla abordagem clínica da otite média aguda infantil. Disponível em: https://bjihs.emnuvens.com.br/bjihs/article/download/3677/3893/8286

Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-da-crianca/pnaisc

Avaliação do acesso e qualidade da rede de atenção a saúde à saúde auditiva infantil. Disponível em: https://repositorio.ufrn.br/bitstreams/6a39c269-653a-464d-9b80-dc4d30195131/download

ABORDAGEM SOBRE AS PRÁTICAS DE HIGIENE ÍNTIMA FEMININA EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE PEDRA BRANCA, CEARÁ- RELATO DE EXPERIÊNCIA

MARIA NAIANE DOS SANTOS SILVA; LARISSA MARIA LOPES DE CARVALHO; MARIA JAINE LOPES CARVALHO; PAULA ALVES CAMELO

Introdução: A higiene íntima feminina é de suma importância para a prevenção de infecções. Muitas mulheres não possuem entendimento nem consciência da anatomia de sua região genital, tampouco conhecem as formas de proporcionar o cuidado necessário da sua saúde íntima. As infecções genitais representam um problema ginecológico de elevada frequência entre as mulheres e são causadas por uma multiplicidade de microrganismos. **Objetivo:** Esse estudo tem como objetivo relatar a experiência em ações educativas sobre as práticas de higiene íntima feminina em uma unidade básica de saúde (UBS) do munícipio de Pedra Branca, Ceará. **Metodologia:** Trata-se de um relato de experiência que descreve ações de educação em saúde sobre práticas de higiene íntima, na UBS Santa Cruz, no município de Pedra Branca, Ceará, em maio de 2026. O público-alvo foram mulheres que fazem parte da área adscrita da UBS. Foi organizado uma roda de conversa com as mulheres que fazem parte do território. **Resultados:** A ação em saúde aconteceu por meio de roda de conversa, utilizando metodologias ativas, para incentivar a interação do público. A abordagem inicial se deu com a apresentação do tema e sua importância, em seguida deu-se início o momento com auxílio de placas ilustrativas, constituída por imagens que retratam os cuidados com a higiene vaginal. Ao decorrer da palestra foram criadas perguntas sobre situações que interferem nos agravos de saúde íntima. Durante a exposição, houve a importante integração das pacientes, algumas expondo em relatos suas experiências frente ao assunto abordado, na forma de higienização e dúvidas das condutas adequadas. Durante a ação verificou-se que uma parcela significativa das mulheres presentes apresentou pouco conhecimento sobre a importância de uma higiene íntima adequada. **Conclusão:** Este trabalho visa intervir na saúde preventiva promovendo a conscientização e a promoção e incentivo do autocuidado. A temática esplanada se apresenta favorável visto que rotineiramente as mulheres buscam o serviço de saúde, tornando-se válida a disseminação de informações e servindo como uma ferramenta educativa ao passo que permite ampliar o conhecimento da mulher ocasionando a adoção do autocuidado como medida preventiva.

Palavras-chave: **EDUCAÇÃO EM SAÚDE; SAÚDE DA MULHER; UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE**

DOI: 10.51161/iv-conasus/84757

RELATO DE EXPERIÊNCIA DE AÇÕES DO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA (PSE) NA EDUCAÇÃO BÁSICA

MARIA NAIANE DOS SANTOS SILVA; MARIA JAINE LOPES CARVALHO; LARISSA MARIA LOPES DE CARVALHO; PAULA ALVES CAMELO

Introdução: A promoção da saúde no âmbito escolar parte de uma visão integral, multidisciplinar do ser humano, que considera as pessoas em seu contexto familiar, comunitário e social. Procura desenvolver conhecimentos, habilidades e de destrezas para o autocuidado da saúde e a prevenção de doenças. A integração entre saúde e escola se fundamenta na intersetorialidade delineada por diferentes agentes sociais para a realização conjunta de intervenções. **Objetivo:** Este estudo tem como objetivo compreender como as ações intersetoriais que são realizadas pelo Programa Saúde na Escola (PSE) contribuem para a formação dos estudantes da Educação Básica. **Metodologia:** Trata-se de um relato de experiência, de abordagem crítico- -reflexiva, acerca da vivência das ações do PSE. Tal experiência ocorreu no período de Janeiro à Junho de 2026, em três escolas de educação básica que fazem parte do território na Unidade Básica de Saúde (UBS) Santa Cruz, no município de Pedra Branca, Ceará. As temáticas foram divididas de acordo com a competência de cada profissional envolvido na ação, e são sempre desenvolvidas de acordo com a faixa etária das crianças e em cada ação desenvolvida é escolhido uma temática e apresentada em forma de palestras com métodos lúdicos. **Resultados:** Os temas trabalhados foram: promoção da saúde ocular, promoção e avaliação de saúde bucal, verificação e atualização da situação vacinal, alimentação saudável, promoção das práticas corporais, prevenção da gravidez na adolescência, infecções sexualmente transmissíveis, ações de combate ao mosquito Aedes aegypti entre outras. As ações de saúde desenvolvidas durante a realização do PSE eram iniciadas através do acolhimento da turma pela equipe de saúde, em seguida eram realizadas as palestras, jogos educativos e rodas de conversas. O uso de estratégias lúdicas voltadas para o público infanto-juvenil possibilitaram uma maior compreensão do tema proposto, além de promoverem a conscientização e a responsabilização destes para com os cuidados com sua saúde e da comunidade. **Conclusão:** O Programa Saúde na Escola se configura como uma ferramenta que surgiu e permanece até os dias atuais como instrumento promotor da saúde, além contribuir para efetivação das relações entre profissionais da saúde e educação.

Palavras-chave: **INTERSETORIALIDADE; PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA; PROMOÇÃO DA SAÚDE**

DOI: 10.51161/iv-conasus/84760

EPIDEMIOLOGIA E CONTROLE DA INFECÇÃO POR CHLAMYDIA TRACHOMATIS NO BRASIL: ANÁLISE DA PREVALÊNCIA E ESTRATÉGIAS DE RASTREAMENTO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

GABRIELA SCHMIDT FIGUEIREDO; RAFAELA FUNCKE MURTINHO; MATHEUS ROVEDA DE CARVALHO CAMARGO

Introdução: A infecção por Chlamydia trachomatis representa a infecção bacteriana sexualmente transmissível mais prevalente no mundo, sendo frequentemente assintomática em aproximadamente 80% das mulheres. No Brasil, o rastreamento não é rotina, apesar das graves complicaçõe associadas, incluindo doença inflamatória pélvica, infertilidade e gravidez ectópica. **Objetivo:** Analisar a prevalência da infecção por Chlamydia trachomatis em diferentes populações brasileiras e avaliar as estratégias de controle e rastreamento implementadas no Sistema Único de Saúde. **Metodologia:** Estudo epidemiológico descritivo em dados do Ministério da Saúde e estudos de prevalência em diferentes regiões brasileiras entre 2016 e 2024. Foram analisados dados do projeto piloto nacional de implementação de diagnóstico molecular para Chlamydia, estudos em gestantes, mulheres jovens e populações vulneráveis. Avaliaram-se taxas de prevalência por região geográfica, faixa etária, fatores de risco associados e custo-efetividade de estratégias de rastreamento. **Resultados:** A prevalência em gestantes foi de 9,9%, com variação de 15,4% no Centro-Oeste a 23,3% no Sudeste. Em mulheres jovens sexualmente ativas, variou de 2,2% em São Paulo a 16,1% na Região Amazônica. O projeto piloto nacional testou 16.177 pessoas, identificando positividade de 6,21% para Chlamydia. Mulheres com idade igual ou inferior a 25 anos apresentaram prevalência significativamente maior, com taxas de 6,0% a 14,3% conforme a população estudada. Fatores associados à infecção incluíram idade de 15 a 24 anos, renda familiar inferior a um salário mínimo e múltiplos parceiros sexuais. Análise de custo-efetividade demonstrou que rastreamento anual em mulheres de 14 a 25 anos previne 7.274 desfechos graves a custo de R$ 1.015 por caso evitado, sendo a estratégia mais custo-efetiva. O projeto piloto identificou barreiras à implementação, incluindo dificuldades em processos de trabalho, falta de recursos humanos e baixa sensibilização de profissionais de saúde. **Conclusão:** A infecção por Chlamydia trachomatis apresenta elevada prevalência no Brasil, especialmente em mulheres jovens e gestantes, com disparidades regionais. O rastreamento anual em mulheres com idade igual ou inferior a 25 anos demonstrou ser custo-efetivo e deve ser priorizado nas políticas de controle de infecções sexualmente transmissíveis. A implementação de diagnóstico molecular no Sistema Único de Saúde é fundamental para ampliar o acesso ao rastreamento e reduzir complicações.

Palavras-chave: **CHLAMYDIA TRACHOMATIS; INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS; EPIDEMIOLOGIA**

DOI: 10.51161/iv-conasus/84818

ASSISTÊNCIA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE PARA O TRANSTORNO ESQUIZOAFETIVO: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA E DOCUMENTAL.

ANTONIO SANYEL MOTA DOS SANTOS

RESUMO

O transtorno esquizoafetivo é um transtorno mental caracterizado pela coexistência de sintomas psicóticos e alterações significativas no humor, apresentando características clínicas que o diferencia da esquizofrenia e dos transtornos afetivos. O presente estudo teve como objetivo abordar aspectos relacionados ao transtorno esquizoafetivo, com foco nos critérios diagnósticos estabelecidos pelos sistemas classificatórios, como o DSM, e na assistência ofertada pelo Sistema Único de Saúde (SUS). O trabalho trata-se de uma revisão bibliográfica e documental, elaborada após a leitura científica de documentos oficiais do Ministério da Saúde, protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas. Os Resultados evidenciam que o diagnóstico do transtorno esquizoafetivo requer a presença simultânea de sintomas característicos de esquizofrenia e de episódios do humor. Além disso, verificou-se que o SUS disponibiliza de assistência especializada e integral por meio da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). No tratamento destacam-se antipsicóticos como a clozapina para paciente refratários e o decanoato de haloperidol em pacientes com dificuldades a adesão terapêutica. Conclui-se portanto, que integrar diagnóstico precoce, acompanhamento psicossocial e psicofarmacológico é essencial para redução do impacto do transtorno esquizoafetivo na vida do indivíduo.

Palavras-chave: critérios diagnósticos; psicofarmacologia; diretrizes terapêuticas

1 INTRODUÇÃO

Os transtornos psicóticos são estudados antes mesmo da psiquiatria moderna. A esquizofrenia por exemplo antes era denominada de forma diferente, em 1853 o psiquiatra francês, Bénédict Morel, cunhou o termo "demência precoce" para o transtorno (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SANTA CATARINA, [s.d.]). Somente no final dos anos de 1800 o psiquiatra alemão Kraepelin, conhecido como o criador da psiquiatria moderna, observou que após um período de psicoses os pacientes jovens aparentavam um enfraquecimento mental, mas não necessariamente se tornavam dementes (ELKIS, 2000). Assim, Kraepelin passa a tratar de forma distintas a demência precoce da insanidade maníaco-depressiva, no entanto o conceito de esquizofrenia foi proposto por Bleuler somente em 1908 e publicado em seu livro em 1911, assim, o conceito de esquizofrenia não substituiu a demência precoce, pois ambos conceitos conviveram por alguns anos (ELKIS, 2000).

A partir da segunda edição do Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-II), classificação de transtornos mentais publicada pela Associação Psiquiátrica

DOI: 10.51161/iv-conasus/84829

Americana em 1968, o conceito de esquizofrenia começa a ser apresentado, mas de forma muito ampla, com uma descrição de sintomas pouco elaborada, considerando psicóticos todos pacientes incapazes de responder de forma adequada as demandas da vida cotidiana (ELKIS, 2000).

Em 1973, o psiquiatra Kurt Schneider contribuiu significativamente para os critérios diagnósticos do transtorno de esquizofrenia, ao sugerir os chamados "Sintomas de primeira ordem" da esquizofrenia, incluindo as alucinações auditivas, inserção de pensamento, sonorização do pensamento, roubo de pensamento, vivência de influência corporal e de influência no domínio dos sentimentos, tendências, vontade e delírios primários (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SANTA CATARINA, [s.d.]). Esses sintomas vieram a influenciar diretamente os critérios diagnósticos nos manuais psiquiátricos.

Jacob Kasanin em 1933 introduziu o termo “psicose esquizoafetiva”, ao observar em alguns pacientes a ocorrência de sintomas sugestivos tanto de esquizofrenia quanto de transtornos do humor. A primeira e a segunda edições do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) classificavam o transtorno esquizoafetivo como um subtipo de esquizofrenia. No entanto, com a evolução dos sistemas diagnósticos o transtorno passou a ser conhecido como uma condição clínica distinta (ABRAMS; ROJAS; ARCINIEGAS, 2008).

1.1 CRITÉRIOS DIAGNÓSTICO

De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) transtorno esquizoafetivo se caracteriza pela presença proeminente de um ou mais sintomas requeridos para o diagnóstico de esquizofrenia com episódios típicos de mania, depressão maior ou misto (DALGALARRONDO, 2019).

Uma abordagem categórica para o diagnóstico do transtorno esquizoafetivo foi adotada no DSM-IV-TR, que classificou essa condição de acordo com as duas principais dimensões que ela afeta: o pensamento e o humor. Os distúrbios relacionados ao pensamentos devem incluir dois ou mais sintomas de esquizofrenia do tipo “A” em um período de um mês (ABRAMS; ROJAS; ARCINIEGAS, 2008).

O transtorno esquizoafetivo apresenta simultaneamente um episódio de humor e sintomas da esquizofrenia na fase ativa, sendo antecedidos por pelo menos duas semanas de delírio ou alucinação sem sintomas elevados de humor (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2022).

Os sintomas relacionados a um episódio de humor estão presente na maior parte da fase ativa e residual da doença, deve-se considerar que tais perturbações não devem estar associadas ao efeito de substâncias ou outras condições médicas. O diagnóstico pode ser classificado em dois subtipos: tipo bipolar, que se aplica quando há um episódio maníaco fazendo parte da apresentação de sintomas, também podendo ocorrer episódios depressivos maiores, e tipo depressivo que se caracteriza por haver somente a apresentação de episódios depressivo maior (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2022).

1.2 TRATAMENTOS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE BRASILEIRO

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS), garante assistência aos indivíduos com transtornos mentais por meio da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Essa rede integra diferentes sistemas de atenção, que inclui desde a atenção primária à especializada. Oferecendo de forma gratuita assistência nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), além de serviços de residência terapêutica, consultório na rua, unidades de acolhimento e atendimentos de urgência e emergência como UPAS e SAMU Esses serviços visam garantir de forma integral a assistência aos indivíduos em sofrimento psíquico, assim como os esquizoafetivos, visando acompanhamento contínuo e reinserção social (BRASIL, s.d.).

DOI: 10.51161/iv-conasus/84829

O tratamento do transtorno esquizoafetivo envolve além da abordagem psicossocial a psicofarmacológica. Dentre os medicamentos disponibilizados na assistência farmacêutica do SUS destacam-se os antipsicóticos como haloperidol, risperidona, clozapina, ziprasidona, quetiapina e olanzapina (BRASIL, 2021). A clozapina demonstrou uma grande eficácia na redução dos sintomas positivos e negativos, além de diminuir o risco de suicidio e contribuir para melhora da funcionalidade social, entretanto, por conta do risco de agranulocitose, é necessário um acompanhamento laboratorial contínuo (OLAVARRIA et al., 2024). Em caso de intolerância por agranulocitose, após refratariedade, a clozapina poderá ser substituída por outro antipsicótico que preferencialmente não foram utilizadas nos dois tratamentos. O decanoato de haloperidol, antipsicótico intramuscular de ação prolongada, é indicado para pacientes com dificuldade de adesão ao tratamento (BRASIL, 2021).

Ressalta-se que além da farmacoterapia o tratamento psicossocial oferecido na RAPS é fundamental para reabilitação e reinserção social do paciente com transtorno esquizoafetivo.

O presente trabalho tem como objetivo realizar uma revisão dos principais métodos de tratamento disponíveis no Sistema Único de Saúde brasileiro para o Transtorno Esquizoafetivo.

2 MATERIAL E MÉTODOS

Este trabalho trata-se de uma revisão baseada em pesquisa documental e bibliográfica acerca do transtorno esquizoafetivo, com ênfase nos critérios diagnósticos e assistência ofertada pelo Sistema Único de Saúde brasileiro. Para desenvolvimento deste trabalho foram necessárias consultas a documentos oficiais do governo brasileiro, disponíveis em plataforma como Gov.br, InfoSUS e Ministério da Saúde. Também foram consultados protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas do SUS relacionadas ao transtorno esquizoafetivo. Além disso, realizou-se um levantamento bibliográfico em portais científicos como PubMed e PePSIC, utilizando termos como “transtorno esquizoafetivo" “psicofarmacologia" e “critérios diagnósticos", também foram consultadas obras de grande relevância na psiquiatria como o DSM-5-TR.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados encontrados demonstram que o Sistema Único de Saúde brasileiro oferta assistência integral para pacientes com transtorno esquizoafetivo por meio da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). O acompanhamento pode acontecer tanto na atenção primária quanto na especializada, como nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), responsáveis pelo atendimento de pacientes acometidos por sofrimento psíquico grave.

Entre os recursos terapêuticos do SUS estão os tratamentos psicossociais, reinserção social, tratamento psiquiátrico, atendimento psicológico e suporte familiar. Em casos de crises agudas o paciente pode ser encaminhado para atendimento de urgência e emergência do SAMU, UPAS 24h ou leitos de saúde mental em hospitais.

No caso de tratamento psicofarmacológico, o SUS disponibiliza antipsicóticos típicos e atípicos, incluindo haloperidol, risperidona, quetiapina, olanzapina, ziprasidona e clozapina. O decanoato de haloperidol é uma opção terapêutica de longa duração para pacientes de baixa adesão ao tratamento. A clozapina é indicada em casos refratários, embora precise de acompanhamento laboratorial regular devido ao risco de agranulocitose. O acesso aos medicamentos podem ser através das farmácias municipais ou especializadas, mediante a apresentação de documentação necessária conforme os protocolos terapêuticos vigentes.

4 CONCLUSÃO

DOI: 10.51161/iv-conasus/84829

O transtorno esquizoafetivo é uma condição psiquiátrica complexa, que se caracteriza pela associação de sintomas psicóticos e alterações no humor, o que torna o diagnóstico um grande desafio e exige uma avaliação criteriosa. A revisão identificou que os critérios diagnósticos estabelecidos pelos sistemas classificatórios, como o da Associação Americana de Psiquiatria, permitem maior precisão na identificação do transtorno, possibilitando um processo terapêutico mais adequado. Observa-se que o Sistema Único de Saúde, por meio da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), oferece uma assistência abrangente aos indivíduos acometidos pelo transtorno, realizando suporte, acompanhamento multiprofissional, reabilitação e acesso ao tratamento psicofarmacológico. Dessa forma, entende-se que o acesso ao diagnóstico precoce, tratamentos farmacológicos e psicossociais contribuem para redução do impacto do transtorno esquizoafetivo na vida do paciente, favorecendo sua estabilidade, autonomia e reinserção social. Além disso, é necessário o fortalecimento de políticas públicas em saúde mental e acesso a serviços, visando melhoria e qualidade de vida de pessoas acometidas pelo transtorno esquizoafetivo.

REFERÊNCIAS

ABRAMS, Daniel J.; ROJAS, Donald C.; ARCINIEGAS, David B. Is schizoaffective disorder a distinct categorical diagnosis? A critical review of the literature. **Neuropsychiatric Disease and Treatment**, Auckland, v. 4, n. 6, p. 1089–1109, 2008. Disponível em:

https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2646642/. Acesso em: 4 abr. 2026.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5-TR.** 5th ed., text revision. Washington, DC: American Psychiatric Association Publishing, 2022. ISBN 9780890425763.

BRASIL. Ministério da Saúde. Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Brasília, DF: **Ministério da Saúde**, [s.d.].

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Transtorno Esquizoafetivo. Brasília, DF: **Ministério da Saúde**, 2021. Aprovado pela Portaria Conjunta n.º 7, de 14 de maio de 2021. Disponível em: Gov.br – PCDT Transtorno Esquizoafetivo. Acesso em: 14 abr. 2026.

DALGALARRONDO, Paulo. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais** [recurso eletrônico]. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019. E-book (EPUB). ISBN 978-85-8271-506-2.

ELKIS, Hélio. A evolução do conceito de esquizofrenia neste século. Revista Brasileira de Psiquiatria, São Paulo, v. 22, supl. 1, p. 23–26, 2000. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rbp/a/tHc3WVC5r83N546JLCdwFTy/?lang=pt. Acesso em: 3 abr. 2026.

OLAVARRIA, Renata de Campos; SILVA, Larissa Miranda; BELTRÃO, Danielle de Arruda Costa; SANTOS, Beatriz Leinat. Clozapina em pacientes com transtorno esquizoafetivo: uma revisão sistemática. **Archives of Health**, Curitiba, v. 5, n. 3, p. 01–07, ed. especial, 2024. Disponível

e

m:

https://ojs.latinamericanpublicacoes.com.br/ojs/index.php/ah/article/view/2275/2032. Acesso

em: 25 mar. 2026.

QUARANTINI, Lucas de Castro; SENA, Eduardo Pondé de; OLIVEIRA, Irismar Reis de. Tratamento do transtorno esquizoafetivo. **Archives of Clinical Psychiatry**, São Paulo, v. 32,

n. 2, p. 63–72, 2005. Disponível em: https://revistas.usp.br/acp/article/view/16304/18016. Acesso em: 7 mai. 2026.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. Esquizofrenia. **InfoSUS**, Florianópolis, [s.d.]. Disponível em: InfoSUS – Esquizofrenia. Acesso em: 19 mar. 2026.

A PSICOLOGIA NO SUS: E AS CONTRIBUIÇÕES DA TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL

CAROLINE PEREIRA DA SILVA ANDRADE

Introdução: A inserção da Psicologia no Sistema Único de Saúde (SUS) ampliou a atuação do psicólogo para além do modelo clínico tradicional, fortalecendo práticas voltadas à promoção da saúde, prevenção de doenças e cuidado integral. Nesse contexto, a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) destaca-se como uma abordagem breve, estruturada e baseada em evidências, adequada às demandas da saúde pública. O estudo justifica-se pela necessidade de compreender as contribuições da TCC para a atuação psicológica no SUS. **Objetivos:** Apresentar a trajetória e a importância da Psicologia no Sistema Único de Saúde, destacando as possibilidades de intervenção da Terapia Cognitivo-Comportamental nesse contexto, bem como suas contribuições para a promoção da saúde, prevenção de agravos e qualificação da assistência psicológica. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa de revisão bibliográfica, fundamentada em artigos científicos, livros e documentos, obtidos em bases de dados especializadas. Foram analisadas produções relacionadas à Psicologia da Saúde, à inserção do psicólogo no SUS e às aplicações da Terapia Cognitivo-Comportamental na saúde pública. **Resultados:** A revisão evidenciou que a Psicologia desempenha papel essencial nos três níveis de atenção à saúde, contribuindo para a assistência integral, o trabalho multiprofissional e a construção de políticas públicas humanizadas. Verificou-se que a TCC oferece intervenções eficazes por meio de técnicas como psicoeducação, reestruturação cognitiva e desenvolvimento de habilidades, favorecendo o manejo de diferentes demandas e a prevenção do agravamento dos problemas de saúde mental. **Conclusão:** Conclui-se que a Terapia Cognitivo-Comportamental constitui uma ferramenta relevante para a atuação do psicólogo no SUS, por oferecer intervenções objetivas, eficazes e adaptáveis às necessidades da saúde pública. Sua utilização fortalece a qualidade da assistência, contribui para a promoção da saúde e amplia a efetividade das práticas psicológicas no sistema público.

Palavras-chave: **PSICOLOGIA DA SAÚDE; TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL; SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

DOI: 10.51161/iv-conasus/84835

INTEGRALIDADE E HUMANIZAÇÃO NA GESTAÇÃO DE ALTO RISCO: CONTRIBUIÇÕES DO ACOMPANHAMENTO PSICOLÓGICO EM ÂMBITO HOSPITALAR - UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

EMILY PEREIRA AGUIAR

Introdução: A gestação de alto risco submete a mulher a uma rotina intensa de vigilância médica, exames frequentes e, muitas vezes, longos períodos de internação hospitalar. Embora indispensável para a estabilização biológica, esse processo tende a centralizar a atenção nos aspectos orgânicos, deixando as repercussões psíquicas em segundo plano. Diante do desamparo, do medo do parto prematuro e da ruptura com a gravidez idealizada, o acompanhamento psicológico se mostra como dispositivo clínico e político no hospital. A partir da escuta qualificada, o acompanhamento psicológico promove a substancialização dos princípios do SUS da humanização e da integralidade do cuidado, permitindo que a gestante seja acolhida em sua totalidade biopsicossocial. **Objetivos:** Evidenciar a relevância do acompanhamento psicológico como instrumento promotor de humanização e integralidade no cuidado a gestantes de alto risco, a partir de um relato de experiência profissional em contexto hospitalar. **Relato de experiência:** Trata-se de um relato de experiência resultante da atuação profissional em psicologia no programa de Residência Multiprofissional em Atenção à Saúde da Mulher, realizada especificamente na Enfermaria de Gestação de Alto Risco, em um Hospital Universitário no Maranhão. Foi observado que o cuidado nesse setor ainda é centralizado nos aspectos biológicos, o que gera, muitas vezes, a redução da identidade da gestante ao diagnóstico de sua enfermidade. Diante disso, as intervenções psicológicas realizadas à beira-leito operaram como dispositivo de sustentação subjetiva. O acompanhamento psicológico abriu espaço para o acolhimento das angústias inerentes à hospitalização e permitiu dar lugar à palavra onde imperava a urgência do corpo, reposicionando a paciente como sujeito ativo de seu tratamento e não apenas como um organismo passivo diante das intervenções médicas. **Conclusão:** A vivência prática evidencia que o acompanhamento psicológico na gestação de alto risco é essencial para romper com o cuidado pautado no modelo biomédico. Ao resgatar a singularidade da paciente e acolher sua angústia, a inserção da psicologia na equipe multiprofissional demonstra ser uma ferramenta indispensável para a consolidação prática dos princípios de humanização e integralidade defendidas pelo SUS. Assim, fica evidente a importância do entendimento da gestante enquanto um ser biopsicossocial, ampliando o seu cuidado para além do biológico.

Palavras-chave: **GESTAÇÃO DE ALTO RISCO; PSICOLOGIA HOSPITALAR; HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA**

DOI: 10.51161/iv-conasus/84894

IMPLANTAÇÃO DO NÚCLEO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA HOSPITALAR EM UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO COMO ESTRATÉGIA DE FORTALECIMENTO DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE NO SUS: RELATO DE EXPERIÊNCIA

DANYELA GOMES CABALINE VIANA; MICHELL VETORACI VIANA

RESUMO

Este relato descreve a implantação do Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar (NVEH) em unidades de Pronto Atendimento (PA) de um município da Região Sudeste do Brasil, entre 2025 e o início de 2026. O processo envolveu profissionais da Vigilância Epidemiológica Municipal, gestão da Atenção Primária à Saúde, coordenações técnicas, Secretaria Estadual de Saúde do Espírito Santo (SESA/ES), responsável pelas unidades e equipes assistenciais. Foram desenvolvidos diagnóstico situacional, reuniões técnicas, definição de fluxos e protocolos, capacitações permanentes, monitoramento epidemiológico dos atendimentos e articulação com a Rede Nacional de Vigilância Epidemiológica Hospitalar. A experiência ampliou a integração entre vigilância, assistência e gestão, favoreceu a identificação precoce de doenças e agravos de notificação compulsória, qualificou a comunicação entre os serviços e fortaleceu a cultura da vigilância nas PAs. Os principais desafios foram a resistência inicial à incorporação das atividades do núcleo, a sobrecarga assistencial, a limitação de profissionais dedicados e a necessidade contínua de educação permanente. Conclui-se que a implantação do NVEH em serviços de urgência e emergência constitui estratégia relevante para qualificar notificações, ampliar o monitoramento e fortalecer a resposta do Sistema Único de Saúde às emergências em saúde pública.

Palavras-chave: Núcleo de vigilância epidemiológica hospitalar; Unidades de Pronto Atendimento; Rede Nacional de Vigilância Hospitalar.

1 INTRODUÇÃO

A Vigilância em Saúde constitui processo contínuo e sistemático de coleta, análise, interpretação e disseminação de informações relacionadas aos eventos em saúde, subsidiando o planejamento e a avaliação de ações de promoção e proteção da saúde no Sistema Único de Saúde (SUS). No Brasil, a Lei nº 6.259/1975 instituiu o sistema nacional de vigilância epidemiológica e regulamentou a notificação compulsória de doenças (BRASIL, 1975), enquanto o Decreto nº 7.508/2011 fortaleceu a organização regionalizada do SUS e a integração entre vigilância, assistência e gestão no território (BRASIL, 2011).

As normas nacionais reforçam a articulação entre Vigilância em Saúde e Redes de Atenção à Saúde para qualificar o monitoramento e produzir respostas oportunas às emergências em saúde pública (BRASIL, 2017). Nesse arranjo, os serviços de urgência e emergência ocupam posição estratégica por reunirem elevada demanda, diversidade de agravos e circulação contínua de usuários. A identificação precoce e a notificação oportuna são pilares da resposta rápida, enquanto as redes de atenção promovem integração assistencial e coordenação do cuidado (BRASIL, 2021a; MENDES, 2011).

A pandemia de Covid-19 evidenciou a necessidade de fortalecer a vigilância baseada em serviços de saúde. A Portaria GM/MS nº 1.693/2021 instituiu a Vigilância Epidemiológica

DOI: 10.51161/iv-conasus/84910

Hospitalar e definiu atribuições dos NVEH (BRASIL, 2021b). Posteriormente, o Plano de Fortalecimento da RENAVEH e a Portaria GM/MS nº 3.530/2024 ampliaram as estratégias de integração entre vigilância, assistência e resposta às emergências sanitárias (BRASIL, 2024a; BRASIL, 2024c).

A literatura recente reconhece os serviços de urgência e emergência como espaços estratégicos para detecção, monitoramento e notificação de eventos de interesse em saúde pública (WHO, 2024; OPAS, 2025). A implantação de núcleos hospitalares também contribui para qualificar notificações, fortalecer a inteligência epidemiológica e aproximar vigilância, gestão e assistência (DORNELAS et al., 2024; DUARTE et al., 2025). Diante desse cenário, o objetivo deste estudo foi relatar a experiência de implantação do NVEH em PAs de um município, destacando estratégias, desafios e potencialidades para a Vigilância em Saúde no SUS.

2 RELATO DE EXPERIÊNCIA

Trata-se de relato de experiência desenvolvido em PAs de um município da Região Sudeste do Brasil, entre 2025 e o início de 2026. Participaram profissionais da Vigilância Epidemiológica Municipal, gestão da Atenção Primária à Saúde, Organização Social responsável pelas unidades, coordenações técnicas e equipes assistenciais.

A implantação ocorreu de forma gradual e articulada, com planejamento, diagnóstico situacional, reuniões técnicas, definição de protocolos e construção de fluxos para identificação, notificação, monitoramento e investigação de doenças e agravos de notificação compulsória. Também foi promovida articulação com a RENAVEH e com a rede estadual de vigilância epidemiológica hospitalar.

As reuniões iniciais identificaram fragilidades nos fluxos de comunicação, na compreensão das definições de caso e na investigação dos agravos. A partir desse diagnóstico, foram realizadas capacitações com médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e equipes multiprofissionais, abordando identificação de casos suspeitos, preenchimento das notificações, investigação epidemiológica e comunicação oportuna com a vigilância municipal.

O monitoramento passou a considerar os atendimentos realizados nas unidades, os perfis epidemiológicos e os agravos prioritários. Paralelamente, ações de sensibilização buscaram incorporar a vigilância à rotina assistencial e fortalecer a integração entre assistência, vigilância e gestão na resposta às emergências sanitárias.

3 DISCUSSÃO

A implantação do NVEH nas PAs representou avanço para a Vigilância em Saúde ao ampliar a detecção precoce, o monitoramento e a resposta aos eventos de interesse em saúde pública. Esse resultado está alinhado à prioridade de consolidar as Redes de Atenção à Saúde e fortalecer a preparação do SUS diante das emergências sanitárias contemporâneas (CONASS, 2024; FIOCRUZ, 2024).

Entre os principais resultados, observaram-se maior conscientização dos profissionais sobre a notificação compulsória, aproximação entre as equipes assistenciais e a Vigilância Epidemiológica municipal e construção de fluxos de comunicação mais ágeis. O funcionamento ininterrupto e a diversidade de demandas reforçaram o reconhecimento das PAs como pontos estratégicos para o monitoramento epidemiológico.

Esses achados corroboram evidências que atribuem aos serviços de urgência e emergência papel relevante na vigilância baseada em serviços de saúde, sobretudo em contextos de intensa circulação populacional e necessidade de resposta rápida (OPAS, 2025; WHO, 2024). A integração entre vigilância, assistência e gestão também favorece a segurança

DOI: 10.51161/iv-conasus/84910

do paciente, a qualidade do cuidado e a inteligência epidemiológica no SUS (ANVISA, 2024; ELIDIO et al., 2025; DUARTE et al., 2025).

O processo, contudo, apresentou desafios. O desconhecimento inicial sobre o papel do NVEH gerou resistência à disponibilização de profissionais, enquanto a sobrecarga assistencial dificultou a incorporação das ações à rotina das unidades. Também foram identificadas lacunas sobre definições de caso, fluxos de notificação e responsabilidades institucionais, além de recursos humanos insuficientes para garantir continuidade e maior alcance das atividades.

Tais dificuldades evidenciam a necessidade de educação permanente, apoio da gestão, definição clara de responsabilidades e padronização dos fluxos. Apesar das limitações, a experiência favoreceu a organização dos processos de trabalho, fortaleceu a cultura da vigilância e ampliou a articulação entre os níveis da Rede de Atenção à Saúde. Boletins recentes também destacam a contribuição dos serviços de urgência para detectar surtos e qualificar a resposta rápida às emergências em saúde pública (BRASIL, 2024b).

Assim, os NVEH nas PAs podem atuar como dispositivos de identificação precoce de surtos, monitoramento de agravos, qualificação das notificações e articulação intersetorial. Sua consolidação depende de equipes capacitadas, recursos adequados, apoio institucional e integração contínua com os demais pontos da rede.

4 CONCLUSÃO

A implantação do NVEH nas PAs demonstrou a relevância desses serviços para a Vigilância em Saúde no SUS. A incorporação das ações de vigilância à urgência e emergência ampliou a detecção, o monitoramento, a investigação e a resposta aos agravos, além de aproximar assistência, vigilância e gestão.

Persistem desafios relacionados à sobrecarga assistencial, à disponibilidade de recursos humanos, à qualificação permanente e à padronização dos fluxos. Ainda assim, a experiência indica que os NVEH qualificam as notificações compulsórias, fortalecem a inteligência epidemiológica e ampliam a capacidade de resposta do sistema de saúde.

Recomenda-se consolidar e ampliar essa estratégia em outros serviços de urgência e emergência, com suporte institucional e monitoramento contínuo, contribuindo para o fortalecimento da RENAVEH, das Redes de Atenção à Saúde e da preparação do SUS frente às emergências sanitárias.

DOI: 10.51161/iv-conasus/84910

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). Integração entre vigilância epidemiológica e assistência em serviços de urgência e emergência. Brasília, DF: ANVISA, 2024.

BRASIL. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 29 jun. 2011.

BRASIL. Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975. Dispõe sobre a organização das ações de Vigilância Epidemiológica, sobre o Programa Nacional de Imunizações e estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 31 out. 1975.

BRASIL. Ministério da Saúde. Guia de Vigilância em Saúde. 5. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 4, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre os sistemas e os subsistemas do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.693, de 23 de julho de 2021. Institui a Vigilância Epidemiológica Hospitalar (VEH). Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 26 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3.530, de 12 de abril de 2024. Institui diretrizes para fortalecimento da Vigilância em Saúde no âmbito da Rede de Atenção às Urgências do SUS. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 15 abr. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Boletim epidemiológico: vigilância epidemiológica hospitalar e emergências em saúde pública no SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Plano de fortalecimento da Rede Nacional de Vigilância Epidemiológica Hospitalar (RENAVEH). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). Vigilância em saúde no SUS: desafios contemporâneos e fortalecimento das redes de atenção. Brasília, DF: CONASS, 2024.

DORNELAS, R. F. et al. Hospital Epidemiology Units in Brazil: an integrative review of surveillance practices and contributions to health services. Revista Enfermagem UERJ, Rio de Janeiro, v. 32, e78911, 2024. DOI: 10.12957/reuerj.2024.78911.

DUARTE, M. M. S. et al. EpiSUS 25 years: advances and legacies in field epidemiology and public health surveillance in Brazil. Epidemiologia e Serviços de Saúde, Brasília, DF, v. 34, e20250532, 2025. DOI: 10.1590/S2237-96222025000300032.

ELIDIO, G. A. et al. Strengthening epidemiological surveillance in primary healthcare to combat Hansen's disease: reflections on the Brazilian context. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 41, n. 2, 2025. DOI: 10.1590/0102-311XEN025024.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ). Vigilância em saúde e preparação para emergências sanitárias no contexto hospitalar. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2024.

DOI: 10.51161/iv-conasus/84910

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). Serviços de urgência e emergência como pontos estratégicos da vigilância epidemiológica. Washington, DC: OPAS, 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Hospital-based surveillance systems for public health emergency preparedness and response. Geneva: WHO, 2024.

DOI: 10.51161/iv-conasus/84910

SURTO DE INTOXICAÇÃO POR HISTAMINA EM FERNANDO DE NORONHA: RELATO DE EXPERIÊNCIA SOB A PERSPECTIVA DE UMA SÓ SAÚDE

CAMILA DE OLIVEIRA FERRO

Introdução: A intoxicação por histamina é uma doença transmitida por alimentos associada ao consumo de pescados submetidos à conservação inadequada, representando importante desafio para a saúde pública, especialmente em territórios insulares dependentes da pesca artesanal e do turismo. A abordagem de Uma Só Saúde permite compreender esse agravo de forma integrada, considerando a interação entre saúde humana, segurança dos alimentos, ambiente e práticas produtivas. Objetivo: Relatar a experiência da investigação e do enfrentamento do surto de intoxicação por histamina ocorrido em Fernando de Noronha (PE), destacando as ações integradas de vigilância e educação em saúde desenvolvidas sob a perspectiva de Uma Só Saúde. **Relato de experiência:** Entre 2015 e 2016, foram identificados 37 casos confirmados de intoxicação por histamina distribuídos em oito agregados. As análises laboratoriais revelaram concentrações de histamina muito superiores aos limites estabelecidos pela legislação brasileira, enquanto as inspeções sanitárias identificaram falhas na cadeia produtiva do pescado, incluindo refrigeração inadequada, uso insuficiente de gelo durante a pesca, problemas no transporte e deficiências nas práticas de manipulação. Em resposta ao evento, foi conduzida uma atuação integrada entre Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica e demais setores envolvidos, com intensificação das inspeções, investigação epidemiológica, monitoramento laboratorial e desenvolvimento de ações educativas voltadas a pescadores, manipuladores de alimentos, proprietários de restaurantes e comunidade local. A integração entre diferentes áreas possibilitou a identificação dos fatores determinantes do surto e a implementação de medidas corretivas voltadas à prevenção de novos eventos. **Conclusão:** A experiência demonstrou que a atuação articulada entre vigilância em saúde, segurança dos alimentos, educação em saúde e participação comunitária foi essencial para interromper a ocorrência de novos casos. O episódio reforça a importância da abordagem em Uma Só Saúde como estratégia para prevenção e resposta a doenças transmitidas por alimentos, especialmente em territórios insulares com elevada vulnerabilidade e forte dependência da cadeia produtiva do pescado.

Palavras-chave: **INTOXICAÇÃO POR HISTAMINA; UMA SÓ SAÚDE; VIGILÂNCIA EM SAÚDE**

DOI: 10.51161/iv-conasus/85015

JUDICIALIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS DE ALTO CUSTO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: REVISÃO DE ESCOPO

LUCÉLIA RODRIGUES AFONSO; MARIA LÚCIA CARDOSO COELHO; FRANCISCO RICARDO DE CASTRO MACIEL; MARIA DE LOURDES ALMADA; LUCIMEIRE BARBOSA VIANA DOS SANTOS; BENEDITA ELIZABETE DE AGUIAR ARAÚJO; ÍTALA MÁRCIA DE ASSIS RIBEIRO

Introdução: A judicialização da saúde consolidou-se como um dos principais desafios para a gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), sobretudo em relação ao acesso a medicamentos de alto custo. Embora represente um importante mecanismo de garantia do direito constitucional à saúde, esse fenômeno tem provocado repercussões relevantes sobre o planejamento, o financiamento e a equidade do sistema público. **Objetivo:** Mapear as evidências científicas disponíveis acerca da judicialização de medicamentos de alto custo no Brasil. **Material e Método:** Trata-se de uma revisão de escopo conduzida conforme a metodologia proposta pelo Joanna Briggs Institute (JBI) e reportada segundo as recomendações do PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR). As buscas foram realizadas nas bases Web of Science, Scopus, MEDLINE/PubMed e Embase, além de fontes de literatura cinzenta, incluindo Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD), SciELO e Google Scholar. Também foi realizada busca manual nas listas de referências dos estudos elegíveis. A seleção ocorreu em duas etapas, com leitura de títulos e resumos seguida da avaliação dos textos completos, utilizando o software Rayyan, sendo as divergências resolvidas por consenso entre os revisores. Os dados extraídos foram sintetizados em tabelas contendo as características metodológicas dos estudos e a classificação dos medicamentos judicializados segundo o sistema Anatomical Therapeutic Chemical (ATC) da Organização Mundial da Saúde. **Resultados:** Foram identificadas 8.623 solicitações judiciais envolvendo 82 substâncias farmacológicas distintas, com predominância de medicamentos antineoplásicos, imunomoduladores e fármacos destinados ao tratamento de doenças raras e crônicas. **Conclusão:** A judicialização permanece como importante instrumento de efetivação do direito à saúde, porém evidencia fragilidades na gestão, na incorporação de tecnologias e na organização da assistência farmacêutica. O fortalecimento das avaliações conduzidas pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (Conitec), aliado à atuação qualificada dos Núcleos de Apoio Técnico do Judiciário (NAT-Jus), mostra-se essencial para subsidiar decisões fundamentadas em evidências científicas, promovendo maior racionalidade na alocação de recursos, sustentabilidade do SUS e garantia do acesso equitativo aos medicamentos de alto custo.

Palavras-chave: **JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE; SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE; MEDICAMENTOS DE ALTO CUSTO**

DOI: 10.51161/iv-conasus/85025

CAPTAÇÃO DE DOADORES E TRANSPLANTE CARDÍACO NO PACIENTE EM CUIDADOS INTENSIVOS: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

ALIF ANDREW DE SOUZA, LILIANA GOMES PELLEGRIN

RESUMO

A insuficiência cardíaca avançada refratária ao tratamento clínico e cirúrgico otimizado permanece uma condição de elevada morbimortalidade, sendo o transplante cardíaco (TxC) o procedimento de escolha para os casos irresponsivos às demais terapêuticas disponíveis. No Brasil, apesar de o país possuir um dos maiores sistemas públicos de transplantes do mundo, a efetivação da doação de órgãos ainda é limitada pela instabilidade hemodinâmica decorrente da morte encefálica (ME), pela recusa familiar e por falhas na identificação e manutenção do potencial doador dentro das Unidades de Terapia Intensiva (UTI). Objetivou-se, com este estudo, revisar a literatura científica acerca do processo de captação de doadores e do transplante cardíaco no paciente crítico, discutindo os principais desafios fisiopatológicos, assistenciais e éticos envolvidos. Trata-se de uma revisão bibliográfica de caráter descritivo e qualitativo, realizada por meio de consulta a artigos científicos, diretrizes nacionais e documentos institucionais publicados nas bases SciELO, PubMed e LILACS, além de diretrizes da Associação Brasileira de Transplante de Órgãos e da Sociedade Brasileira de Cardiologia. Os resultados evidenciaram que o manejo do potencial doador em ME exige monitorização hemodinâmica contínua, correção da tempestade catecolaminérgica, controle térmico, endócrino-metabólico e hidroeletrolítico, além de avaliação ecocardiográfica criteriosa do enxerto cardíaco e respeito ao tempo máximo de isquemia fria de aproximadamente quatro horas. A recusa familiar, presente em cerca de 40% a 46% das entrevistas realizadas no país, configura-se como o principal entrave à concretização da doação, reforçando a importância da atuação qualificada das Comissões Intra-Hospitalares de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante e das equipes de terapia intensiva. Conclui-se que a capacitação contínua dos profissionais de saúde, a sistematização dos protocolos de manutenção do potencial doador e o fortalecimento da comunicação com as famílias são estratégias fundamentais para ampliar a captação de órgãos e melhorar os desfechos do transplante cardíaco no Brasil.

Palavras-chave: Morte encefálica; Obtenção de tecidos e órgãos; Transplante de coração.

1 INTRODUÇÃO

O transplante cardíaco (TxC) é atualmente reconhecido como a principal alternativa terapêutica para pacientes com insuficiência cardíaca (IC) avançada e refratária, que já se encontram esgotadas as possibilidades de tratamento clínico e cirúrgico otimizado, tendo como principal finalidade a melhora da sobrevida e da qualidade de vida desses indivíduos (BACAL et al., 2018). O primeiro transplante cardíaco realizado no Brasil ocorreu em 1968, no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, e desde então o país consolidou-se como um dos maiores sistemas públicos de transplantes do mundo, sendo quase a totalidade dos procedimentos custeada pelo Sistema Único de Saúde.

DOI: 10.51161/iv-conasus/85087

A viabilização do TxC depende diretamente da efetividade do processo de captação de órgãos, que se inicia com a identificação precoce do potencial doador em morte encefálica (ME) nas Unidades de Terapia Intensiva. A ME desencadeia um conjunto complexo de alterações fisiopatológicas sistêmicas, como instabilidade hemodinâmica, hipotermia, distúrbios hidroeletrolíticos e disfunção endócrino-metabólica, que comprometem diretamente a viabilidade dos órgãos passíveis de doação, sobretudo o coração, extremamente sensível às repercussões da tempestade catecolaminérgica (WESTPHAL et al., 2021).

Apesar dos avanços técnicos e da estruturação do Sistema Nacional de Transplantes, o Brasil ainda convive com uma elevada taxa de recusa familiar, que se mantém historicamente entre 40% e 46% das entrevistas realizadas, sendo apontada como o principal fator impeditivo à concretização da doação de órgãos no país (SOARES; GEPPERT, 2018). Somam-se a esse cenário as dificuldades relacionadas à sistematização do diagnóstico de ME, à manutenção hemodinâmica do potencial doador e à logística de distribuição de órgãos em um país de dimensões continentais, o que amplia a distância entre o número de pacientes em lista de espera e a quantidade de transplantes efetivamente realizados (BRITO et al., 2014).

Diante da relevância clínica, social e assistencial do tema, e da atuação central que a equipe de terapia intensiva exerce em todas as etapas do processo, desde o reconhecimento do potencial doador até a manutenção do enxerto cardíaco, o presente estudo tem como objetivo geral revisar a literatura científica acerca da captação de doadores e do transplante cardíaco no paciente crítico, discutindo os principais aspectos fisiopatológicos, assistenciais, éticos e legais envolvidos nesse processo.

2 MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de uma revisão bibliográfica de caráter descritivo, com abordagem qualitativa, realizada a partir do levantamento de publicações científicas nacionais e internacionais disponíveis nas bases de dados Scientific Electronic Library Online (SciELO), Latin American and Caribbean Health Sciences Literature (LILACS) e PubMed, além de documentos institucionais e diretrizes técnicas da Associação Brasileira de Transplante de Órgãos (ABTO), da Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC), da Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB) e do Conselho Federal de Medicina (CFM).

Foram utilizados como descritores, isolados e combinados por meio do operador booleano AND, os termos: "morte encefálica", "doação de órgãos", "captação de órgãos", "transplante cardíaco" e "cuidados intensivos". Incluíram-se artigos originais, revisões integrativas, diretrizes e documentos legais publicados em português e inglês, priorizando-se as produções mais recentes e as diretrizes vigentes sobre o tema. A análise do material selecionado foi realizada de forma descritiva, organizando-se os achados em eixos temáticos relativos à fisiopatologia da morte encefálica, à manutenção do potencial doador, à avaliação e captação do enxerto cardíaco, aos aspectos éticos e legais do processo de doação e aos desafios assistenciais enfrentados pela equipe de terapia intensiva.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A morte encefálica é definida, segundo a Resolução nº 2.173/2017 do Conselho Federal de Medicina, como a perda completa e irreversível das funções encefálicas, devendo ser diagnosticada por dois médicos não pertencentes à equipe de transplante, mediante exame clínico e teste confirmatório (BRASIL, 2017). A partir desse diagnóstico, instala-se um quadro fisiopatológico caracterizado inicialmente por uma tempestade catecolaminérgica, com hipertensão arterial, taquicardia e elevação da temperatura corporal, seguida por uma fase de hipotensão e vasoplegia decorrente da perda do tônus simpático, o que impõe grande desafio ao manejo hemodinâmico do potencial doador (WESTPHAL et al., 2021).

DOI: 10.51161/iv-conasus/85087

Nesse contexto, a manutenção do potencial doador em UTI deve contemplar o controle rigoroso da temperatura corporal, mantendo-a preferencialmente entre 36°C e 37°C, a correção da instabilidade hemodinâmica por meio de reposição volêmica criteriosa e uso racional de vasopressores, a monitorização glicêmica e hidroeletrolítica, a reposição hormonal quando indicada e a prevenção de complicações infecciosas, sendo tais condutas determinantes para a preservação da função dos órgãos passíveis de doação, sobretudo do coração (DUBOSE; SALIM, 2008). A instabilidade hemodinâmica permanece como o principal desafio nesse processo, exigindo conhecimento técnico-científico aprofundado da equipe de enfermagem e medicina intensiva acerca das alterações fisiológicas decorrentes da ME (SINDEAUX et al., 2021).

A avaliação específica do coração como órgão a ser captado envolve exame ecocardiográfico para verificação da função ventricular e de eventuais anormalidades estruturais, dosagem de biomarcadores cardíacos e, quando necessário, cineangiocoronariografia, sendo o tempo de isquemia fria um dos determinantes mais importantes do sucesso do enxerto, não devendo ultrapassar, em geral, quatro horas entre a retirada do órgão do doador e o implante no receptor (BACAL et al., 2018). A avaliação subjetiva do cirurgião, muitas vezes sem o suporte anestésico-cardiológico adequado, ainda representa uma limitação relevante nos serviços brasileiros de transplante, reforçando a necessidade de protocolos multiprofissionais padronizados para a otimização clínica do doador cardíaco antes da captação (BRITO et al., 2014).

Do ponto de vista assistencial, a atuação da equipe de enfermagem e medicina intensiva é fundamental em todas as etapas, desde a identificação precoce do potencial doador até a manutenção fisiológica necessária à viabilidade dos órgãos, cabendo às Comissões Intra-Hospitalares de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante (CIHDOTT) e às Organizações de Procura de Órgãos (OPO) a articulação entre a UTI e a Central Estadual de Transplantes (GUETTI; MARQUES, 2007; ARAÚJO et al., 2014). A padronização da assistência de enfermagem na manutenção de múltiplos órgãos, incluindo protocolos escritos e capacitação continuada das equipes, tem se mostrado estratégia eficaz para reduzir a perda de potenciais doadores por instabilidade não corrigida (ARAÚJO et al., 2014).

Entretanto, mesmo diante da viabilidade clínica do potencial doador, a efetivação da doação depende da autorização familiar, conforme determina a Lei nº 9.434/1997, também conhecida como Lei dos Transplantes (BRASIL, 1997). A entrevista familiar constitui uma das etapas mais complexas do processo, por envolver aspectos éticos, legais e emocionais em um momento de intenso sofrimento, ocorrendo geralmente poucas horas após a comunicação do óbito encefálico (SANTOS; MASSAROLLO; MORAES, 2012). A recusa familiar permanece como o principal obstáculo à doação de órgãos no Brasil, respondendo por índices que oscilam entre 40% e 46% das entrevistas realizadas nos últimos anos, sendo influenciada por fatores como desconhecimento sobre o conceito de morte encefálica, desconfiança em relação ao sistema de saúde e apego simbólico ao corpo do ente falecido (SOARES; GEPPERT, 2018; DE MORAES; MASSAROLLO, 2008).

Estudos apontam ainda que aspectos simbólicos relacionados especificamente ao coração, associados à sua representação social como sede da vida e da afetividade, podem intensificar a resistência familiar à doação de válvulas e do órgão cardíaco, reforçando a necessidade de abordagem humanizada e informativa durante a entrevista (QUINTANA; ARPINI, 2009). A qualificação da equipe responsável pela entrevista familiar, com investimento em treinamento contínuo e comunicação empática, tem sido apontada como estratégia central para a redução das taxas de recusa e, consequentemente, para o aumento da disponibilidade de órgãos para transplante (MARIGO et al., 2022).

DOI: 10.51161/iv-conasus/85087

Por fim, observa-se acentuada heterogeneidade regional na efetividade da doação de órgãos no Brasil, com estados do Sul, como Paraná e Santa Catarina, apresentando índices comparáveis aos de países referência mundial, enquanto regiões Norte e Nordeste ainda enfrentam taxas de recusa superiores a 60%, associadas a limitações estruturais, ausência de equipes especializadas e dificuldades logísticas para confirmação diagnóstica da ME (EIRA; BARROS; ALBUQUERQUE, 2018). Essa disparidade reforça a necessidade de políticas públicas voltadas à ampliação da infraestrutura de terapia intensiva, à capacitação sistemática dos profissionais e ao fortalecimento da rede de captação em todo o território nacional.

4 CONCLUSÃO

O transplante cardíaco representa a principal alternativa terapêutica para pacientes com insuficiência cardíaca avançada e refratária, porém sua efetivação depende diretamente da qualidade do processo de captação de doadores, iniciado dentro das Unidades de Terapia Intensiva. A revisão da literatura evidenciou que o manejo adequado das alterações fisiopatológicas decorrentes da morte encefálica, sobretudo a instabilidade hemodinâmica, é determinante para a preservação da viabilidade do enxerto cardíaco, exigindo conhecimento técnico-científico consolidado e protocolos assistenciais padronizados por parte da equipe multiprofissional.

Constatou-se, ainda, que a recusa familiar permanece como o principal entrave à concretização da doação de órgãos no Brasil, evidenciando a necessidade de capacitação contínua das equipes responsáveis pela entrevista familiar e de estratégias de educação em saúde voltadas à população, capazes de reduzir a desinformação e fortalecer a confiança no sistema de transplantes. A heterogeneidade regional observada reforça, por sua vez, a importância de políticas públicas que ampliem a estrutura de terapia intensiva e a qualificação profissional em todas as regiões do país.

Como limitação deste estudo, destaca-se seu caráter de revisão bibliográfica não sistemática, o que impede a generalização estatística dos achados. Sugere-se que futuras pesquisas explorem, por meio de estudos primários multicêntricos, a efetividade de protocolos específicos de manutenção do potencial doador cardíaco, bem como intervenções voltadas à redução da recusa familiar nas diferentes regiões brasileiras.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, J. P. M.; AGUIAR, V. M.; AMARAL, T. L. M.; PRADO, P. R. Padronização da assistência de enfermagem na manutenção de múltiplos órgãos no potencial doador adulto. Revista Cuidarte Enfermagem, v. 8, n. 2, p. 130-136, 2014.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS. Transplante de coração. São Paulo: ABTO, 2023. Disponível em: https://site.abto.org.br. Acesso em: 15 jul. 2026.

BACAL, F. et al. 3ª Diretriz Brasileira de Transplante Cardíaco. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, v. 111, n. 2, p. 230-289, 2018.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 2.173, de 23 de novembro de 2017. Define os critérios do diagnóstico de morte encefálica. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2017.

BRASIL. Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997. Dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 5 fev. 1997.

BRITO, F. S. et al. Indicações e seleção do paciente para transplante cardíaco. Revista da

Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo, v. 24, n. 3, p. 63-68, 2014.

DE MORAES, E. L.; MASSAROLLO, M. C. K. B. Recusa familiar à doação de órgãos e tecidos para transplante. Revista Latino-Americana de Enfermagem, v. 16, n. 3, p. 458-464, 2008.

DUBOSE, J.; SALIM, A. Aggressive organ donor management protocol. Journal of Intensive Care Medicine, v. 23, n. 6, p. 367-375, 2008.

EIRA, C. S.; BARROS, M. I.; ALBUQUERQUE, A. M. Doação de órgãos: a realidade de uma unidade de cuidados intensivos portuguesa. Revista Brasileira de Terapia Intensiva, v. 30, n. 2, p. 201-207, 2018.

GUETTI, N. R.; MARQUES, I. R. Assistência de enfermagem ao potencial doador de órgãos em morte encefálica. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v. 61, n. 1, p. 91-97, 2007.

MAGALHÃES, A. L. P. et al. Significados do cuidado de enfermagem ao paciente em morte encefálica potencial doador. Revista Gaúcha de Enfermagem, v. 39, 2018.

MARIGO, T. A.; PROFETA, C. E. M.; ALMEIDA, C. G.; TAVARES, S. S.; CONTINI, I. C. P.; SILVEIRA, M. S. N. Recusa familiar no processo de doação de órgãos: atuação do enfermeiro e entrevista familiar. Revista Ibero-Americana Multidisciplinar Medicus, 2022.

QUINTANA, A. M.; ARPINI, D. M. Doação de órgãos: possíveis elementos de resistência e aceitação. Boletim de Psicologia, v. 59, n. 130, 2009.

SANTOS, M. J.; MASSAROLLO, M. C. K. B.; MORAES, E. L. Entrevista familiar no processo de doação de órgãos e tecidos para transplante. Acta Paulista de Enfermagem, v. 25, n. 5, p. 788-794, 2012.

SENNA, C. V. A.; MARTINS, T.; KNIHS, N. S.; MAGALHÃES, A. L. P.; PAIM, S. M. S. Fragilidades e potencialidades vivenciadas pela equipe de saúde no processo de transplante de órgãos: revisão integrativa. Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 22, 2020.

SINDEAUX, A. C. A.; NASCIMENTO, A. M. V.; CAMPOS, J. R. E. C.; CAMPOS, J. B. R.; BARROS, A. B.; LUZ, D. C. R. P. Cuidados de enfermagem dispensados ao potencial doador de órgãos em morte encefálica: uma revisão integrativa. Revista Nursing, v. 24, n. 272, p. 5134-5140, 2021.

SOARES, E.; GEPPERT, A. Perfil e motivos de negativas de familiares para doação de órgãos e tecidos para transplante. Revista Baiana de Enfermagem, v. 32, 2018.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. II Diretriz Brasileira de Transplante Cardíaco. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, v. 94, supl. 1, p. 1-76, 2010.

WESTPHAL, G. A. et al. Diretrizes brasileiras para o manejo de potenciais doadores de órgãos em morte encefálica. Revista Brasileira de Terapia Intensiva, v. 33, n. 1, 2021.

DOI: 10.51161/iv-conasus/85087

GEOPCATOOL: INTELIGÊNCIA GEOGRÁFICA E MAPEAMENTO SOCIOTERRITORIAL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO SUS

MÁRCIO LUÍS MOREIRA DE SOUZA; YURI HENRIQUE ALMEIDA ALVES; LEONARDO OLIVEIRA LEÃO E SILVA; SUELY MARIA RODRIGUES

RESUMO

A Atenção Primária à Saúde é a base estruturante e coordenadora do cuidado no Sistema Único de Saúde. O monitoramento da sua efetividade por meio do instrumento oficial PCATool-Brasil é fundamental, porém a complexidade matemática para a tabulação dos dados brutos e a ausência de espacialização dos resultados dificultam o uso ágil dessas métricas na gestão pública. Diante dessa lacuna, o presente trabalho tem como objetivo relatar a experiência de desenvolvimento e implementação piloto do GeoPCATool, uma inovação tecnológica projetada para a coleta digital, o cálculo automatizado e a análise espacializada dos escores do PCATool-Brasil no município de Governador Valadares, Minas Gerais. A metodologia consistiu no desenvolvimento de uma aplicação web vinculada a um projeto de pós-doutorado da UNIVALE, modelada para automatizar rigorosamente as diretrizes psicométricas do instrumento, incluindo o tratamento de dados ausentes, a inversão matemática de escalas e a conversão do Escore Geral e Essencial para uma métrica padronizada de zero a dez. A implementação piloto consolidou uma amostra de quarenta avaliações completas, capturando simultaneamente a percepção de usuários e a autoavaliação de profissionais. Os resultados parciais revelaram um Escore Geral de Saúde de oito para a rede, indicando qualidade adequada. No entanto, o mapeamento socioterritorial gerado pela ferramenta expôs assimetrias locais e vulnerabilidades em bairros específicos que a média global ocultava. Os painéis interativos também evidenciaram um claro distanciamento de percepção, no qual os profissionais superestimam a presença dos atributos da atenção primária em comparação aos cidadãos, além de plotarem uma correlação preliminar inversa entre maiores escores de qualidade e menores Taxas de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária. Conclui-se que o GeoPCATool superou com êxito os desafios operacionais do questionário físico, transformando respostas complexas em inteligência de dados georreferenciada. A espacialização dos atributos transcende a estatística tradicional, fornecendo subsídios precisos para que a gestão municipal atue de forma preditiva, equitativa e baseada em evidências na alocação de recursos.

Palavras-chave: Avaliação em Saúde; Geoprocessamento; Sistemas de Informação em Saúde.

1 INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) é reconhecida como a base estruturante e a coordenadora do cuidado no Sistema Único de Saúde (SUS), sendo fundamental para a garantia da universalidade, equidade e integralidade da assistência (STARFIELD, 2002). Para

DOI: 10.51161/iv-conasus/85093

monitorar a efetividade desse nível de atenção, o Ministério da Saúde adotou o *Primary Care Assessment Tool* (PCATool-Brasil) como instrumento padrão-ouro. Este instrumento afere a presença e a extensão dos atributos essenciais (acesso de primeiro contato, longitudinalidade, coordenação e integralidade) e derivados (orientação familiar e comunitária) da APS, tanto na perspectiva dos usuários quanto dos profissionais de saúde (BRASIL, 2020).

Apesar de sua reconhecida validade psicométrica e robustez científica, a aplicação do PCATool-Brasil no cotidiano da gestão pública esbarra em gargalos operacionais. O processamento dos dados brutos exige a aplicação de regras matemáticas complexas, como a inversão de valores da escala Likert, o tratamento de respostas ausentes e a conversão do Escore Geral e Essencial para uma escala padronizada de 0 a 10 (BRASIL, 2020). Essa complexidade de tabulação, somada à tradicional análise puramente tabular, muitas vezes impede que os resultados gerem *insights* ágeis e acionáveis para os gestores locais. Além disso, a ausência de espacialização dos resultados dificulta a identificação de iniquidades intramunicipais.

A integração entre Sistemas de Informação em Saúde e a Inteligência Geográfica surge, portanto, como uma fronteira tecnológica necessária para superar essa lacuna empírica. O mapeamento socioterritorial em saúde permite cruzar métricas de desempenho com a localização das Unidades Básicas de Saúde (UBS), evidenciando não apenas o que precisa ser melhorado na rede, mas exatamente onde as intervenções devem ocorrer para otimizar a alocação de recursos (BARCELLOS et al., 2009).

Neste contexto, o presente trabalho tem como objetivo relatar a experiência de desenvolvimento e de implementação piloto do GeoPCATool, uma plataforma *web* e inovação tecnológica fruto de pesquisa de pós-doutorado, projetada para a coleta digital, o cálculo automatizado e a análise espacializada do PCATool-Brasil em unidades de saúde da família do município de Governador Valadares, Minas Gerais.

2 RELATO DE CASO OU EXPERIÊNCIA

O desenvolvimento e a implementação do GeoPCATool ocorreram no contexto de um projeto de Pós-Doutorado vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Gestão Integrada do Território (GIT) da Universidade do Vale do Rio Doce (UNIVALE). A concepção da ferramenta partiu da necessidade identificada pelo Laboratório de Pesquisa Interdisciplinar em Saúde, Indivíduo e Sociedade (SAIS) de transpor o instrumento PCATool-Brasil do seu tradicional formato físico e de tabulação manual para um ecossistema digital integrado, estruturado na forma de uma aplicação web (webapp) responsiva e focada na experiência do usuário e do gestor.

A arquitetura da plataforma foi modelada para englobar os múltiplos perfis de avaliação do instrumento oficial (Adulto, Criança, Profissionais e Saúde Bucal), abrangendo as versões extensas e reduzidas. A principal inovação na engenharia de dados consistiu na automação rigorosa das diretrizes psicométricas validadas pelo Ministério da Saúde. O algoritmo do sistema foi programado para executar em tempo real: o tratamento de dados ausentes (anulando o cálculo de componentes com 50% ou mais de itens sem resposta e imputando o valor conservador “2” para as marcações “não sei/não lembro”); a inversão matemática exigida em perguntas com viés negativo; e a totalização automática dos Escores Essencial e Geral, com a conversão final da escala Likert (1 a 4) para uma métrica padronizada e intuitiva de 0 a 10.

A etapa de implementação piloto, caracterizada como uma prova de conceito, foi conduzida em Unidades Básicas de Saúde distribuídas pelo território de Governador Valadares, Minas Gerais. Durante este ciclo inicial, o sistema consolidou 40 avaliações completas, capturando simultaneamente a percepção dos usuários do SUS e a autoavaliação

DOI: 10.51161/iv-conasus/85093

dos profissionais de saúde da atenção primária. O processo de coleta digital não apenas conferiu celeridade à aplicação do questionário, como suprimiu as inconsistências inerentes à dupla digitação de formulários em papel.

Por fim, os dados consolidados foram processados pelos módulos de inteligência espacial e analítica da plataforma. O webapp transformou os escores brutos em dashboards gerenciais interativos georreferenciados. Na prática, a experiência permitiu observar o desempenho da rede através de Mapas de Vulnerabilidade Territorial, curvas de densidade para a variação da qualidade do atendimento (Ridge Plots), análise das assimetrias de percepção entre cidadãos e profissionais, bem como a correlação dos escores de qualidade da APS com indicadores epidemiológicos locais, como - simuladamente - a Taxa de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP).

3 DISCUSSÃO

A fase piloto de implementação do GeoPCATool consolidou uma amostra inicial de 40 avaliações completas, abrangendo unidades de saúde de Governador Valadares. A análise automatizada gerada pela plataforma revelou um Escore Geral de Saúde de 8,0 para a rede avaliada, classificando a qualidade da Atenção Primária à Saúde (APS) local no estrato de "Alto Escore" (≥ 6,6), o que sugere uma forte orientação geral aos princípios da APS (BRASIL, 2020). Contudo, a visualização unificada em uma média global frequentemente oculta assimetrias locais, o que justifica a necessidade da análise georreferenciada proporcionada pelo sistema.

Ao projetar os dados no "Mapa de Vulnerabilidade Territorial" e no painel de "Índice PCATool por Território", o aplicativo permitiu estratificar as unidades de saúde, evidenciando heterogeneidade no desempenho. Bairros específicos demonstraram consistência na qualidade do atendimento (escore adequado), enquanto outras microáreas apresentaram escores limítrofes, classificadas no nível intermediário.

Figura 1 - Mapeamento socioterritorial de vulnerabilidade da APS em Governador Valadares (A) e Índice PCATool por Território (B).
Fonte: Dados extraídos da plataforma GeoPCATool (2026).

A literatura aponta que a proximidade geográfica e a alocação de recursos impactam diretamente a longitudinalidade e o acesso de primeiro contato (STARFIELD, 2002). Através dos *Ridge Plots* gerados pelo GeoPCATool (Figura 2A), foi possível observar a curva de densidade das unidades. Picos estreitos confirmaram a consistência dos processos de trabalho

DOI: 10.51161/iv-conasus/85093

em algumas equipes, enquanto curvas alargadas denunciaram variações significativas na padronização do atendimento dentro de uma mesma unidade de saúde. Outro achado de grande relevância gerado automaticamente pelos painéis foi o "Gap de Percepção" entre profissionais de saúde e os cidadãos (Figura 2B).

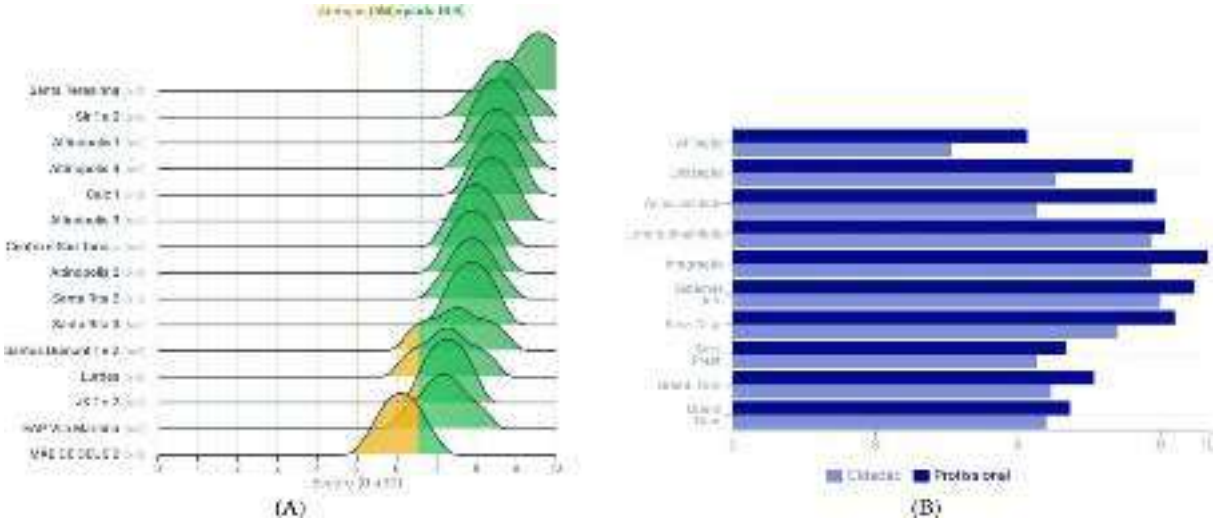


Figura 2 - Distribuição da qualidade do atendimento nas unidades (*Ridge Plots*) (A) e Diferença de percepção dos atributos da APS entre profissionais e usuários (B).
Fonte: Dados extraídos da plataforma GeoPCATool (2026).

Os resultados preliminares indicaram que os profissionais tendem a superestimar a presença dos atributos em comparação aos usuários, especialmente nos domínios de "Acessibilidade", "Integração" e "Serviços Disponíveis". Esse fenômeno é amplamente discutido na literatura de avaliação em saúde, que reforça a necessidade de priorizar a experiência do paciente (Patient-Reported Experience Measures - PREMs) para uma auditoria realista do sistema. A identificação visual desse distanciamento oferece aos gestores um alvo claro para intervenções de humanização e adequação da oferta de serviços.

Por fim, a plataforma plotou uma correlação preliminar simulada entre o Escore PCATool e a Taxa de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP).

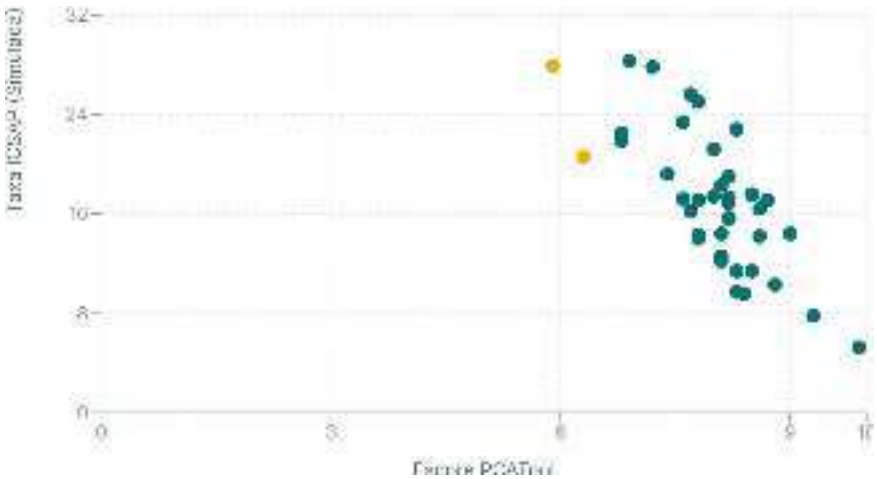


Figura 3 - Gráfico de dispersão indicando a correlação simulada entre escore da APS e

internações evitáveis.

Fonte: Dados extraídos da plataforma GeoPCATool (2026).

Cabe ressaltar que os números referentes à taxa ICSAP utilizados nesta prova de conceito são dados fictícios (simulados). O objetivo desta simulação foi comprovar a capacidade do sistema em cruzar o desempenho da rede com bases epidemiológicas, demonstrando como a ferramenta pode ser melhorada colaborativamente ao longo do tempo mediante a integração com bases de dados reais. O gráfico de dispersão gerado demonstrou a tendência de correlação teórica inversa esperada: territórios com maiores escores no PCATool tendem a apresentar menores taxas de ICSAP. Autores clássicos da saúde coletiva evidenciam que uma APS resolutiva e com altos escores de coordenação de cuidado e longitudinalidade é o principal filtro para evitar internações hospitalares desnecessárias (MENDES, 2011).

Como limitação deste relato, destaca-se o tamanho amostral da fase piloto (n=40), o que restringe a extrapolação estatística definitiva para toda a macrorregião. No entanto, o objetivo tecnológico e metodológico do projeto foi plenamente atingido: comprovou-se a viabilidade do GeoPCATool em transformar questionários complexos em inteligência de dados instantânea. A vantagem da ferramenta reside na sua capacidade de subsidiar a governança pública baseada em evidências, permitindo que a gestão do SUS deixe de ser reativa para ser preditiva e territorialmente precisa.

4 CONCLUSÃO

A implementação piloto do GeoPCATool comprovou a viabilidade técnica de transformar o complexo processo de avaliação da Atenção Primária à Saúde em um sistema digital, automatizado e georreferenciado. A plataforma atingiu seu objetivo ao superar a barreira da tabulação manual do PCATool-Brasil, entregando painéis analíticos que traduzem dados brutos em evidências visuais rápidas para a gestão do SUS.

A pesquisa demonstrou que a espacialização dos dados é indispensável para uma auditoria realista do território. Os resultados revelaram não apenas o desempenho da rede, mas expuseram assimetrias territoriais, discrepâncias de percepção entre profissionais e usuários, e o potencial de cruzar a qualidade da APS com a redução de internações evitáveis (ICSAP simulado). Reconhece-se que a amostra inicial de 40 avaliações configura uma limitação estatística para generalizações macrorregionais, mas validou com êxito a arquitetura de software e a precisão dos algoritmos do sistema.

Como perspectivas futuras, projeta-se a expansão da coleta de dados para toda a rede de Governador Valadares. Adicionalmente, visando o desenvolvimento colaborativo e a democratização tecnológica no SUS, o GeoPCATool foi concebido como um projeto de código aberto. A plataforma está disponível para uso em https://geopcatool.vercel.app, e seu repositório público 'geopcatool' encontra-se hospedado no GitHub[1], garantindo que pesquisadores e gestores de outros municípios possam replicar, hospedar em seus próprios servidores e aprimorar o sistema continuamente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARCELLOS, C. et al. Geoprocessamento e saúde: muito além de mapas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 6, p. 1923-1934, dez. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde: PCATool-Brasil - 2020.** Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde,

2011.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

DOI: 10.51161/iv-conasus/85093

FLORENCE TRANSITION: INTELIGÊNCIA DE ENFERMAGEM NA COORDENAÇÃO DE LEITOS VIRTUAIS DE TRANSIÇÃO

FRANCILENE AMORIM DE OLIVEIRA

Introdução: O estrangulamento da capacidade instalada de leitos agudos e as extensas filas para cirurgias eletivas ortopédicas representam um desafio crítico de sustentabilidade para os sistemas de saúde do Brasil e da União Europeia, destacando-se a realidade de Portugal. Para superar o vazio assistencial pós-alta sem comprometer a segurança, emerge a necessidade de expandir a capacidade hospitalar por meio de "Leitos Virtuais" de internação domiciliar. Essa transição segura exige uma mediação qualificada, viabilizada pela inteligência de dados aplicada à assistência. **Objetivo:** Descrever a modelagem de transição assistencial em leitos virtuais coordenados pela protagonista Enfermeira Analista, fundamentada no Processo de Enfermagem e na inteligência preditiva. **Metodologia:** Trata-se de um relato de desenvolvimento metodológico de uma tecnologia assistencial baseada na metodologia Florence Transition. O modelo operacionaliza o Processo de Enfermagem em rede, sob a governança da Enfermeira Analista do Núcleo de Segurança de Integração Assistencial (NSIA). Esta profissional atua na articulação contínua com enfermeiras do centro cirúrgico, da atenção primária e do atendimento domiciliar (Home Care/SAD), promovendo a interoperabilidade do cuidado. O fluxo assistencial apoia-se em um sistema de triagem ativa via canais de mensageria e em uma central de telemedicina disponível 24 horas para suporte noturno à rede de enfermagem. Como fundamentação gráfica de monitoramento de risco e tomada de decisão clínica, adota-se o Diagrama da Rosa de Florence Nightingale como legado estatístico. **Resultados:** A modelagem evidenciou que os leitos virtuais monitorados ativamente propiciam desospitalização precoce e segura, reduzindo a permanência hospitalar e otimizando o giro de leitos cirúrgicos. A articulação em rede sob liderança da enfermagem mitiga reinternações e eventos adversos tardios, enquanto o suporte de telemedicina garante retaguarda técnica ininterrupta, viabilizando o cuidado no domicílio com alto padrão de segurança. **Conclusão:** O modelo de leitos virtuais mediado pela Enfermeira Analista responde às demandas contemporâneas do mercado de saúde. A metodologia prova que a inovação tecnológica aplicada ao cuidado sistêmico reposiciona a enfermagem na liderança da governança clínica internacional.

Palavras-chave: **GESTÃO DE LEITOS; INFORMÁTICA EM ENFERMAGEM; TRANSIÇÃO DO CUIDADO**

DOI: 10.51161/iv-conasus/85108

EDUCAÇÃO QUE CONECTA: A DOCÊNCIA MÉDICA COMO DETERMINANTE SOCIAL DA QUALIDADE DO ATENDIMENTO NO SUS

BRUNO AMÉRICO SEBA DE CASTRO; ARTHUR FABRÍCIO SODRÉ; ERICK JOSÉ LIMA DIAS; ERICK DAVID SARGES RIBEIRO; FELLIPE AUGUSTO SODRÉ COSTA; FRANCISCO REGIS FILGUEIRAS VERAS; MARIANA ARAÚJO OLIVEIRA

Introdução: A formação médica no Brasil exige a transposição do modelo biomédico tradicional em favor das diretrizes da Reforma Sanitária e da Política Nacional de Humanização (PNH). Nesse cenário, a figura do docente transcende a instrução técnica, configurando-se como um determinante social na qualidade do cuidado prestado ao paciente no Sistema Único de Saúde (SUS). **Objetivos:** Analisar a influência da prática docente, desde o primeiro período do curso de medicina, na construção da identidade profissional do egresso e sua correlação com a efetividade da atenção em saúde na rede pública. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão narrativa articulada com observações empíricas colhidas na vivência acadêmica inicial na graduação. A análise fundamentou-se nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) e no conceito de currículo oculto. Investigou-se como a postura, a ética e o engajamento dos professores com a realidade do SUS, já nas disciplinas do primeiro período, moldam as competências socioemocionais e a prática clínica futura. **Resultados:** Observou-se que a atuação docente nos períodos iniciais atua como catalisador da humanização. O currículo oculto expresso na interação dialógica e na postura ética do professor frente aos fundamentos da saúde revelou-se determinante na internalização precoce do compromisso social, superando a instrução meramente técnica e preparando o acadêmico para o manejo da terminalidade e da escuta qualificada. **Conclusão**: A docência médica é um componente estratégico. Entende-se que o engajamento pedagógico desde o ingresso na graduação é essencial para que o futuro médico compreenda o SUS como pilar da cidadania, consolidando o professor como um agente indutor da sensibilidade humana necessária para o fortalecimento do sistema público.

Palavras-chave: **SUS; HUMANIZAÇÃO; MEDICINA**

DOI: 10.51161/iv-conasus/85155

CUIDANDO DE QUEM FICA : INTERVENÇÕES DE PÓSVENÇÃO COMO ESTRATÉGIA DE SAÚDE PÚBLICA PARA SOBREVIVENTES

BRUNO AMÉRICO SEBA DE CASTRO; ARTHUR FABRÍCIO SODRÉ COSTA; ERICK JOSÉ DIAS DE LIMA; ERICK DAVID SARGES RIBEIRO; FELLIPE AUGUSTO SODRÉ COSTA; FRANCISCO REGIS FILGUEIRAS VERAS; MARIANA ARAÚJO OLIVEIRA

Introdução: O suicídio representa uma crise de saúde pública que transcende a vítima direta, impactando profundamente o círculo social e familiar. Embora a prevenção seja amplamente debatida no Sistema Único de Saúde (SUS), a pósvenção conjunto de intervenções direcionadas aos sobreviventes ainda é negligenciada, apesar de ser um determinante crítico para interromper ciclos de sofrimento psíquico e prevenir a ocorrência de novos eventos de autoextermínio em cascata. **Objetivos:** Analisar a relevância das estratégias de pósvenção como ferramenta de saúde pública no SUS e identificar o papel essencial do profissional médico no acolhimento humanizado desses sobreviventes, desde o primeiro contato na rede. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão narrativa e reflexiva, articulada com observações da vivência acadêmica inicial na graduação. A análise fundamentou-se na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde Mental e na literatura especializada em luto traumático. Investigou-se o fluxo de cuidado nas Redes de Atenção Psicossocial (RAPS), focando na articulação necessária entre a Atenção Primária e os centros especializados. **Resultados:** As evidências apontam que o luto por suicídio é permeado por estigma social elevado, sentimentos de culpa e isolamento. Intervenções precoces de pósvenção, baseadas na escuta qualificada e na criação de redes de apoio, revelaram-se fundamentais para a estabilização emocional dos enlutados, mitigando riscos de ideação suicida secundária. A prática demonstra que o acolhimento não julgador é a principal ferramenta de cuidado clínico. **Conclusão:** A pósvenção deve ser integrada como pilar essencial do cuidado no SUS. Conclui-se que o engajamento pedagógico desde o ingresso na graduação é imperativo para que o futuro médico atue como agente de cuidado integral, compreendendo o sobrevivente como um indivíduo em situação de extrema vulnerabilidade que demanda atenção imediata, sensível e contínua.

Palavras-chave: **SUS; SUICÍDIO; POSVENÇÃO**

DOI: 10.51161/iv-conasus/85158

DA DISPENSAÇÃO AO CUIDADO INTEGRAL: EXPERIÊNCIA MULTIPROFISSIONAL NA PROMOÇÃO DO AUTOCUIDADO DE PESSOAS INSULINODEPENDENTES NO MUNICIPIO DE BOM SUCESSO

PATRICIA ALEXANDRA DE SOUZA

Introdução :O Diabetes Mellitus configura como uma das principais doenças crônicas,considerando um dos maiores desafios para saúde pública da atualidade, devido a sua elevada prevalência ao impacto na qualidade de vida dos pacientes e nos serviços de saúde.Diante da necessidade de fortalecer as ações voltada aos pacientes insulinodependentes, foi desenvolvido o projeto "Viva Bem Com Diabetes", experiência onde a Assistência Farmacêutica passa atuar de forma integrada com as equipes multiprofissionais, médicos, enfermeiros, nutricionista , educador físico e agentes comunitários de saúde, com o propósito de promover educação em saúde, incentivar o auto cuidado e adesão ao tratamento, demonstrando que ações educativas simples, contínua , podem gerar impactos significativos na qualidade de vida dos usuários. **Objetivo:** Relatar experiência na implementação de uma estratégia multiprofissional , voltada a pessoas insulinodependentes articulando a Assistência Farmacêutica com Atenção Primaria à saúde por meio de ações educativas e a dispensação qualificada de insumos.**Relato de caso/Experiência:** A experiência foi desenvolvida pela Assistência Farmacêutica, com parceria das quatro Equipes de Saúde da Família, responsável por cada território do município e multiprofissionais da Saúde. A princípio foi realizado reuniões de planejamento com a equipe para definir estratégias de organização, cronograma, logística e materiais educativos.Na etapa seguinte enfermeiros e Agentes Comunitários de Saúde realizaram a identificação e a atualização cadastral deste pacientes. A busca ativa possibilitou o convite aproximadamente duzentos pacientes insulinodependentes, desses, cento e vinte e seis participaram , correspondendo uma adesão de 63% do publico alvo. No decorrer do evento foram realizados: procedimentos de avaliação clínica,palestra áudio visual, demonstração prática do uso da caneta reutilizável, técnica de aplicação, utilização do glicosímetro,armazenamento da insulina, alimentação saudável e importância da atividade física.Como estratégia complementar de incentivo , foram entregues bolsas térmicas, glicosímetro , insumos , livretos de receitas culinárias voltada as pessoas com diabetes. Ao final do evento servimos um Coffee Break com as próprias receitas do livreto.**Conclusão:** A experiência através do Projeto "Viva Bem Com Diabetes", evidenciou que ações educativas planejadas,continuadas, humanizadas e multiprofissionais, podem gerar impactos positivos na qualidade na qualidade de vida dos usuários, alinhando aos princípios da universalidade,integralidade e equidade no Sistema Único de Saúde.

Palavras-chave: **ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA;; AUTO CUIDADO; DIABETES MELLITUS; MULTIPROFISSIONAIS; ; ;**

QUALIDADE DA CONFIRMAÇÃO DIAGNÓSTICA DAS INTOXICAÇÕES POR AGROTÓXICOS NOTIFICADAS NA BAHIA: IMPLICAÇÕES PARA A VIGILÂNCIA EM SAÚDE NO SUS, 2025–2026

GABRIEL NUNES DOURADO COSTA; ADAILTON GOMES FERREIRA JÚNIOR; KARLA DOURADO SANTOS

Introdução: As intoxicações por agrotóxicos representam importante agravo à saúde do trabalhador e constituem evento de notificação compulsória no Brasil. A qualidade da confirmação diagnóstica influencia a confiabilidade das informações produzidas pelos sistemas de vigilância, subsidiando o planejamento de ações de prevenção, assistência e proteção à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS). **Objetivo:** Analisar os critérios de confirmação diagnóstica das notificações de intoxicação por agrotóxicos de uso agrícola registradas na Bahia entre 2025 e 2026, discutindo suas implicações para a vigilância em saúde. **Metodologia:** Estudo epidemiológico, descritivo e retrospectivo, realizado com dados secundários de domínio público obtidos no DATASUS/TABNET. Foram incluídas as notificações de intoxicação exógena por agrotóxicos de uso agrícola registradas na Bahia no período de estudo. Os critérios de confirmação foram classificados em clínico, clínico-epidemiológico, clínico-laboratorial e ignorado/não informado. Os dados foram analisados por frequências absolutas e relativas. **Resultados:** Foram identificadas 108 notificações. Destas, 60 (55,6%) foram confirmadas pelo critério clínico, 32 (29,6%) pelo critério clínico-epidemiológico, 2 (1,9%) pelo critério clínico-laboratorial e 14 (13,0%) permaneceram como ignoradas ou não informadas. Observou-se predominância de confirmações baseadas em critérios clínicos, reduzida participação da confirmação clínico-laboratorial e percentual relevante de registros incompletos. Esses achados evidenciam oportunidades para qualificar a informação epidemiológica, favorecendo maior consistência dos registros e ampliando seu potencial para subsidiar a vigilância em saúde e a tomada de decisão pelos gestores do SUS. **Conclusão:** O perfil da confirmação diagnóstica das intoxicações por agrotóxicos na Bahia evidencia a necessidade de fortalecer a qualificação das notificações e da vigilância em saúde. O aprimoramento dos registros epidemiológicos e da capacidade diagnóstica pode contribuir para informações mais consistentes, apoiando o planejamento de ações voltadas à prevenção das intoxicações e à proteção da saúde dos trabalhadores rurais.

Palavras-chave: **EPIDEMIOLOGIA; SAUDE DO TRABALHADOR; VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA**

DOI: 10.51161/iv-conasus/85230

ACOLHIMENTO DE MÃES DE CRIANÇAS COM DEFICIÊNCIA NO SUS

CAMILLE ANDRADE RODRIGUES; ANA KAROLLYNE SANTOS MARIANO DE FRANÇA; ALLANA LAYS RIBEIRO DOS SANTOS; ELLEN MAYARA DE OLIVEIRA FREITAS; EVERTON GABRIEL LIMA MARTINS DE SIQUEIRA

Introdução: O acolhimento de mães de crianças com deficiência exige muito mais do que recursos técnicos e tecnológicos, demandando escuta qualificada, sensibilidade e cuidado humanizado. Tal aspecto tem provocado discussões e reflexões acerca da assistência em saúde, impulsionando propostas de mudanças nas práticas desenvolvidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Essas mudanças decorrem de fatores como o reconhecimento das necessidades biopsicossocial dessas mães, da ampliação das políticas de humanização e da busca por uma assistência integral, capaz de atender às demandas das famílias de forma acolhedora e contínua. **Objetivos:** O presente trabalho tem como objetivo analisar a importância do acompanhamento integral para mães de crianças atípicas, com ênfase nas causas do adoecimento psíquico. **Métodos:** Trata-se de uma revisão de literatura, em que as buscas por artigos foram realizadas em publicações na língua portuguesa, no período de 2021 a 2026, nas bases de dados Scientific Electronic Library Online (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e PubMed, com pesquisa complementar no Google Acadêmico. **Resultados:** A busca nas bases de dados resultou na identificação de 9 artigos relacionados à temática proposta. Após a leitura dos títulos, resumos e textos completos, bem como a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, 4 estudos foram selecionados para compor esta revisão. Os artigos analisados evidenciaram que as mães de crianças com deficiência enfrentam elevada sobrecarga física, emocional e social, associada às demandas contínuas do cuidado. Além disso, os estudos destacaram a importância do acolhimento humanizado e do acompanhamento multiprofissional no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), ressaltando a necessidade de fortalecer políticas públicas e estratégias de cuidado que promovam o bem-estar integral dessas mães. **Conclusão:** Destaca-se que o desgaste físico e emocional de mães atípicas que vivem à frente de rotinas de cuidado exaustivas para com seus filhos configura-se como uma problemática que necessita de maior atenção. Assim, espera-se que os resultados alcançados impulsionem o fortalecimento de políticas públicas que permitam que o SUS ofereça atendimentos humanizados e integrais, contemplando as necessidades dessas mães e impactando positivamente em seu bem-estar biopsicossocial.

Palavras-chave: **MATERNIDADE ATÍPICA; SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS); CRIANÇAS COM DEFICIÊNCIA**

DOI: 10.51161/iv-conasus/85250

TELEMEDICINA NA ATENÇÃO BÁSICA: AVANÇOS E DESAFIOS NO SUS

KARINA FARIAS PINHEIRO

Introdução: A pandemia de COVID-19 acelerou a adoção da telemedicina na atenção básica, ampliando o acesso e o acompanhamento de pacientes crônicos, mas trazendo desafios de infraestrutura, equidade e qualidade da assistência. **Objetivo:** Analisar evidências sobre o uso da telemedicina na atenção básica, destacando benefícios, limitações perspectivas para sua consolidação no Sistema Único de Saúde (SUS). **Metodologia:** Foi realizada uma revisão integrativa da literatura nas bases SciELO, PubMed e LILACS, incluindo artigos publicados entre 2020 e 2025. Foram selecionados estudos que abordaram telemedicina em atenção primária, considerando aspectos de acesso, qualidade da assistência e satisfação dos usuários. Apenas foram incluídos artigos em português, inglês e espanhol, publicados em periódicos revisados por pares. **Resultados:**Os estudos evidenciaram que a telemedicina ampliou o acesso em regiões remotas, reduziu filas de espera e favoreceu a continuidade do cuidado em situações de isolamento social. Também contribuiu para maior resolutividade na atenção básica, permitindo acompanhamento de pacientes crônicos e suporte em casos urgentes. Entretanto, barreiras como desigualdade digital, falta de capacitação profissional e limitações na infraestrutura tecnológica dificultaram sua implementação plena. **Conclusão:** A telemedicina representa uma ferramenta promissora para fortalecer a atenção básica, mas sua consolidação exige investimentos em tecnologia, capacitação das equipes e políticas públicas que garantam equidade no acesso. No contexto do SUS, deve ser vista como complemento estratégico, capaz de ampliar a resolutividade, reduzir desigualdades e promover maior segurança ao paciente. A experiência adquirida durante a pandemia reforça a necessidade de consolidar a telemedicina como política pública permanente, garantindo que seus benefícios sejam sustentáveis e acessíveis a toda a população.

Palavras-chave: **ACESSO À SAÚDE; EQUIDADE; SAÚDE DIGITAL**

DOI: 10.51161/iv-conasus/85299

DESAFIOS DO CUIDADO PALIATIVO NO AMBIENTE DOMICILIAR: O PAPEL DA ENFERMAGEM NO SUPORTE E ASSISTÊNCIA AOS FAMILIARES.

AMANDA BICHOFF

Introdução: Os cuidados paliativos constituem uma abordagem que busca promover qualidade de vida a pacientes com doenças ameaçadoras da vida e seus familiares, por meio da prevenção e do alívio do sofrimento físico, psicológico, social e espiritual. No contexto domiciliar, a família assume papel central no cuidado diário, sendo frequentemente responsável pelo manejo de sintomas, administração de medicamentos e suporte emocional. Entretanto, a ausência de preparo técnico, a sobrecarga emocional e as dificuldades de acesso aos serviços de saúde representam desafios importantes para a continuidade de um cuidado seguro e humanizado. **Objetivo:** Analisar os principais desafios enfrentados pelos familiares de pacientes em cuidados paliativos no ambiente domiciliar e discutir a contribuição da enfermagem para o fortalecimento do cuidado familiar. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão narrativa da literatura, baseada em publicações nacionais e internacionais sobre cuidados paliativos, assistência domiciliar e enfermagem, com análise de estudos que abordam a experiência dos familiares cuidadores e as estratégias de apoio desenvolvidas pelos profissionais de saúde. **Resultados:** A literatura demonstra que os familiares vivenciam elevada sobrecarga física e emocional, insegurança na realização dos cuidados, dificuldades na comunicação sobre a terminalidade e limitações no acesso à rede de apoio. Evidenciou-se que a atuação da enfermagem, por meio da educação em saúde, escuta qualificada, comunicação terapêutica, planejamento da assistência e acompanhamento contínuo, favorece a autonomia do cuidador, reduz a ansiedade e contribui para maior conforto e dignidade ao paciente e à família. **Conclusão:** O cuidado paliativo domiciliar exige assistência integral, humanizada e centrada tanto no paciente quanto em seus familiares. A enfermagem desempenha papel estratégico na capacitação dos cuidadores, no acolhimento e na articulação da rede de atenção, fortalecendo a qualidade da assistência e contribuindo para um processo de cuidado mais seguro e digno.

Palavras-chave: **ASSISTÊNCIA DOMICILIAR; CUIDADOS PALIATIVOS; ENFERMAGEM**

DOI: 10.51161/iv-conasus/85306

TRANSFORMAÇÃO DIGITAL E INTEROPERABILIDADE DOS SISTEMAS DE INFORMAÇÃOEM SAÚDE NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

GABRIELLA BAGATINI PRIMAZ; NAHLA SALAH SAKER MAKHIF; ANGELICA MARIA RODRIGUES; ROGÉRIO TURCHETTI; FERNANDA BARBISAN

Introdução: A transformação digital promove mudanças na organização dos sistemas de saúde, consolidando a interoperabilidade como pilar para integrar assistência, gestão e vigilância em saúde. No Sistema Único de Saúde (SUS), o compartilhamento seguro e padronizado de informações favorece a continuidade do cuidado, otimiza processos assistenciais e fortalece decisões baseadas em evidências. Entretanto, a fragmentação dos sistemas de informação ainda representa um desafio para a consolidação de uma rede assistencial integrada. **Objetivo**: Analisar as evidências científicas sobre a interoperabilidade dos sistemas de informação na transformação digital do SUS e suas contribuições para a integração entre assistência, gestão e vigilância em saúde. **Metodologia**: Realizou-se revisão integrativa da literatura nas bases PubMed, LILACS e SciELO, incluindo estudos publicados entre 2021 e 2026, em português, inglês ou espanhol, sobre aplicações da interoperabilidade no contexto brasileiro. Foram identificados 46 estudos, sendo 12 selecionados para leitura integral. A seleção foi realizada por dois revisores independentes, com resolução de divergências por um terceiro. Excluíram-se revisões, editoriais, cartas, protocolos, relatos de caso, estudos sem texto completo e publicações sem relação direta com a temática. **Resultados**: Ao final foram incluídos 12 artigos, que apontam avanços na transformação digital do SUS por expansão da Rede Nacional de Dados em Saúde, informatização dos serviços, adoção de prontuários eletrônicos interoperáveis, incorporação de telessaúde, monitoramento remoto, inteligência artificial e aplicativos móveis. Essas estratégias fomentam conexão entre os níveis de atenção, amplo acesso aos serviços especializados, maior monitoramento de condições crônicas, qualificação da vigilância em saúde e aprimoramento da gestão pela integração de bases de dados e disponibilização de indicadores em tempo real. Entretanto, persistem desafios relacionados à heterogeneidade dos sistemas, ausência de padronização, desigualdades de infraestrutura, limitações de conectividade, capacitação insuficiente dos profissionais e fragilidades na governança e proteção de dados. **Conclusão**: A interoperabilidade é um elemento estruturante da transformação digital do SUS, promovendo maior integração entre assistência, gestão e vigilância em saúde. Contudo, sua consolidação depende do fortalecimento da infraestrutura tecnológica, da adoção de padrões nacionais de interoperabilidade, da governança da informação e da qualificação permanente dos profissionais, condições essenciais para um sistema de saúde mais integrado, eficiente, seguro e equitativo.

Palavras-chave: **INTEROPERABILIDADE; SISTEMAS DE SAÚDE; INTEGRAÇÃO**

A IMPORTÂNCIA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NA PREVENÇÃO DO RISCO CARDIOVASCULAR EM PACIENTES HIPERTENSOS NO SUS

ANNA BEATRIZ LOPES SILVA; GEOVANNA VITÓRIA SOUZA RODRIGUES; LARA ARQUIMÍNIO DE MORAES; LARISSSA ASSIS SILVA; MURILLO NUNES SERAFIM; SALVADOR RASSI FILHO; LENITA VIERA BRAGA

Introdução: A hipertensão arterial sistêmica é uma doença de alta prevalência e representa um importante fator de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares. Nesse contexto, a Atenção Primária à Saúde tem um papel importante no acompanhamento dos pacientes hipertensos e na prevenção de possíveis complicações. **Objetivo:** Descrever a importância da Atenção Primária na prevenção do risco cardiovascular em pacientes hipertensos no SUS. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, com artigos publicados entre 2021 e 2026. Utilizou-se como questão norteadora: "Como as ações desenvolvidas na Atenção Primária à Saúde contribuem para a prevenção do risco cardiovascular em pacientes com hipertensão arterial sistêmica no SUS?". A pesquisa foi realizada nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e PubMed, por meio dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) "atenção primária", "prevenção", "risco cardiovascular" e "hipertensão", associados pelo operador booleano "AND". **Resultados:** As ações desenvolvidas na Atenção Primária à Saúde contribuem para a prevenção do risco cardiovascular por meio de estratégias que envolvem o tratamento medicamentoso, a adoção de hábitos de vida saudáveis, o trabalho da equipe multiprofissional e o acompanhamento sistemático dos pacientes. Essas ações contribuem para o controle da pressão arterial e para a redução do risco de complicações cardiovasculares. **Conclusão:** A atenção primária desempenha papel central e estratégico na prevenção do risco cardiovascular em pacientes hipertensos, sendo o nível de cuidado ideal para implementar estratégias de rastreamento, estratificação de risco, tratamento e acompanhamento longitudinal. Dessa forma, a adoção de protocolos de cuidado, a definição das funções dos profissionais, o acompanhamento da pressão arterial e o uso de tecnologias de telessaúde podem fortalecer o cuidado aos pacientes hipertensos na Estratégia Saúde da Família.

Palavras-chave: **ATENÇÃO PRIMÁRIA; PREVENÇÃO; RISCO CARDIOVASCULAR; HIPERTENSÃO**

DOI: 10.51161/iv-conasus/85314

IMPLANTAÇÃO DA GOVERNANÇA MUNICIPAL DA QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE PARA REDES PÚBLICAS DE ALTA CONFIABILIDADE: RELATO DE EXPERIÊNCIA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO LUÍS (MA)

DANIEL RUAN ALVES REIS; ANNA CINDY ARAÚJO LEITE; GUILHERME DE OLIVEIRA JACKSON; JOÃO MARCOS NUNES MARTINS; LARA IVANA REIS RIBEIRO; RAFAELA PONTES DE ALBUQUERQUE; SUSANE RIBEIRO FORTE

RESUMO

Introdução: A qualidade e a segurança do paciente são componentes essenciais para a organização dos sistemas de saúde, exigindo estratégias de governança capazes de integrar processos, reduzir riscos assistenciais e promover a melhoria contínua. Em redes públicas de saúde, a complexidade organizacional, a diversidade dos serviços e a fragmentação dos processos representam desafios para a consolidação de uma cultura de segurança e de organizações de alta confiabilidade. **Objetivo:** Relatar a experiência de estruturação da Governança Municipal da Qualidade e Segurança do Paciente na Secretaria Municipal de Saúde de São Luís, Maranhão, como estratégia para fortalecer a gestão da qualidade em toda a rede assistencial. **Relato de experiência:** Desenvolvido a partir da implantação da Superintendência da Qualidade, responsável pela coordenação das ações estratégicas de qualidade e segurança do paciente. As principais iniciativas envolveram a elaboração do Plano Municipal de Qualidade e Segurança do Paciente, o fortalecimento dos Núcleos de Segurança do Paciente, a implantação de fluxos para gestão de riscos e análise de incidentes, o monitoramento de indicadores assistenciais, o desenvolvimento de painéis gerenciais, a realização de capacitações permanentes e a articulação entre os diferentes pontos da rede para disseminação de práticas seguras. Possibilitando maior integração entre os serviços, fortalecimento da cultura institucional de segurança do paciente, padronização de processos assistenciais e qualificação da gestão de riscos. Atualmente, a Superintendência da Qualidade monitora unidades e indicadores estratégicos, subsidiando a tomada de decisão baseada em evidências. **Conclusão:** A experiência demonstrou que o compromisso da alta gestão, aliado ao monitoramento sistemático de indicadores, à educação permanente e à integração entre os diferentes níveis de atenção, contribui para o fortalecimento da governança da qualidade, favorece a construção de sistemas mais resilientes e promove o desenvolvimento de características associadas às organizações de alta confiabilidade no contexto do sistema público de saúde.

Palavras-chave: Gestão da Qualidade; Governança em Saúde; Segurança do Paciente.

1 INTRODUÇÃO

A qualidade e a segurança do paciente constituem pilares essenciais para a organização dos sistemas de saúde, envolvendo estratégias destinadas à prevenção de riscos e danos evitáveis decorrentes da assistência. A adoção de práticas de gestão da qualidade favorece a oferta de um cuidado seguro, efetivo, oportuno, eficiente, equitativo e centrado na pessoa, além de fortalecer a cultura organizacional voltada à melhoria contínua. Em redes públicas de saúde,

DOI: 10.51161/iv-conasus/85325

caracterizadas pela diversidade de serviços e pela complexidade dos processos assistenciais, a governança da qualidade torna-se fundamental para integrar ações, padronizar processos e apoiar a tomada de decisão baseada em evidências (Furtado et al., 2022).

A literatura demonstra que organizações de alta confiabilidade são capazes de reduzir falhas por meio da gestão sistemática de riscos, do monitoramento contínuo dos processos e do compromisso da liderança com a segurança do paciente. Nesse contexto, a criação de estruturas organizacionais voltadas exclusivamente à qualidade representa uma estratégia inovadora para fortalecer a governança clínica e a integração das redes assistenciais (WHO, 2021).

A segurança do paciente deve ser compreendida como um eixo transversal das Redes de Atenção à Saúde, extrapolando o ambiente hospitalar e sendo incorporada em todos os níveis de atenção. Embora as metas internacionais de segurança do paciente tenham sido amplamente desenvolvidas para o contexto hospitalar, sua implementação nas redes assistenciais requer adaptação e integração aos diferentes cenários de cuidado. Nesse contexto, a qualidade da assistência é fundamentada em dimensões como segurança, efetividade, eficiência, equidade, oportunidade, cuidado centrado na pessoa e integração dos serviços (CONASS, 2023).

Diante desse cenário, este trabalho tem como objetivo relatar a experiência de estruturação da Governança Municipal da Qualidade e Segurança do Paciente na Secretaria Municipal de Saúde de São Luís como estratégia para o fortalecimento de uma rede pública de alta confiabilidade.

2 RELATO DE EXPERIÊNCIA

Trata-se de um relato de experiência desenvolvido na Secretaria Municipal de Saúde de São Luís, Maranhão, a partir da implantação da Superintendência da Qualidade (SUPQUALI), responsável pela coordenação das ações estratégicas de qualidade e segurança do paciente em toda a rede municipal.

A iniciativa surgiu da necessidade de superar desafios relacionados à fragmentação dos processos assistenciais, à heterogeneidade dos serviços e à inexistência de uma estrutura centralizada para coordenar ações de qualidade. Como estratégia de enfrentamento, foi implantada a Governança Municipal da Qualidade e Segurança do Paciente, com atuação transversal nos diferentes níveis de atenção.

A Superintendência da Qualidade, instituída em outubro de 2025 como órgão de assessoramento da Secretaria Municipal de Saúde de São Luís (SEMUS), constitui instância estratégica responsável por subsidiar a gestão municipal na formulação, implementação, monitoramento e avaliação das políticas de qualidade, segurança do paciente e melhoria contínua dos serviços de saúde. Sua atuação está direcionada ao fortalecimento da governança da qualidade no âmbito da Rede de Atenção à Saúde (RAS), por meio do assessoramento técnico às unidades de saúde, da promoção da gestão de riscos, da consolidação da cultura de segurança do paciente, do monitoramento de indicadores de desempenho e do incentivo à adoção de práticas assistenciais e gerenciais fundamentadas em evidências científicas, com vistas ao aprimoramento contínuo da assistência e à oferta de cuidados seguros, efetivos, oportunos, equânimes e centrados nas necessidades dos usuários do Sistema Único de Saúde.

No exercício de suas atribuições, a Superintendência da Qualidade desenvolve iniciativas voltadas à estruturação e ao fortalecimento da política municipal de qualidade, destacando-se a elaboração e implementação do Plano Municipal de Qualidade e Segurança do Paciente, o apoio à implantação e ao fortalecimento dos Núcleos de Segurança do Paciente, a padronização de protocolos, diretrizes e fluxos assistenciais, a implementação de processos para gestão de riscos e análise de incidentes, o monitoramento sistemático de indicadores assistenciais e gerenciais, o desenvolvimento de painéis de gestão para apoio à tomada de decisão, a promoção de ações de educação permanente e a articulação entre os diferentes pontos

DOI: 10.51161/iv-conasus/85325

da Rede de Atenção à Saúde para disseminação de boas práticas e fortalecimento da cultura organizacional voltada à qualidade e à segurança do paciente.

Atualmente, a Superintendência da Qualidade presta apoio técnico e realiza o monitoramento de 136 unidades de saúde da Rede Municipal de Saúde de São Luís, abrangendo os diferentes níveis de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS). Essa atuação compreende a Atenção Primária à Saúde, incluindo as Unidades Básicas de Saúde (UBS), os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e o Laboratório Central do Município (LACEM); a Atenção Especializada, contemplando a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), os ambulatórios especializados e os Centros de Parto Normal (CPN); e a Rede de Urgência e Emergência, composta pelos prontos-socorros, pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e pelas unidades hospitalares.

Nesse contexto, são monitorados aproximadamente 50 indicadores assistenciais e gerenciais, que subsidiam o planejamento, a avaliação do desempenho dos serviços e a tomada de decisão baseada em evidências. Entre os principais indicadores acompanhados destacam-se a taxa de ocupação hospitalar, a média de permanência, o número de atendimentos de urgência e emergência, a taxa de conversão de atendimentos em internações, o número de procedimentos cirúrgicos, além de outros indicadores relacionados à qualidade da assistência, à segurança do paciente e à eficiência operacional da Rede Municipal de Saúde.

3 DISCUSSÃO

A implantação da governança da qualidade possibilitou maior integração entre os serviços, fortalecimento da cultura de segurança do paciente e ampliação do monitoramento sistemático dos processos assistenciais. A utilização de indicadores institucionais favoreceu a tomada de decisão baseada em evidências, permitindo maior capacidade de planejamento, avaliação e acompanhamento do desempenho da rede.

Esses resultados são coerentes com estudos que apontam a governança clínica como componente essencial para o desenvolvimento de organizações de alta confiabilidade, especialmente em sistemas complexos como o Sistema Único de Saúde. A atuação centralizada da Superintendência da Qualidade contribuiu para padronizar processos, fortalecer a gestão de riscos e ampliar a integração entre os diferentes níveis assistenciais, aspectos reconhecidos como fundamentais para a redução de eventos adversos (ISO, 2023).

Além disso, o investimento em educação permanente e no fortalecimento dos Núcleos de Segurança do Paciente favoreceu a disseminação da cultura de segurança e o envolvimento das equipes na melhoria contínua da assistência. Como limitação, destaca-se que a experiência representa uma realidade institucional específica, cuja efetividade dependerá da continuidade das ações, do apoio da alta gestão e do monitoramento permanente dos indicadores (Brasil, 2026).

A qualidade da assistência em saúde está intrinsecamente relacionada à segurança do paciente, uma vez que não é possível considerar um serviço como efetivamente qualificado quando os riscos de danos evitáveis não são identificados, reduzidos e controlados. Nesse contexto, a segurança do paciente constitui uma dimensão essencial da qualidade, caracterizando-se pela adoção de estratégias voltadas à prevenção de incidentes e à mitigação de riscos, em estreita articulação com a qualidade técnico-científica dos processos assistenciais. Dessa forma, as ações de gestão da qualidade devem incorporar, de maneira sistemática, o monitoramento de eventos e indicadores de segurança, a análise e implementação de medidas corretivas e preventivas, o planejamento e a implantação de boas práticas assistenciais, bem como o fortalecimento de uma cultura organizacional que favoreça o aprendizado, a melhoria contínua e o compromisso dos profissionais com a prestação de um cuidado seguro e de excelência (Brasil, 2017).

4 CONCLUSÃO

A estruturação da Governança Municipal da Qualidade e Segurança do Paciente, por meio da implantação da Superintendência da Qualidade, consolidou-se como uma estratégia capaz de fortalecer a gestão da qualidade no âmbito da Rede Municipal de Saúde de São Luís. Essa iniciativa favoreceu a integração entre os diferentes pontos da Rede de Atenção à Saúde, o aprimoramento dos processos assistenciais e gerenciais, o fortalecimento da cultura de segurança do paciente e a qualificação da tomada de decisão baseada em indicadores e evidências.

Os resultados alcançados demonstram que o comprometimento da alta gestão, associado ao monitoramento sistemático de indicadores, à gestão de riscos, à padronização de processos e às ações de educação permanente, contribui para o desenvolvimento de uma cultura organizacional orientada pela melhoria contínua e pelos princípios das organizações de alta confiabilidade. Nesse contexto, a Superintendência da Qualidade assume papel estratégico na coordenação e articulação das ações voltadas à promoção da qualidade e da segurança do paciente em toda a rede municipal.

Considerando os avanços observados, recomenda-se a ampliação das avaliações de impacto sobre os desfechos relacionados à qualidade da assistência e à segurança do paciente, bem como o aperfeiçoamento contínuo dos mecanismos de governança implantados. Além disso, a experiência desenvolvida no município de São Luís demonstra que a criação de estruturas institucionais semelhantes pode representar uma estratégia viável para outros municípios brasileiros, contribuindo para o fortalecimento da gestão do Sistema Único de Saúde, a qualificação dos serviços públicos de saúde e a consolidação de uma assistência cada vez mais segura, eficiente, efetiva e centrada nas necessidades da população.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária**. Assistência Segura: Uma reflexão teórica aplicada à Prática**. Brasília: Anvisa, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 11.527, de 9 de junho de 2026. Institui a Política Nacional de Qualidade e Segurança do Paciente no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. *Diário Oficial da União: seção 1*, Brasília, DF, 10 jun. 2026. Disponível em: https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-11.527-de-9-de-junho-de-2026-711400715. Acesso em: 17 jul. 2026.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). **Segurança do paciente em serviços de saúde: uma prioridade com múltiplas dimensões**. Brasília, DF: CONASS, 2023. Disponível em: https://www.conass.org.br/biblioteca/wp-content/uploads/2023/03/15-Qualidade-no-Cuidado-e-Seguranca-do-Paciente.pdf. Acesso em: 17 jul. 2026.

FURTADO, C.F.C. et al. **Gestão da Qualidade em Saúde: conceitos e ferramentas da qualidade como estratégia de construção e práticas em gestão em saúde**. Campina Grande: Editora Amplla, 2022.

INTERNATIONAL ORGANIZATION FOR STANDARDIZATION. **ISO 7101:2023: Healthcare organization management — Management systems for quality in healthcare organizations — Requirements.** Geneva: ISO, 2023. Disponível em: https://www.iso.org. Acesso em: 17 jul. 2026.

DOI: 10.51161/iv-conasus/85325

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global Patient Safety Action Plan 2021–2030: towards eliminating avoidable harm in health care**. Geneva: World Health Organization, 2021.

DOI: 10.51161/iv-conasus/85325

VIVÊNCIA EM COMUNIDADE QUILOMBOLA: RELATO DE EXPERIÊNCIA DE UM ESTÁGIO OPTATIVO EM ATENÇÃO À SAÚDE DA POPULAÇÃO DO CAMPO, DAS FLORESTAS E DAS ÁGUAS.

KARINA CAITANO DE BRITO AZEVEDO

Introdução: O estágio optativo em Atenção à Saúde da População do Campo, das Florestas e das Águas (PCFA), promovido pela Sociedade Beneficente de Senhoras Hospital Sírio-Libanês (HSL), proporciona aos residentes uma imersão na realidade da Atenção Primária à Saúde (APS) em territórios rurais e comunidades tradicionais. Essa vivência amplia a compreensão dos determinantes sociais da saúde, dos desafios relacionados ao acesso aos serviços e da importância de práticas de cuidado orientadas pelos princípios da equidade. **Objetivo:** Relatar a experiência vivenciada durante o estágio optativo em Atenção à Saúde da População do Campo, das Florestas e das Águas, realizado em uma Unidade Básica de Saúde da zona rural remota do município de Alcântara, Maranhão. **Relato de caso/experiência:** A experiência foi realizada ao longo do mês de junho de 2026, na Unidade Básica de Saúde Peroba, localizada na zona rural remota do município de Alcântara, Maranhão. A UBS possui 1.600 usuários cadastrados, distribuídos em 18 microáreas, com atuação de oito Agentes Comunitários de Saúde (ACS), além de enfermeira, médico, técnica de enfermagem, agente de posto, equipe multiprofissional e cirurgião-dentista, por meio de unidade odontológica móvel, com atendimentos periódicos conforme cronograma e necessidades do território. Durante o estágio foram realizados atendimentos nutricionais individuais, compartilhados, visitas domiciliares, ações de educação alimentar e nutricional e atividades de educação em saúde voltadas às necessidades da comunidade. A vivência permitiu compreender as especificidades da assistência em territórios rurais remotos, evidenciando os impactos das barreiras geográficas, das vulnerabilidades sociais e das condições de acesso aos serviços de saúde na organização do cuidado. Além disso, reforçou a importância do trabalho multiprofissional, do fortalecimento do vínculo com a comunidade e da valorização dos saberes, os modos de vida e as especificidades da população quilombola. **Conclusão:** A experiência evidenciou que a atuação integrada da equipe multiprofissional, aliada ao reconhecimento das especificidades socioculturais e territoriais, é fundamental para qualificar a assistência e promover o acesso à saúde das populações quilombolas e demais comunidades do campo, das florestas e das águas.

Palavras-chave: **ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE; EQUIDADE EM SAÚDE; POPULAÇÃO QUILOMBOLA**

DOI: 10.51161/iv-conasus/85343

CUIDADOS PALIATIVOS EM PEQUENOS MUNICÍPIOS: DESAFIOS PARA A ORGANIZAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE NO INTERIOR DA BAHIA.

DANIELA SOUZA DE OLIVEIRA

Introdução: Abordar sobre Cuidados Paliativos em pequenos municípios do interior da Bahia e os desafios que estes municípios enfrentam para efetivar essa Política Pública de Saúde em seus territórios é extremamente relevante, uma vez que Cuidados Paliativos constituem uma abordagem assistencial que visa promover qualidade de vida a pacientes e familiares diante de doenças ameaçadoras da vida, por meio da identificação precoce e acompanhamento com objetivo de tratar e reduzir o sofrimento do paciente. **Objetivos:** Os objetivos deste trabalho foram: analisar dentre os 31 municípios da microrregião de Saúde Itabuna Ilhéus, quais implementam Cuidados Paliativos a seus habitantes; desenvolver campanhas educativas e capacitação a profissionais da RAS dentro de polos dessa microrregião, por fim desenvolver um Protocolo Assistencial de Cuidados Paliativos que se encaixem nas necessidades e limitações destes pequenos municípios. **Metodologia:** Este estudo caracteriza-se como uma pesquisa de campo, de abordagem qualitativa, desenvolvida por meio de um estudo de caso em municípios de pequeno porte do interior da Bahia, pertencentes a microrregião de saúde Itabuna/Ilhéus, entre 2025 e 2027, subsidiadas a partir de pesquisas científicas sobre o tema, com o objetivo de compreender os desafios para a organização da Rede de Atenção à Saúde na implementação dos cuidados paliativos, considerando as especificidades epidemiológicas, territoriais e de gestão desses contextos e realização de atividades de educação em saúde e a elaboração de Protocolo assistencial em cuidados paliativos, para pequenos municípios. **Resultados:** Entre os principais desafios para a efetivação dos Cuidados Paliativos nos pequenos municípios do interior da Bahia destacam-se: reduzido quantitativo de profissionais especializados na área; fragilidade das RAS. que necessitam de maior integração para garantir efetivação da PNCP. e limitações financeiras dos municípios para implantação de assistência em CP; Conclusão: A implementação dos cuidados paliativos em municípios de pequeno porte do interior da Bahia permanece marcada por desafios estruturais, organizacionais e técnico-assistenciais, incluindo a ausência de protocolos locais, a insuficiente capacitação das equipes, a fragmentação da Rede de Atenção à Saúde e as limitações de acesso a serviços especializados.

Palavras-chave: **SAÚDE; EDUCAÇÃO; PALIATIVOS**

DOI: 10.51161/iv-conasus/85366

GESTÃO E CUSTO DE TERAPIAS FARMACOLÓGICAS DE ALTA COMPLEXIDADE EM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO: PERFIL DAS VIAS DE AQUISIÇÃO

RAFAELE MARIA TIROLLA; EVELYN POLIANA CANDIDO; KARINE MARIA BOLL

RESUMO

Os medicamentos de alto custo representam parcela crescente das despesas assistenciais no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), sobretudo em hospitais universitários de referência, que concentram tecnologias biológicas, antineoplásicos e terapias para doenças raras, adquiridas por diferentes vias de acesso, como licitação, componentes da assistência farmacêutica e demandas judiciais. Objetivou-se caracterizar o perfil de consumo e o impacto econômico estimado dos medicamentos de alto custo dispensados em um hospital universitário público do sul do Brasil, segundo as diferentes vias de aquisição, no período de julho de 2025 a julho de 2026. Trata-se de estudo descritivo, retrospectivo, de abordagem quantitativa, realizado a partir dos registros de dispensação do módulo gerencial de estoque Esthos, do sistema Dedalus Brasil® (DGS®), do qual foram selecionados os itens com custo unitário médio superior a mil reais. Analisaram-se código institucional, denominação do medicamento, classificação Anatômico-Terapêutico-Química (ATC), quantidade consumida, custo médio unitário e via de aquisição (licitação, Componente Especializado, via judicial, Componente Estratégico e Componente Oncológico da Assistência Farmacêutica). Foram identificados 25 itens elegíveis, com consumo agregado de 13.156 unidades e custos unitários entre R$ 1.104,38 e R$ 297.242,94, resultando em impacto econômico estimado de aproximadamente R$ 30,89 milhões no período. Três medicamentos, imunoglobulina humana, eculizumabe e anfotericina B lipossomal, concentraram 82,3% desse valor. O Componente Especializado respondeu pela maior parcela do impacto financeiro estimado (54,8%), seguido da licitação (41,4%) e da via judicial (29,7%), havendo sobreposição de vias de acesso para quatro itens. Os anticorpos monoclonais corresponderam a 60% dos medicamentos analisados. Conclui-se que o consumo de medicamentos de alto custo no hospital estudado é concentrado em poucos itens de elevadíssimo valor unitário, com participação relevante da judicialização e da alta complexidade terapêutica, reforçando a necessidade de monitoramento farmacoeconômico contínuo e de atuação estratégica do farmacêutico hospitalar na gestão desses recursos.

Palavras-chave: Assistência Farmacêutica; Judicialização da Saúde; Farmacoeconomia.

1 INTRODUÇÃO

O avanço terapêutico observado nas últimas décadas, especialmente no desenvolvimento de anticorpos monoclonais, terapias gênicas e medicamentos para doenças raras, tem ampliado significativamente as possibilidades de tratamento de condições clínicas de alta complexidade, ao mesmo tempo em que impõe impacto crescente sobre os orçamentos dos serviços de saúde. No âmbito do SUS, o acesso a essas tecnologias ocorre por diferentes arranjos, sendo o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) a principal

DOI: 10.51161/iv-conasus/85373

estratégia voltada à garantia da integralidade do tratamento medicamentoso em condições clínicas de maior complexidade, como doenças raras, autoimunes e oncológicas (BRASIL, 2026). Ainda assim, persiste o uso corrente do termo "medicamentos de alto custo" (MAC) na literatura científica e na prática assistencial, embora não haja consenso conceitual estabelecido sobre seus critérios definidores.

A ausência de definição uniforme para MAC, associada a lacunas na incorporação tecnológica e a barreiras de acesso aos componentes programáticos da assistência farmacêutica, tem impulsionado o fenômeno da judicialização da saúde no país. Revisões de escopo recentes indicam que o alto custo unitário e o impacto financeiro sobre famílias e sistema público figuram entre os critérios mais citados para caracterização de um MAC, com forte concentração de demandas judiciais voltadas a esses itens (OSORIO-DE-CASTRO *et al.,* 2025; CAETANO *et al*., 2025). O caso de doenças raras, ilustra esse cenário: o intervalo entre o registro sanitário de uma tecnologia e sua efetiva avaliação para incorporação ao SUS pode ultrapassar uma década, refletindo a judicialização mesmo diante da existência de alternativas terapêuticas registradas (SANTOS *et al.,* 2025). Em hospitais universitários que atuam como unidades de assistência de alta complexidade em oncologia (UNACON), esse cenário se soma à elevada frequência de protocolos antineoplásicos e imunobiológicos, tornando a gestão farmacêutica desses itens um desafio estratégico e financeiro relevante.

Embora o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) fundamenta-se na estratégia nacional para ampliar o acesso a medicamentos de alta complexidade, estudo de caso conduzido em quatro estados brasileiros de diferentes regiões identificou desigualdades relevantes na organização local do componente, incluindo diferenças na proporção de usuários atendidos, no grau de descentralização dos serviços e no descompasso entre a demanda assistencial e a oferta estruturada pelo estado, o que favorece a fragmentação do cuidado (ROVER *et al.,* 2021). Tais disparidades organizacionais entre entes federativos ajudam a explicar por que o acesso a uma mesma tecnologia incorporada ao SUS pode ocorrer de forma tempestiva em determinado serviço e, em outro, permanecer dependente de vias alternativas de obtenção.

Mesmo quando a incorporação formal se concretiza, o acesso efetivo nem sempre acompanha esse avanço regulatório. Levantamento sobre medicamentos para doenças raras recomendados pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (Conitec) entre 2019 e 2024 identificou 43 medicamentos incorporados para essa finalidade, dos quais 34 (79,1%) de alto custo; entretanto, cinco (14,7%) não apresentaram nenhum registro de compra no Banco de Preços em Saúde nos dois anos seguintes à incorporação, e outros seis (17,6%) tiveram quantidade adquirida insuficiente para a demanda estimada, evidenciando disparidade entre a incorporação da tecnologia e o acesso efetivo do paciente a ela (KELLES *et al*., 2025). Esse tipo de lacuna operacional é apontado como um dos fatores que mantêm a judicialização ativa mesmo diante de fluxos formais de acesso já consolidados no papel.

No campo jurídico, o Supremo Tribunal Federal (STF) concluiu, em setembro de 2024, o julgamento do Tema 6 de repercussão geral (RE 566.471), fixando como regra geral que a ausência de um medicamento nas listas do SUS impede, em princípio, seu fornecimento por via judicial, independentemente do custo, ressalvadas hipóteses excepcionais em que sejam comprovados cumulativamente a negativa administrativa prévia, a mora ou omissão na avaliação de incorporação, a impossibilidade de substituição por alternativa já padronizada e a comprovação de eficácia à luz da medicina baseada em evidências (BRASIL, 2024). A tese, posteriormente convertida na Súmula Vinculante nº 61, representa tentativa de equilibrar o direito individual de acesso com a sustentabilidade e a equidade do sistema como um todo, e tende a influenciar, nos próximos ciclos assistenciais, a proporção de medicamentos de alto custo efetivamente obtidos por via judicial nos serviços de saúde.

Diante do exposto, o presente estudo teve como objetivo caracterizar o perfil de consumo e o impacto econômico estimado dos medicamentos de alto custo dispensados em um hospital universitário, segundo as diferentes vias de aquisição, no período de julho de 2025 a julho de 2026.

2 MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de estudo descritivo, retrospectivo, documental, de abordagem quantitativa, realizado em um hospital universitário público do sul do Brasil, vinculado a uma universidade estadual. Foram analisados dados extraídos do relatório gerencial de consumo farmacêutico da instituição, referentes ao período de julho de 2025 a julho de 2026.

Os dados foram extraídos do módulo gerencial de estoque Esthos, integrante do sistema institucional Dedalus Brasil® (DGS®). A amostra foi composta pelos medicamentos que apresentaram custo unitário médio superior a mil reais no período analisado. O custo unitário foi obtido pela média dos preços registrados em atas de licitação, para os itens adquiridos diretamente pela instituição, ou pela média de preços consultados no Banco de Preços em Saúde/Painel de Preços em Saúde, para os itens não adquiridos por compra direta, mas recebidos, armazenados e dispensados ou administrados pela instituição por meio de outros componentes da assistência farmacêutica ou por determinação judicial.

As variáveis analisadas foram: código institucional, denominação do medicamento, classificação Anatômico-Terapêutico-Química (ATC), quantidade consumida no período (unidades/frascos), custo unitário médio (R$) e via de aquisição, categorizada em: licitação (elenco padronizado adquirido pelo hospital), Componente Especializado da Assistência Farmacêutica, via judicial, Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica e Componente Oncológico. Ressalta-se que essas categorias não são mutuamente exclusivas, podendo um mesmo item ter sido obtido por mais de uma via ao longo do período.

Os dados foram tabulados e analisados por estatística descritiva (frequências absolutas e relativas, medidas de tendência central e de dispersão), com auxílio de planilha eletrônica. Para estimar o impacto econômico, calculou-se o produto entre a quantidade consumida e o custo unitário médio de cada item, sendo os resultados também agregados por via de aquisição e submetidos à análise de concentração de gastos O estudo foi conduzido em conformidade com as diretrizes éticas para pesquisa envolvendo dados institucionais, sob aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Londrina (CEP-UEL), CAAE nº 86159818.6.0000.5231.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram identificados 25 medicamentos elegíveis, pertencentes majoritariamente ao grupo L da classificação ATC, antineoplásicos e agentes imunomoduladores (n=14; 56,0%), seguido pelos grupos J (anti-infecciosos de uso sistêmico), A (aparelho digestivo e metabolismo) e M (sistema musculoesquelético). O consumo agregado desses itens somou 13.156 unidades no período, com custos unitários variando entre R$ 1.104,38 (triptorrelina) e R$ 297.242,94 (nusinersena), evidenciando amplitude de aproximadamente 269 vezes entre o menor e o maior valor unitário. A média do custo unitário (R$ 20.460,33) superou substancialmente a mediana (R$ 4.902,27), configurando distribuição fortemente assimétrica, típica de carteiras de medicamentos de alto custo, nas quais poucos itens de valor unitário elevadíssimo coexistem com a maioria de custo comparativamente mais moderado.

O impacto econômico total estimado no período, obtido pelo produto entre consumo e custo unitário médio, foi de aproximadamente R$ 30.894.617,98. A Tabela 1 apresenta os

cinco itens de maior impacto financeiro, os quais, isoladamente, já correspondem a mais de 88% do valor total estimado.

Tabela 1. Medicamentos de alto custo com maior impacto econômico estimado no período (jul./2025 a jul./2026)

Medicamento	Consumo (unid.)	Custo unitário médio (R$)	Custo total estimado (R$)
Imunoglobulina humana 1g	9.116	1.487,37	13.558.864,92
Eculizumabe 300mg	436	16.182,77	7.055.687,72
Anfotericina B lipossomal 50mg	2.429	1.977,98	4.804.513,42
Nusinersena 12mg/5mL	6	297.242,94	1.783.457,64
Trastuzumabe deruxtecana 100mg	61	13.431,84	819.342,24

Fonte: O próprio autor (2026).

Destaca-se a concentração de recursos em apenas três itens, imunoglobulina humana, eculizumabe e anfotericina B lipossomal, responsáveis por 82,3% do impacto econômico total estimado entre os 25 medicamentos analisados. Observa-se, contudo, que esses três itens são apresentam padrões diferentes de impacto: a imunoglobulina humana combina alto volume de consumo (9.116 unidades) a custo unitário moderado; o eculizumabe associa baixo volume (436 unidades) a custo unitário muito elevado; e a anfotericina B lipossomal reúne volume expressivo (2.429 unidades) a custo unitário intermediário. Tal diversidade reforça que estratégias de gestão voltadas exclusivamente à redução de preço unitário são insuficientes, sendo necessário também o controle do volume de utilização e da adequação clínica da indicação terapêutica.

Quanto à via de aquisição, o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica respondeu pela maior parcela do impacto econômico estimado (54,8%), seguido da compra direta por licitação (41,4%) e da via judicial (29,7%), como demonstra a Tabela 2. A soma dos percentuais ultrapassa 100% em razão da sobreposição de vias observada em quatro medicamentos, rituximabe, anfotericina B lipossomal, eculizumabe e nusinersena, os quais foram registrados simultaneamente em mais de uma modalidade de acesso ao longo do período. Esse achado é compatível com a literatura sobre judicialização de MAC, que aponta a coexistência de vias formais de acesso (como o CEAF) e demandas judiciais para os mesmos itens, frequentemente associada a questões administrativas, atrasos na avaliação clínica ou divergências quanto a indicação clínica ou protocolo terapêutico vigente (OSORIO-DE-CASTRO *et al*., 2025).

A via judicial representou a segunda maior participação individual entre as categorias com item exclusivo (29,7%), corroborando estudos que identificam os medicamentos de alto custo como principal objeto das demandas judiciais em saúde no Brasil, com predominância de biológicos e terapias para doenças raras (CAETANO *et al*., 2025). O caso da nusinersena, item de maior custo unitário da amostra (R$ 297.242,94) e obtido concomitantemente pela via judicial e pelo Componente Especializado, demonstra esse padrão, aproximando-se de achados relatados para outras doenças raras, nas quais a defasagem entre o registro sanitário e a incorporação formal ao SUS da indicação clínica favorece o recurso ao Poder Judiciário como via de acesso (SANTOS *et al*., 2025).

DOI: 10.51161/iv-conasus/85373

Os anticorpos monoclonais corresponderam a 60,0% dos itens analisados (n=15) e a 30,8% do impacto econômico estimado, refletindo o perfil assistencial do hospital como unidade de referência oncológica e em doenças imunomediadas. Dez itens (40,0%) apresentaram custo unitário superior a R$ 10.000,00, faixa em que se concentram, sobretudo, os anticorpos monoclonais e os imunoconjugados antineoplásicos (trastuzumabe deruxtecana, pembrolizumabe, durvalumabe e pertuzumabe), tecnologias que vêm ampliando a sobrevida em diferentes neoplasias, mas que também pressionam de forma crescente o orçamento hospitalar.

Tabela 2. Impacto econômico estimado dos medicamentos de alto custo conforme modalidade de aquisição (jul./2025 a jul./2026)

Via de aquisição	**Nº de itens**	**Custo estimado (R$)**	**% do impacto total***
Componente Especializado (CEAF)	10	16.926.054,21	54,8%
Licitação (elenco padronizado)	6	12.793.403,42	41,4%
Via judicial	8	9.189.651,18	29,7%
Componente Oncológico	6	5.658.867,95	18,3%

Fonte: O próprio autor (2026).
*Percentuais calculados sobre o impacto econômico total estimado (R$ 30.894.617,98); a soma ultrapassa 100% devido à sobreposição de vias de aquisição em quatro itens.

O fato de o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica ter respondido pela maior parcela do impacto econômico estimado (54,8%) confirma seu papel como principal via formal de acesso a medicamentos de alta complexidade na instituição estudada, em linha com sua concepção original de garantir a integralidade do tratamento no SUS. Contudo, disparidades organizacionais do CEAF entre estados brasileiros, relacionadas à descentralização dos serviços, à proporção de usuários atendidos e ao descompasso entre demanda e oferta, já foram descritas como fatores de fragmentação do cuidado (ROVER et *al*., 2021), o que ajuda a contextualizar por que, mesmo com o CEAF como via predominante, a via judicial ainda respondeu por 29,7% do impacto econômico estimado e por oito dos 25 itens analisados: o acesso formal, embora estruturado nacionalmente, nem sempre se traduz em disponibilidade tempestiva e uniforme no nível local.

O achado de sobreposição de vias de acesso para a nusinersena, obtida concomitantemente por via judicial e pelo Componente Especializado, ilustra de forma concreta a disparidade entre incorporação, abrangência da disponibilidade e acesso efetivo descrita na literatura. Verifica-se em levantamento nacional sobre medicamentos incorporados pela Conitec para doenças raras verificou que, mesmo entre tecnologias já incorporadas, parcela relevante não apresentava registro de aquisição compatível com a demanda estimada, indicando que a incorporação formal é condição necessária, mas não suficiente, para garantir o acesso do paciente à terapia (KELLES *et al.,* 2025). Esse descompasso entre o direito formalmente reconhecido e sua efetivação assistencial no cotidiano do serviço é, provavelmente, um dos determinantes da judicialização residual observada mesmo para itens já contemplados por componentes programáticos.

A recente definição, pelo Supremo Tribunal Federal, dos critérios que autorizam a concessão judicial de medicamentos não incorporados ao SUS (Tema 6, RE 566.471, com julgamento concluído em setembro de 2024) tende a repercutir sobre esse cenário nos

próximos anos, ao condicionar o deferimento judicial à comprovação de negativa administrativa prévia, de mora na avaliação de incorporação e de ausência de alternativa terapêutica já padronizada (BRASIL, 2024). Para medicamentos já incorporados, como é o caso da nusinersena, disponível pelo Componente Especializado, a tese não afasta a via judicial, mas reforça a expectativa de que o Poder Judiciário priorize o diálogo institucional com os órgãos técnicos responsáveis pela incorporação, o que pode, reduzir a judicialização motivada por falhas de implementação local e redirecionar o foco da gestão farmacêutica para a garantia de acesso tempestivo às tecnologias já formalmente disponíveis.

Para tecnologias alto valor agregado, como as terapias gênicas, o Ministério da Saúde tem buscado, mais recentemente, mecanismos que assegurem o acesso sem depender de decisões judiciais individuais, a exemplo do acordo firmado para o onasemnogeno abeparvoveque no tratamento da atrofia muscular espinhal, no qual o fornecimento é garantido de forma programada e o pagamento escalonado conforme a manutenção de desfechos motores ao longo de até 48 meses (BRASIL, 2025). Iniciativas dessa natureza representam via alternativa de acesso estruturado a tecnologias de altíssimo custo, e sua eventual ampliação para outras áreas terapêuticas, incluindo a oncologia, pode contribuir para reduzir a dependência da via judicial hoje observada em hospitais de referência como o avaliado neste estudo, aproximando a garantia de acesso da lógica de planejamento característica do SUS.

Nesse contexto, o farmacêutico hospitalar assume papel estratégico na sustentabilidade do acesso, atuando na padronização terapêutica, na programação e negociação de aquisições, no acompanhamento de indicadores farmacoeconômicos e no suporte técnico às decisões clínicas e administrativas relacionadas a esses medicamentos de alta complexidade.

4 CONCLUSÃO

O consumo de medicamentos de alto custo no hospital universitário estudado concentra-se em poucos itens de valor unitário elevado, notadamente anticorpos monoclonais, imunobiológicos e terapias para doenças raras. O Componente Especializado da Assistência Farmacêutica figurou como a principal via de acesso em termos de impacto econômico, seguido da licitação institucional e da via judicial, havendo sobreposição de vias para parte relevante dos itens de maior custo. Esses achados reforçam a relevância da judicialização como componente estrutural do acesso a medicamentos de alta complexidade, mesmo diante da existência de fluxos formais de dispensação. Como limitações, destacam-se o caráter unicêntrico e retrospectivo do estudo, o curto intervalo temporal analisado e o uso do custo unitário médio, que não corresponde necessariamente ao valor efetivamente desembolsado pela instituição para os itens recebidos por componentes programáticos ou via judicial. Sugere-se a continuidade do monitoramento farmacoeconômico institucional, a integração desses indicadores aos processos de padronização terapêutica e de planejamento de aquisições, bem como o desenvolvimento de estudos multicêntricos que permitam comparar o perfil de consumo de medicamentos de alto custo entre hospitais universitários brasileiros.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF).** Brasília, DF: Ministério da Saúde. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sectics/daf/ceaf. Acesso em: 13 jul. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Ministério da Saúde viabiliza tratamento inovador no SUS para crianças com AME: pela primeira vez, será ofertada uma terapia gênica na rede pública.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 22 mar. 2025. Disponível em: https://www.mpmt.mp.br/portalcao/news/728/158038/ministerio-da-saude-viabiliza-tratamento-inovador-no-sus-para-criancas-com-ame-pela-primeira-vez-sera-ofertada-uma-terapia-genica-na-rede-publica/352. Acesso em: 17 jul. 2026.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Recurso Extraordinário nº 566.471/RN, Tema 6 da Repercussão Geral: critérios para a concessão judicial de medicamentos não incorporados ao Sistema Único de Saúde.** Relator: Ministro Marco Aurélio. Brasília, DF: STF, julgamento concluído em 26 set. 2024.

CAETANO, R. et al. Medicamentos de Alto Custo: definições presentes na produção científica e acadêmica brasileira sobre judicialização em saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 49, n. 144, e9329, 2025.

KELLES, S. M. B. et al. Avaliação do acesso a medicamentos incorporados pelo SUS para doenças raras. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, DF, v. 34, supl. 1, ID234, 2025.

OSORIO-DE-CASTRO, C. G. S. et al. Judicialização de medicamentos de alto custo no Brasil: uma revisão de escopo. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 3, e350309, 2025.

ROVER, M. R. M. et al. Acesso a medicamentos de alto preço: desigualdades na organização e resultados entre estados brasileiros. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 11, p. 5499-5508, 2021.

SANTOS, B. B. et al. O Brasil está acompanhando as tendências mundiais para tratamentos de alto custo? O exemplo da doença de Pompe. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, DF, v. 34, supl. 1, ID289, 2025.

DOI: 10.51161/iv-conasus/85373

PREVENÇÃO DA ANSIEDADE E DA DEPRESÃO NA ADOLESCÊNCIA : UM OLHAR PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE

CLAUDIA DANIELA SOUSA DE ASSIS MESSIAS; ANTÔNIA DO NASCIMENTO LIMA; THATIANE SANTOS DE OLIVEIRA; FERNANDA CRISTINA DA SILVA GONÇALVES

Introdução: A adolescência reúne mudanças emocionais, relacionais e sociais que podem intensificar sofrimento psíquico e dificultar o reconhecimento precoce de agravos como ansiedade e depressão, sobretudo quando circulam desinformação, medo de julgamento e desconhecimento sobre os locais de busca por ajuda. **Objetivo:** O trabalho teve como objetivo promover conscientização sobre ansiedade e depressão na adolescência, incentivando o cuidado com a saúde mental, o reconhecimento dos sinais de sofrimento emocional e a valorização da busca por ajuda e apoio psicológico. **Relato de Experiência:** O desenvolvimento da ação extensionista ocorreu por meio da realização de uma atividade educativa com adolescentes participantes do Projeto Urbanáticos, localizado em Nilópolis/RJ. Inicialmente, foi aplicado um questionário contendo perguntas relacionadas à saúde mental, ansiedade, depressão, fatores de proteção e rede de apoio. Em seguida, foi realizada uma roda de conversa com linguagem acessível, acolhedora e participativa, abordando temas relacionados à ansiedade, depressão, autoestima, empatia, apoio emocional, convivência em grupo e valorização da vida. Após a atividade educativa, o mesmo questionário foi reaplicado com a finalidade de avaliar a compreensão dos participantes sobre os conteúdos trabalhados. Também foi realizada a dinâmica da “Caixinha dos Sentimentos”, promovendo momentos de reflexão, escuta, acolhimento e compartilhamento de emoções entre os adolescentes. Observou-se grande participação e interesse dos adolescentes durante toda a ação educativa, principalmente nos momentos de diálogo, interação coletiva e dinâmica emocional. A comparação entre o questionário inicial e o questionário final permitiu identificar melhora significativa no entendimento dos participantes sobre ansiedade, depressão, fatores de proteção e formas de buscar ajuda emocional. Além disso, muitos adolescentes compartilharam sentimentos, dúvidas e experiências relacionadas ao sofrimento emocional, fortalecendo o vínculo, a empatia e o acolhimento entre os participantes e a equipe extensionista. **Considerações finais:** Conclui-se que ações educativas voltadas à saúde mental na adolescência possuem importante relevância social e acadêmica, contribuindo para ampliação da informação, fortalecimento emocional, valorização da vida e incentivo à procura por ajuda em situações de sofrimento psíquico. A experiência também fortaleceu a formação das acadêmicas de enfermagem, aproximando a universidade das necessidades reais da comunidade e promovendo práticas humanizadas de cuidado em saúde mental.

Palavras-chave: **ADOLESCENTES; SAÚDE MENTAL; ENFERMAGEM**

DOI: 10.51161/iv-conasus/85385

PROJETO REDE VIVA: CAPACITAÇÃO EM SUPORTE BÁSICO DE VIDA COMO ESTRATÉGIA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE E INTEGRAÇÃO COMUNITÁRIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

NÍVEA TUANY RODRIGUES DA SILVA; GEMIMMA DE PAIVA RÊGO

RESUMO

A rotina das Unidades Básicas de Saúde (UBS) envolve o risco de intercorrências graves, como Parada Cardiorrespiratória (PCR) e Obstrução de Via Aérea por Corpo Estranho (OVACE), o que exige infraestrutura adequada e profissionais habilitados para o atendimento inicial. O projeto Rede Viva surgiu a partir de um diagnóstico situacional do território de adscrição da UBS Barra Nova, em Cascavel, CE. Diante de desafios como a distância da unidade em relação aos pontos da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), a incidência de óbitos por afogamento na faixa litorânea adjacente e lacunas no manejo de emergências, este trabalho objetivou qualificar as equipes da Atenção Básica e da comunidade escolar local por meio de treinamento prático em Suporte Básico de Vida (SBV). Para tanto, realizou-se uma pesquisa-ação, com abordagem quantitativa, envolvendo 20 funcionários da UBS e 21 profissionais da EEFTI Francisco Capistrano de Sousa. A intervenção consistiu no envio de material teórico, capacitação prática de quatro horas com simuladores de baixo custo e na aplicação de questionários pré e pós-intervenção. Inicialmente, 95% dos profissionais da UBS sentiam-se despreparados para o manejo de PCR, enquanto 67% dos funcionários da escola não tinham realizado treinamento em SBV, em desconformidade com a Lei Lucas (Lei nº 13.722/2018), que torna obrigatória a capacitação de professores e funcionários de estabelecimentos de ensino em noções básicas de primeiros socorros. Após a intervenção, a segurança da equipe da UBS para atuar na PCR aumentou de 5% para 60%, com 100% de acerto na frequência recomendada de compressões cardíacas. Concluiu-se que a intervenção promoveu melhoria expressiva no aprendizado, validando um modelo inclusivo de educação em saúde. Em virtude dos resultados e do potencial de replicabilidade da estratégia, evidencia-se a necessidade de institucionalizar políticas de educação permanente na Atenção Básica, viabilizadas pelo devido suporte estrutural da gestão municipal.

Palavras-chave: Atenção Básica; Reanimação Cardiopulmonar; Pesquisa-Ação.

1 INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), aprovada pela portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, considera os termos Atenção Básica (AB) e Atenção Primária à Saúde (APS) equivalentes e determina que esta seja a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde (RAS), coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços em todos os pontos de atenção à saúde. Para ampliar o acesso à RAS e ofertar uma atenção integral e resolutiva, a APS deve ser constituída por equipes multidisciplinares, as quais estarão responsáveis diretamente sobre ações de saúde individual e coletiva em determinado território (Brasil, 2017).

DOI: 10.51161/iv-conasus/85415

Os estabelecimentos de saúde dedicados à Atenção Básica são denominados Unidades Básicas de Saúde (UBS), funcionando como o ponto de contato mais próximo entre a população e o Sistema Único de Saúde (SUS). Embora a UBS compreenda uma estrutura física, sua verdadeira dimensão se revela quando consegue promover o vínculo, realizar o acompanhamento longitudinal do usuário e organizar o processo de trabalho de acordo com as necessidades da população, consolidando-se como um espaço multifuncional de cuidado, acolhimento, educação e transformação social.

Considerando o aspecto geográfico, a UBS configura-se como o primeiro ponto de atendimento em situações de urgência e emergência, dada sua proximidade com a comunidade, a agilidade no acesso e o vínculo estabelecido entre a equipe de saúde e o usuário (Crispim, 2016, p. 36). Sob essa perspectiva, a APS atua como coordenadora do cuidado ao integrar-se à Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE). Instituída pela Portaria nº 1.600 de julho de 2011, que reformulou a Política Nacional de Atenção às Urgências de 2003, a RUE visa articular todos os pontos de atenção do SUS, promovendo a ampliação e a qualificação do acesso humanizado e integral aos usuários nessas situações (Brasil, 2013, p. 12).

A obstrução de via aérea por corpo estranho (OVACE) e a parada cardiorrespiratória (PCR) são situações pouco comuns na rotina de atendimento da UBS, mas que podem ocorrer na rua, no domicílio do paciente ou na própria unidade de saúde. Nessas circunstâncias, o atendimento imediato, mediante a aplicação das técnicas de Suporte Básico de Vida (SBV), torna-se primordial para elevar as chances de sobrevida e minimizar sequelas neurológicas. Diante disso, a UBS deve estar estruturada com sala de acolhimento, insumos e medicamentos, além de manter sua equipe capacitada para o manejo do SBV até que o Suporte Avançado de Vida assuma a ocorrência (Gusso; Lopes; Dias, 2019, p. 2160).

A parada cardiorrespiratória (PCR) é considerada como uma das emergências cardiovasculares de grande prevalência e com morbidade e mortalidade elevadas (Bernoche *et al.*, 2019, p. 460). Conforme dados do boletim epidemiológico de 2025 da Secretaria do Estado do Ceará, as doenças do aparelho respiratório apresentam-se como a principal causa de mortalidade no mundo, correspondendo a cerca de 17,9 milhões de óbitos anualmente. Estima-se que 38,0% das mortes prematuras (que ocorrem antes de 70 anos) por Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) são causadas pelas doenças do aparelho circulatório. No Brasil, cerca 30,0% das mortes prematuras são causadas por esse grupo de doenças. No Ceará, entre os anos de 2015 e 2024, foram contabilizados 154.500 óbitos (considerando todas as idades) e 50.777 óbitos prematuros (faixa etária de 30 a 69 anos) por esse grupo de doenças. Em Cascavel, Ceará, verificou-se 82 óbitos prematuros por doenças do aparelho circulatório entre 2023 e 2024.

Sabe-se que, a cada minuto transcorrido do início do evento arrítmico súbito sem desfibrilação, a probabilidade de sobrevivência diminui em 7 a 10%. Programas de RCP e com uso de Desfibrilador Externo Automático (DEA) precoce, realizados por leigos, têm proporcionado taxas de sobrevivência muito otimistas, alcançando até 85% (Bernoche *et al.*, 2019, p. 461).

Logo, é imprescindível que o profissional da Atenção Básica busque o aprimoramento de sua atuação por meios de capacitações, cursos, oficinas e especializações. A qualificação da assistência por meio da educação permanente em saúde para gestores e trabalhadores é uma das diretrizes para a implementação da RUE (Brasil, 2013, p. 13). Conforme a PNAB (Brasil, 2017), o estímulo à educação permanente e continuada dos profissionais, bem como a garantia de espaços adequados para a formação de estudantes e trabalhadores, são responsabilidades comuns a todas as esferas de governo.

Deve-se ressaltar que no Brasil foi estabelecida a Lei nº 13722 de 04 de outubro de 2018, conhecida como Lei Lucas, a qual torna obrigatória a capacitação em noções básicas de primeiros socorros para professores e funcionários de estabelecimentos de ensino público e privado de educação básica e estabelecimentos de recreação infantil. Assim, pais, professores,

cuidadores de crianças e funcionários da educação podem se beneficiar com treinamento em Suporte Básico de Vida para pessoas leigas.

Assim, o objetivo deste resumo foi relatar a experiência de treinamento em Suporte Básico de Vida para profissionais da saúde e da educação que trabalham no território de adscrição da UBS Barra Nova, em Cascavel, Ceará, em 2026. Essa intervenção educativa é o ponto de partida para criar uma rede de proteção e de resposta imediata a intercorrências graves bem como amenizar as vulnerabilidades clínicas observadas na comunidade.

2 RELATO DE EXPERIÊNCIA

Tratou-se de uma pesquisa-ação, em que foi desenvolvida uma intervenção prática em Suporte Básico de Vida (SBV) para os profissionais da saúde da UBS Barra Nova e para os profissionais da educação da Escola de Ensino Fundamental em Tempo Integral (EEFTI) Francisco Capistrano de Sousa, ambas situadas na comunidade de Barra Nova, em Cascavel, CE. Nesse contexto, o projeto Rede Viva surgiu a partir de um diagnóstico situacional do território da UBS, considerando fatores como a distância da unidade em relação aos pontos da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) municipal, a incidência de óbitos por afogamento na faixa litorânea adjacente, além das lacunas observadas no manejo de emergências e da ausência de educação permanente para os profissionais da APS.

A Unidade Básica de Saúde encontra-se situada a aproximadamente 130 metros da costa de Barra Nova e a cerca de 162 metros da EEFTI Francisco Capistrano de Sousa. A UBS possui 2.286 usuários cadastrados e um quadro de 25 funcionários, dos quais 20 participaram da intervenção. A escola conta com 24 crianças matriculadas na educação infantil, entre 2 e 5 anos, 22 alunos na modalidade de Educação de Jovens e Adultos (EJA) e 23 funcionários, dos quais 21 estiveram presentes na capacitação.

Inicialmente, houve o envio do material teórico sobre o tema por aplicativo de mensagens. Depois, foi aplicado um questionário para conhecer o perfil dos participantes e para avaliar o conhecimento deles em relação ao tema pré e pós-intervenção. Esses dados foram analisados por meio de uma abordagem quantitativa. A capacitação na UBS ocorreu nos dias 6 e 13 de março, no período matutino, com duração de 4 horas em cada encontro. Na escola, a atividade foi realizada no dia 13 de março, no período vespertino, também com carga horária de 4 horas. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e autorizaram o uso das imagens registradas durante a prática.

Durante os encontros, priorizou-se a abordagem prática e a participação ativa, mediante simulações de situações cotidianas envolvendo Parada Cardiorrespiratória (PCR), Reanimação Cardiopulmonar (RCP) e Obstrução de Vias Aéreas por Corpo Estranho (OVACE) em adultos, bebês, crianças, gestantes e pessoas obesas, conforme diretrizes de 2025 da *American Heart Association* (AHA). Nesses cenários, as ações realizadas nos minutos iniciais são fundamentais para elevar as chances de sobrevida da vítima. Independentemente da eficiência do Suporte Avançado de Vida, se as manobras de Suporte Básico não forem executadas de maneira adequada, a possibilidade de sobrevivência em casos de PCR torna-se extremamente reduzida (Gonzales *et al.*, 2013, p.4).

3 DISCUSSÃO

A partir da análise das respostas dos questionários, evidenciou-se uma formação insuficiente em Suporte Básico de Vida (SBV) na equipe da UBS. Apenas 35% dos profissionais relataram capacitação prévia na área, sendo que, desse pequeno grupo, apenas 10% foram treinados pela gestão municipal, acentuando a falta de investimento em educação continuada. Diante desse cenário, 90% dos entrevistados declararam não se sentir preparados

DOI: 10.51161/iv-conasus/85415

para atuar em casos parada cardiorrespiratória (PCR), mesmo entre os 25% que já presenciaram situações de PCR no território.

O treinamento demonstrou resultados consideráveis na qualificação da equipe. Antes da capacitação, apenas 5% se sentiam aptos a ajudar uma vítima de PCR e 35% conheciam a frequência correta de compressões torácicas. Após o treinamento, esses índices subiram para 60% e 100%, respectivamente. O conhecimento sobre como identificar uma PCR aumentou de 50% para 100% de acerto, enquanto a habilidade de realizar a Manobra de *Heimlich*, em caso de OVACE, saltou de 25% para 80%. Apenas 15% dos profissionais sabiam usar o Desfibrilador Externo Automático (DEA). Após utilizar o miniDEA no treinamento, 90% dos participantes relataram que conseguiam operar o equipamento.

Figura 1: Registro da capacitação dos profissionais da UBS Barra Nova

Apesar da responsabilidade da Atenção Primária em atuar como porta de entrada da RUE, a insegurança dos profissionais e a ausência de dispositivos essenciais comprometem a resolutividade de eventos críticos. A intervenção demonstrou que a simulação prática e a educação continuada são ferramentas indispensáveis para a melhoria da formação profissional e da prática assistencial.

A implementação da Lei nº 13.722/2018 na EEFTI Francisco Capistrano de Sousa mostrou-se como uma importante estratégia para a construção de uma rede comunitária de proteção. Com a integração intersetorial entre Atenção Básica e escola, validou-se um modelo de educação em saúde inclusivo e replicável. Assim como os resultados da UBS, também houve evolução no desempenho dos participantes da escola, evidenciada pela comparação dos questionários pré e pós-intervenção.

Inicialmente, observou-se um cenário de despreparo para lidar com situações críticas entre os funcionários, uma vez que apenas 33% deles já haviam realizado algum curso de SBV. Verificou-se que 52% não sabiam o que era um Desfibrilador Externo Automático (DEA) e apenas 19% se sentiam preparados para socorrer uma vítima de parada cardiorrespiratória

(PCR). Em caso de engasgo (OVACE), somente14% sabiam realizar a Manobra de *Heimlich* adequadamente.

Após a intervenção, o índice de participantes que se sentiam preparados para atender uma PCR subiu de 19% para 57%. O domínio sobre a frequência correta de compressões cardíacas saltou de 29% para 90%, e o conhecimento sobre o funcionamento e uso do DEA aumentou de 48% para 90%. Destaca-se que a capacidade de identificar e manejar uma situação de OVACE em crianças apresentou um aumento significativo de 14% para 71% de domínio das manobras.

Figura 2: Registro da capacitação na escola

Figura 3: Imagem da Comunidade Barra Nova criada no *Google Earth*

O Projeto Rede Viva destacou a importância da integração entre a UBS e a comunidade escolar para a promoção da saúde no território. Embora a Lei Lucas (Lei nº 13.722/2018) estabeleça a obrigatoriedade de treinamento em primeiros socorros, esta capacitação representou o primeiro contato da maioria dos funcionários com o tema. Além de qualificar os trabalhadores da UBS, dos quais 85% residem na própria comunidade, a intervenção buscou transformá-los em multiplicadores de conhecimento. Portanto, foi uma estratégia que fortaleceu a resolutividade da APS, o cumprimento de diretrizes legais e consolidação de uma cultura de prevenção e cuidado compartilhado no território.

4 CONCLUSÃO

Um dos motivos para a criação deste projeto foi o desejo de disseminar o conhecimento sobre Suporte Básico de Vida para além dos muros da UBS. Felizmente, tivemos a oportunidade de compartilhá-lo com professores e funcionários de uma escola da comunidade, que atende o ensino fundamental e a educação de jovens e adultos.

Para o fortalecimento e a qualificação da Atenção Básica como porta de entrada da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), este projeto permitiu estimular a educação em saúde e a qualificação profissional por meio de uma capacitação focada na prática de Suporte Básico de Vida (SBV) pediátrico e adulto, conforme as Diretrizes de 2025 da *American Heart Association* (AHA). Evidentemente, esta intervenção restringiu-se ao recorte de uma atividade com duração de apenas quatro horas.

Diante disso, é necessário que a gestão da Atenção Básica dedique maior atenção às equipes de saúde, garantindo condições de trabalho adequadas e promovendo momentos de educação para todos os profissionais, independentemente de sua função ou nível de escolaridade. A importância de aprender a salvar vidas por meio do Suporte Básico de Vida não é exclusividade dos profissionais de saúde. Como uma emergência pode ocorrer em qualquer lugar, é fundamental que mais pessoas saibam realizar essas manobras, fortalecendo a cadeia de sobrevivência da parada cardiorrespiratória (PCR).

Como ocorreu na capacitação dos profissionais da UBS, a maioria dos participantes da escola nunca havia participado de treinamento em SBV. Mesmo assim, todos participaram ativamente da intervenção e apresentaram resultados satisfatórios no aprendizado e no desenvolvimento de habilidades. Embora tenha sido um momento de apenas 4 horas de atividade, podemos considerá-los cidadãos capazes de atuar em situações de PCR ou OVACE.

Portanto, este projeto possui potencial para ser replicado em outros espaços do território bem como por outras equipes de saúde da Atenção Básica do município de Cascavel, Ceará, contribuindo para a consolidação de uma cultura de prevenção e cuidado que transcende os limites da unidade de saúde.

REFERÊNCIAS

BERNOCHE, C. et al. **Atualização da Diretriz de Ressuscitação Cardiopulmonar e Cuidados de Emergência da Sociedade Brasileira de Cardiologia**. Rio de Janeiro: SBC, 2019. Disponível em: https://abccardiol.org/wp-content/uploads/articles_xml/0066-782X-abc-113-03-0449/0066-782X-abc-113-03-0449.x27815.pdf. Acesso em: 15 jan. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Manual Instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2013. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_instrutivo_rede_atencao_urgencias.pdf. Acesso: 05 fev. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso: 05 fev. 2026.

BRASIL. Secretaria Geral da Presidência da República. **Lei n° 13.722, de outubro de 2018.** Brasília, DF. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/l13722.htm. Acesso em: 03 mar. 2026.

CRISPIM, Simone Fátima. **Conhecimento teórico de profissionais atuantes na estratégia de saúde da família sobre condutas em urgência e emergência**. 2016. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família) – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Campo Grande, 2016. Disponível em: https://posgraduacao.ufms.br/portal/trabalho-arquivos/download/2717. Acesso em: 15 jan. 2026.

DEL RIOS, M. *et al*. **Destaques das diretrizes para ressuscitação cardiopulmonar e atendimento cardiovascular de emergência de 2025 da American Heart Association**. Disponível em: https://cpr.heart.org/en/resuscitation-science/cpr-and-ecc-guidelines. Acesso em: 02 fev. 2026.

Gonzalez, M. *et al*. **I Diretriz de Ressuscitação Cardiopulmonar e Cuidados Cardiovasculares de Emergência da Sociedade Brasileira de Cardiologia**. São Paulo: SBC, 2013. Disponível em: https://www.scielo.br/j/abc/a/FzpcTtwTdpf8DDBYMS7vprr/?format=html&lang=pt. Acesso em: 15 mar. 2026.

GOOGLE EARTH. 2026. Disponível em: https://www.google.com.br/earth/index.html.

GUSSO, Gustavo; LOPES, José; DIAS, Lêda. **Tratado de Medicina de Família e Comunidade:** princípios, formação e prática**.** 2. ed. Porto Alegre: ARTMED, 2019.

RÔLLA, Kitt. **Emergência pré-hospitalar:** cenários e desafios. Fortaleza: IMAC, 2022.

SECRETARIA DO ESTADO DO CEARÁ. **Boletim epidemiológico – Mortalidade por Doenças do Aparelho Circulatório.** Nº 03, 2025. Disponível em: https://www.saude.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/9/2018/06/Boletim_Mortalidade-por-Doencas-do-Aparelho-Circulatorio_2025.pptx.pdf. Acesso em: 21 mar. 2026.

MANIFESTAÇÕES BUCAIS E IMPACTOS ODONTOLÓGICOS EM PACIENTES PORTADORES DE DIABETES MELLITUS E OU HIPERTENSÃO ARTERIAL REVISÃO DE LITERATURA

ANA BEATRIZ FERNANDES; LÍLIAN VITÓRIA LIMA LEAL

Introdução: A saúde oral tem íntima relação com a saúde sistêmica, podendo uma interferir na outra. É possível, em uma avaliação odontológica, observar diversas manifestações orais associadas a algum tipo de doença sistêmica. Entre as doenças crônicas não transmissíveis, são destaque a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e a Diabetes Mellitus (DM), ambas atingindo milhões de pessoas no Brasil. As duas doenças têm íntima relação com a saúde oral, podendo provocar manifestações e alterações no meio bucal. **Objetivo:** Analisar as evidências científicas sobre a relação entre as alterações sistêmicas e o desenvolvimento manifestações bucais, bem como a prevalência dos impactos odontológicos em pacientes portadores de Diabetes Mellitus e/ou Hipertensão Arterial. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão narrativa da literatura, de caráter descritivo e abordagem qualitativa, desenvolvida com o objetivo de reunir evidências científicas sobre as alterações bucais e os cuidados odontológicos em pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM) na Atenção Primária à Saúde. A busca foi realizada nas bases de dados PubMed/MEDLINE, Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS/LILACS), utilizando os descritores "Diabetes Mellitus", "Hypertension", "Oral Manifestations", "Oral Health", "Dentistry" e "Primary Health Care", combinados pelos operadores booleanos AND e OR. **Resultados:** A literatura analisada demonstrou que pacientes com Diabetes Mellitus apresentam maior prevalência de doença periodontal, xerostomia, candidíase oral, atraso na cicatrização e maior suscetibilidade à perda dentária. Em pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica, destacaram-se manifestações relacionadas ao uso de medicamentos anti-hipertensivos, como xerostomia, hiperplasia gengival e alterações do paladar. Os estudos também evidenciaram a importância da atuação do cirurgião-dentista na Atenção Primária à Saúde, por meio da identificação precoce das alterações bucais, do planejamento seguro do tratamento odontológico e da atuação integrada com a equipe multiprofissional, contribuindo para o controle das doenças crônicas e a melhoria da qualidade de vida dos pacientes. **Conclusão:** Conclui-se que as doenças crônicas, Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, têm impacto direto na saúde oral, reforçando a importância do odontólogo na Atenção Básica para avaliação, prevenção e recuperação das consequências orais advindas de tais doenças e de seus tratamentos.

Palavras-chave: **HIPERTENSÃO ARTERIAL; DIABETES MELLITUS; MANIFESTAÇÕES ORAIS**

DOI: 10.51161/iv-conasus/85425

OTIMIZAÇÃO NA GESTÃO DO SUS: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

GUSTAVO HANICH KIRSCH; MICHEL SONDA; DANIELA HABLICH; CISLAINE BANDEIRA; JOSIANE RODRIGUES BERNARDES; KARYANE MORAES; LIEGE LESSA GODOY

Introdução: A gestão pública da saúde no Brasil configura-se como um dos temas mais relevantes e amplamente debatidos no contexto nacional, especialmente em razão dos desafios estruturais, financeiros e gerenciais que permeiam sua organização. O SUS estabelece um modelo de gestão que constitui em instrumento essencial para viabilizar a atenção integral à saúde da população e disciplinar as relações entre as três esferas de gestão do sistema. **Objetivo:** Analisar a aplicação do conceito de otimização na gestão dos serviços públicos de saúde no Brasil. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão integrativa da literatura. O estudo partiu do seguinte questionamento: o que está disponível na literatura científica sobre a otimização da gestão dos serviços públicos de saúde? A seleção dos estudos foi realizada nas bases LILACS e SciELO. Para a estratégia de busca, utilizaram-se os Descritores em Ciências da Saúde, combinados por meio dos operadores booleanos AND e OR, empregando a seguinte estratégia: otimização dos serviços de saúde OR gestão em saúde AND conceito de otimização OR gestão do SUS. **Resultados:** Identificados 52 estudos. Com a exclusão das publicações duplicadas, permaneceram 48 trabalhos. Após a análise dos títulos e aplicação dos critérios de elegibilidade, 16 publicações foram selecionadas para compor esta revisão. Os estudos evidenciaram diferentes abordagens acerca da otimização da gestão em saúde, destacando-se a influência de fatores políticos na definição de prioridades, na alocação de recursos e na organização dos serviços. **Conclusão:** A compreensão do contexto teórico e prático das experiências de gestão otimizadas permite evidenciar os esforços empreendidos pelos gestores na condução das políticas e dos serviços de saúde. A presente revisão buscou sistematizar o conhecimento disponível acerca da aplicação do conceito de otimização na gestão da saúde pública brasileira, contribuindo para a reflexão sobre práticas gerenciais mais eficientes e sustentáveis. Entretanto, reconhece-se que, como toda investigação científica, este estudo apresenta limitações inerentes ao seu delineamento metodológico, especialmente em relação às bases de dados consultadas e aos critérios de seleção adotados. Dessa forma, recomenda-se o desenvolvimento de novas pesquisas sobre o tema, com vistas a ampliar as evidências científicas e fortalecer a discussão acerca da otimização da gestão no Sistema Único de Saúde.

Palavras-chave: **OTIMIZAÇÃO SAÚDE; SAÚDE PUBLICA; GESTÃO SUS**

DOI: 10.51161/iv-conasus/85449

AVANÇOS TECNOLÓGICOS NO CUIDADO EM BEM-ESTAR PSICOLÓGICO DE PESSOAS COM NECESSIDADES ESPECIAIS E SUAS IMPLICAÇÕES PARA A NAVEGABILIDADE INCLUSIVA

IAN RIOS ARRUDA; CAMILA MONTE FROTA; MARIA LUIZA RIBEIRO PESSOA; LUCAS DE PAULA FERREIRA; DIEGO MENDONÇA VIANA; DAFNE PAIVA RODRIGUES.

RESUMO

RESUMO

Este estudo tem como objetivo analisar os avanços tecnológicos aplicados ao cuidado em saúde mental de pessoas com deficiência, discutindo suas potencialidades e os desafios relacionados à acessibilidade digital. Trata-se de uma revisão narrativa da literatura, de abordagem qualitativa, realizada em março de 2026, com buscas nas bases de dados PubMed e Google Acadêmico, utilizando os descritores *digital health*, *mental health* e *people with disabilities*. Após leitura e análise dos estudos identificados, foram selecionados cinco artigos científicos e duas fontes institucionais para compor a discussão. Os resultados evidenciam que as tecnologias digitais, como aplicativos de saúde, plataformas de teleatendimento, sistemas de monitoramento de sintomas e ferramentas de acompanhamento remoto, contribuem para ampliar o acesso aos serviços de saúde mental, favorecer a autonomia, o autocuidado e o bem-estar psicológico de pessoas com deficiência, especialmente daquelas com deficiência intelectual. Entretanto, a literatura demonstra que grande parte dessas tecnologias ainda é desenvolvida sem considerar princípios de acessibilidade e design universal, resultando em barreiras como incompatibilidade com tecnologias assistivas, ausência de recursos de acessibilidade, interfaces pouco adaptáveis e dificuldades de navegação. Além disso, fatores socioeconômicos, como desigualdade no acesso à internet, baixa alfabetização digital e insuficiência de políticas públicas de inclusão digital, agravam a exclusão desse público. No contexto brasileiro, embora existam avanços legislativos voltados à promoção da acessibilidade e da telessaúde, persistem limitações na implementação prática dessas políticas. Conclui-se que as tecnologias digitais apresentam importante potencial para qualificar o cuidado em saúde mental das pessoas com deficiência, desde que sejam desenvolvidas com foco na acessibilidade, inclusão e equidade, sendo indispensável o fortalecimento de políticas públicas, a capacitação de profissionais e o desenvolvimento de soluções tecnológicas que atendam às diferentes necessidades desse grupo populacional.

Palavras-chave: Saúde digital; Saúde mental; Pessoas com deficiência.

DOI: 10.51161/iv-conasus/85467

1 INTRODUÇÃO

A garantia dos direitos à saúde das pessoas com deficiência orienta a organização de um cuidado integral, equitativo e acessível, destacando-se o papel das políticas públicas na ampliação do acesso aos serviços de saúde, na promoção da inclusão social e no asseguramento de condições adequadas de cuidado. Nessa perspectiva, o cuidado à pessoa com deficiência deve considerar o modelo biopsicossocial, contemplando ações de prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação ao longo da vida. Entre os aspectos do cuidado integral, compõe-se a atenção à saúde mental, assegurando o cuidado em todos os níveis de atenção e articulada por meio de práticas interprofissionais (Secretaria da Saúde do Ceará, 2024).

Paralelamente, observa-se um desenvolvimento de tecnologias digitais aplicadas à saúde, incluindo ferramentas de teleatendimento, aplicativos e plataformas de monitoramento e informação do cuidado, contribuindo para ampliar o acesso aos serviços, qualificar as informações e apoiar a organização da atenção à saúde (Brasil, 2020). No campo da saúde mental, criou-se projetos de saúde mental pública digital, utilizando ciência de dados e integração de bases de informação para monitorar indicadores relacionados a transtornos mentais e subsidiar estratégias de cuidado e gestão em saúde (De Boni *et al.*, s.d.).

Apesar dessas potencialidades, persistem desafios relacionados à acessibilidade digital, que podem limitar o acesso de pessoas com deficiência às ferramentas tecnológicas e aos serviços de saúde mediados por tecnologias. Diante desse cenário, esse estudo tem como objetivo analisar os avanços tecnológicos no cuidado em saúde mental de pessoas com deficiência, discutindo suas implicações para a acessibilidade digital.

2 MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo de revisão narrativa (Rother *et al.*, 2007), de abordagem qualitativa, realizado com o objetivo de identificar e analisar produções científicas acerca dos avanços tecnológicos no cuidado em saúde mental de pessoas com deficiência e suas implicações para a acessibilidade digital.

A busca bibliográfica foi realizada nas bases de dados científica PubMed e Google Acadêmico, utilizando os descritores em inglês digital health, mental health e people with disabilities, combinados entre si. Foram selecionados artigos científicos que abordassem simultaneamente o uso de tecnologias digitais no cuidado em saúde mental e questões relacionadas à acessibilidade para pessoas com deficiência.

Após a identificação dos estudos, foram selecionados 5 (cinco) artigos após leitura e análise dos textos, com utilização de informações relevantes para o tema. Os achados foram organizados, possibilitando a discussão sobre os benefícios das tecnologias digitais aplicadas à saúde mental e os desafios relacionados à acessibilidade para pessoas com deficiência nesse contexto de cuidado.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

As tecnologias digitais, no campo da saúde mental, têm sido utilizadas para oferecer intervenções psicológicas baseadas em evidências, além de facilitar o acesso ao suporte psicológico e ao acompanhamento clínico de forma remota. Entre essas ferramentas destacam-

DOI: 10.51161/iv-conasus/85467

se aplicativos móveis, plataformas de teleatendimento, sistemas de monitoramento de sintomas e acompanhamento terapêutico (Bunyi; Ringland; Schueller, 2021).

Além de ampliar o acesso aos serviços de saúde mental, as tecnologias digitais possibilitam acompanhamento remoto e intervenções flexíveis adaptadas às necessidades dos usuários. Estudos apontam que intervenções digitais em saúde mental podem favorecer o desenvolvimento de habilidades emocionais, autonomia e maior participação de pessoas com deficiência intelectual no cuidado em saúde mental (MacHale; Ffrench; McGuire, 2023).

Ademais, aplicativos e as plataformas podem oferecer recursos de autoajuda, registro e acompanhamento do humor e das emoções, monitoramento de sintomas e comunicação com profissionais de saúde, contribuindo para o manejo contínuo das condições de saúde mental e para o fortalecimento da autonomia e do autocuidado (Bunyi; Ringland; Schueller, 2021). No caso de pessoas com deficiência intelectual, a utilização de recursos digitais pode favorecer a participação em atividades educacionais, sociais e ocupacionais, ampliando oportunidades de inclusão social e promovendo o bem-estar psicológico (Sheehan; Hassiotis, 2017).

Entretanto, apesar do avanço dessas tecnologias aplicadas à saúde, estudos indicam que pessoas com deficiência ainda são frequentemente negligenciadas nos processos de desenvolvimento e implementação dessas ferramentas digitais (Sheehan; Hassiotis, 2017). Muitos aplicativos e plataformas digitais são desenvolvidos sem considerar princípios de acessibilidade e design universal, o que pode dificultar ou até impedir seu uso por pessoas com diferentes tipos de deficiência. Entre as principais barreiras identificadas destacam-se a ausência de compatibilidade com leitores de tela, a falta de legendas em conteúdos audiovisuais, interfaces pouco adaptáveis, estruturas de navegação complexas, problemas técnicos, necessidade de apoio de profissionais ou cuidadores e limitações na navegação digital. que dificultam o uso por pessoas com deficiência visual, auditiva, motora ou cognitiva (Bunyi; Ringland; Schueller, 2021; MacHale; Ffrench; McGuire, 2023).

Além disso, estudos indicam que a expansão das tecnologias digitais e de sistemas baseados em inteligência artificial na área da saúde mental pode intensificar desigualdades já existentes caso as necessidades das pessoas com deficiência não sejam consideradas no desenvolvimento dessas ferramentas. Nesse sentido, a exclusão digital pode ocorrer tanto por limitações tecnológicas quanto por fatores sociais, como desigualdade de acesso à internet, baixa alfabetização digital e ausência de políticas públicas voltadas à inclusão digital (Babu; Joseph, 2025). Outro aspecto relevante refere-se às análises de iniciativas públicas de teleatendimento, demonstrando que, em alguns casos, plataformas digitais não incorporam recursos básicos de acessibilidade, como compatibilidade com tecnologias assistivas ou alternativas de acesso para pessoas com deficiência, o que limita a participação desse grupo nos serviços oferecidos (Mahamuni, 2024).

A saúde digital no Brasil representa tanto um avanço na autonomia quanto um desafio estrutural para as Pessoas com Deficiência (PCD). Embora existam marcos legais e tecnologias inovadoras, a barreira da acessibilidade ainda é robusta e não favorece que a digitalização do cuidado seja plena para todos.

Ainda que o Brasil já tenha avançado nos marcos legais que buscam garantir o acesso igualitário às pessoas com deficiência, a sua execução ainda enfrenta obstáculos significativos. No âmbito da legislação, destacamos o Estatuto da Pessoa com Deficiência/Lei nº 13.146/2015, que estabelece a acessibilidade digital como um direito fundamental, exigindo que sites e serviços online sejam adaptados e a Lei nº14.510/2022, que regulamenta a prática da telessaúde em todo o Brasil.

Entre as principais barreiras digitais e de acesso, apesar das normas, está a execução prática, que enfrenta obstáculos significativos, com destaque para a baixa acessibilidade em sites, com apenas 2,8% dos sites brasileiros adaptados para PCDs. Cerca de 61% das pessoas

com deficiência relatam dificuldades em acessar plataformas digitais devido à falta de recursos básicos como por exemplo ajuste de fonte, contraste e compatibilidade com leitores de tela.

Um ponto importante para o avanço da saúde digital no Brasil estará diretamente ligado ao desenvolvimento de sistemas que já sejam criados em formatos acessíveis às PCDs, ao invés da adaptação de interfaces prontas. No âmbito da saúde mental, ressaltamos que a capacitação dos profissionais na ponta para lidar com as especificidades de cada deficiência no ambiente virtual será outro importante diferencial. A expansão da estratégia de Saúde Digital para o Brasil precisa contemplar a redução da desigualdade no acesso a dispositivos e à conexão de qualidade.

4 CONCLUSÃO

As tecnologias digitais apresentam grande potencial para ampliar o acesso ao cuidado em saúde mental de pessoas com deficiência. No entanto, persistem barreiras relacionadas à inclusão digital, adaptação às pessoas com deficiência e desigualdade de acesso às ferramentas. Dessa forma, torna-se essencial o desenvolvimento de políticas públicas que garantam a acessibilidade e inclusão digital, além de capacitação profissional aos desenvolvedores de sistemas e plataformas de saúde mental digital e integração com os profissionais de saúde para atender e ampliar a compreensão das demandas no processo de cuidado em saúde mental da pessoa com deficiência.

REFERÊNCIAS

BABU, A. and JOSEPH, A. P. **Repositioning intellectual disability in the ethics of digital mental health technologies.** Frontiers in Psychiatry, v. 16, 2025. Disponível em: doi: 10.3389/fpsyt.2025.1691940. Acesso em: 11 mar. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Informática do SUS. **Estratégia de saúde digital para o Brasil 2020-2028.** Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

BUNYI, J.; RINGLAND, K. E., SCHUELLER, S. M. **Accessibility and Digital Mental Health: Considerations for More Accessible and Equitable Mental Health Apps.** Frontiers in Digital Health, v. 3, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.3389/fdgth.2021.742196. Acesso em: 10 mar. 2026.

DE BONI, R. B. et al. **Saúde Mental Pública Digital.** Fundação Oswaldo Cruz. Disponível em: https://saudemental.icict.fiocruz.br/equipe/. Acesso em: 10 mar. 2026.

MACHALE, R.; FFRENCH, C.; MCGUIRE, B. T**he experiences and views of adults with intellectual disabilities accessing digital mental health interventions: a qualitative systematic review and thematic synthesis.** Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities, v. 36, n. 3, p. 448–457, 2023. Disponível em: doi: 10.1111/jar.13082. Acesso em: 15 março 2026.

MAHAMUNI, R. Tele-MANAS and Section 21RPwD Act: **Why Digital Mental Health. Excludes Disabled Persons.** 4 th Year Law Student, Pune University, 2024. Disponível em: http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.5296273. Acesso em: 11 mar. 2026.

ROTHER, E. T.. **Revisão sistemática X revisão narrativa.** *Acta Paulista De Enfermagem*, *20*(2), v–vi, 2007. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0103-21002007000200001. Acesso em: 20 julho de 2026.

SECRETARIA DA SAÚDE DO CEARÁ. **Política Estadual de Saúde da Pessoa com Deficiência 2024–2027.** Fortaleza: Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, 2024.

SHEEHAN, R.; HASSIOTIS, A. **Digital mental health and intellectual disabilities: state of the evidence and future directions.** Evidence Based Mental Health, v. 20, 2017. Disponível em: https://doi.org/10.1136/eb-2017-102759. Acesso em: 11 mar. 2026.

RESISTÊNCIA ANTIMICROBIANA NA PERSPECTIVA ONE HEALTH: DESAFIOS E ESTRATÉGIAS PARA O FORTALECIMENTO DO SUS E DA SAÚDE GLOBAL

AUGUSTO ANDRÉ GRUNITZKY; KELORI PAVLAK MORETTO; MARIA JÚLIA MONTEIRO MARCHINI; PRISCILA JACQUELINE LOPES VIEIRA

Introdução: A resistência antimicrobiana (RAM) constitui uma das ameaças à saúde pública contemporânea, comprometendo a eficácia de medicamentos no tratamento de infecções bacterianas e impactando os sistemas de saúde. A abordagem One Health reconhece a interdependência entre saúde humana, animal e ambiental, evidenciando a circulação de microrganismos resistentes e genes de resistência entre ambientes hospitalares, comunidades, solos, recursos hídricos e cadeias agropecuárias. O uso inadequado e excessivo de antimicrobianos na medicina humana, veterinária e agricultura favorece a seleção e disseminação de cepas resistentes, exigindo respostas integradas no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS). **Objetivo:** Analisar a resistência antimicrobiana sob a perspectiva One Health, destacando estratégias de vigilância, prevenção, controle de infecções e uso racional de antimicrobianos no SUS. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão narrativa da literatura, baseada em artigos científicos recentes e relatórios técnicos de organismos nacionais e internacionais de saúde, abordando a RAM, a abordagem One Health e suas implicações para a saúde pública. **Resultados:** A resistência antimicrobiana está associada ao aumento da morbidade, mortalidade e dos custos relacionados ao tratamento de infecções, representando um desafio para o SUS. Entre os fatores relacionados à disseminação da RAM destacam-se a automedicação, prescrições inadequadas, falhas no diagnóstico microbiológico, baixa adesão às medidas de prevenção e controle de infecções e o uso indiscriminado de antimicrobianos na produção animal. Os mecanismos moleculares envolvidos incluem produção de enzimas inativadoras, alterações nos sítios-alvo dos fármacos, bombas de efluxo e transferência horizontal de genes. O enfrentamento desse problema requer fortalecimento da vigilância epidemiológica, implementação de programas de gerenciamento do uso de antimicrobianos (antimicrobial stewardship), educação dos profissionais de saúde e integração entre os setores humano, animal e ambiental. Tecnologias como testes diagnósticos rápidos, sequenciamento genômico e inteligência artificial apresentam potencial para aprimorar a identificação de patógenos resistentes. **Conclusão:** A RAM exige estratégias entre saúde humana, animal e ambiental. No contexto brasileiro, a abordagem One Health fortalece as ações do SUS à vigilância em saúde, prevenção de infecções, uso racional de medicamentos e inovação tecnológica. Políticas públicas integradas serão fundamentais para o cumprimento das metas globais de 2030 e preservação da eficácia dos antimicrobianos.

Palavras-chave: **RESISTENCIA ANTIMICROBIANA; ONE HEALTH; VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA**

DOI: 10.51161/iv-conasus/85491

RELATO DE EXPERIÊNCIA DE AÇÕES PREVENTIVAS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA

ALINE VITÓRIA DE SENE

Introdução: A atenção primária à saúde, baseada na Estratégia de Saúde da Família (ESF), tem como pilares a prevenção, promoção e recuperação de saúde. Diante desses aspectos fundamentais, uma ferramenta para alcançá-los é a educação em saúde nas unidades básicas com o intuito de orientar os pacientes, combatendo a pós-verdade, promovendo o manejo adequado de doenças e prevenindo complicações. **Objetivo:** Este estudo tem por objetivo relatar os resultados de ações de educação em saúde nas Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSFs) no município de Catalão realizadas por estudantes do curso de medicina da Universidade Federal de Catalão (UFCAT), analisando a efetividade delas na prevenção de comorbidades e complicações, somado ao combate das "fake news" sobre assuntos de saúde, difundidas entre os usuários. **Relato de experiência:** As ações de educação em saúde foram realizadas por meio de palestras explicativas na sala de espera da unidade, cartazes e folders espalhados por ela. Essas ações foram bem avaliadas pelos usuários da unidade, os quais apresentaram-se dispostos a ouvir e conversar com os estudantes, relatando experiências pessoais relacionadas aos tópicos de saúde abordados, bem como informações falsas recebidas, as quais foram desmistificadas pelas explicações. Além disso, eles apresentaram-se com curiosidade quanto aos conteúdos dos cartazes e folders enquanto esperavam pelos atendimentos. Os usuários e os profissionais de saúde da unidade relataram a contribuição das ações de educação em saúde no conhecimento de práticas saudáveis, de meios de prevenção, de cuidados com comorbidades e de serviços oferecidos pelas UBSFs do município. A partir da aquisição do conhecimento pelos usuários, ocorreram maiores adesão ao tratamento e procura por diversos serviços de saúde nas UBSFs, principalmente àqueles relacionados à prevenção de saúde, como o acompanhamento de rotina com o médico de família e comunidade e o dentista, vacinação e planejamento familiar. **Conclusão:** Conclui-se que a educação em saúde apresenta um impacto positivo na atenção básica, especialmente nos serviços de prevenção de saúde com cuidados de rotina, vacinação e planejamento familiar. Recomenda-se, portanto, a realização contínua dessas ações pelas equipes de saúde da família presentes nas UBSFs, por meio da capacitação dos profissionais para orientação dos usuários.

Palavras-chave: **EDUCAÇÃO; SAÚDE; PREVENÇÃO**

DOI: 10.51161/iv-conasus/85512

GRUPO DE ESTUDO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE DE TERAPEUTAS OCUPACIONAIS EM UM HOSPITAL TERCIÁRIO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

LUÍSA INOJOSA GONÇALVES DE BARROS; SALOMÃO MENDONÇA DE OLIVEIRA; ROBERTA FONTENELE DE VASCONCELOS

RESUMO

A Terapia Ocupacional é uma profissão da área da saúde que está inserida em diversos campos de atuação, incluindo o ambiente hospitalar. Apesar disso, observa-se uma escassez de publicações que ajudam a embasar a atuação. Diante desse cenário, entende-se que a educação permanente em saúde (EPS), pode ser adotada com o intuito de promover um espaço de troca para a produção de conhecimento baseado em práticas científicas. Esse artigo, tem como objetivo instigar a prática de grupos de educação permanente em saúde entre terapeutas ocupacionais a partir da experiência vivida por residentes e profissionais da categoria, em grupo de estudos em um hospital terciário no estado do ceará. O grupo é organizado pelos próprios profissionais do hospital, que tem como objetivo reunir a categoria para debater práticas e abordagens da atuação em diferentes espaços do hospital. Nesses momentos é possível refletir e debater a temática e instigar a adoção de novas práticas nos diferentes setores. Nos encontros são escolhidos os temas relevantes para os terapeutas ocupacionais dentro desse contexto, o que favorece a aplicabilidade das discussões e aumenta o engajamento dos profissionais. A regularidade dos encontros permite que os temas acompanhem as inovações que acontecem no ambiente hospitalar. Além disso, através do grupo a gestão consegue estar mais próximo dos profissionais e atuar também de forma mais eficiente. Alguns dos conteúdos trazidos para a discussão foram a Tecnologia Assistiva e os Cuidados Paliativos que são assuntos extremamente relevantes dentro do hospital. Por fim, o grupo de estudo gera um espaço de confraternização entre os Terapeutas Ocupacionais que no cotidiano não conseguem se encontrar. Conclui-se que a prática de grupo de estudos de Terapeutas Ocupacionais, seguindo a estratégia de EPS, se faz de extrema importância dentro do contexto hospitalar e deve ser incentivada pela gestão.

Palavras-chave: Formação Continuada; Assistência Hospitalar; Terapia Ocupacional

1 INTRODUÇÃO

A Terapia Ocupacional é uma profissão da área da saúde e tem como objetivo incentivar o indivíduo a ampliar suas habilidades e seu bem estar para a realização das suas ocupações de interesses (Merino *et al*., 2026). Os profissionais da área estão inseridos em diversos campos de atuação, dentro do ambiente hospitalar, o Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO, 2014), reconhece seu trabalho no desenvolvimento e prática, junto aos paciente, familiares e acompanhantes e/ou cuidadores.

DOI: 10.51161/iv-conasus/85535

Além disso, a resolução traz que o profissional deve escolher e utilizar métodos e técnicas apropriadas ao contexto hospitalar. (COFFITO, 2014). Apesar da existência dessa resolução que valida a prática da Terapia Ocupacional e suas práticas, observa-se uma escassa as publicações que ajudam os profissionais a embasar suas atuações e condutas (Borges; Leoni; Coutinho, 2012).

Diante desse cenário, entende-se que a educação permanente em saúde (EPS), preconizada pelo Sistema Único de Saúde (SUS), pode ser adotada entre os profissionais de Terapia Ocupacional com o intuito de promover um espaço de troca para a produção de conhecimento baseado em práticas científicas entre os colegas da mesma categoria. A Educação Permanente em Saúde é uma estratégia que incentiva a uma análise crítica e reflexiva acerca das práticas e intervenções realizadas no ambiente de trabalho (Adamy et al., 2018). No contexto hospitalar, essa estratégia busca incentivar a ampliação de conhecimentos que acompanham as constantes inovações tecnológicas desse espaço, para proporcionar o cuidado eficiente aos indivíduos (Adamy et al., 2018). Além disso, ter um grupo de estudos dentro do próprio contexto de trabalho, ajuda a direcionar a discussão, a realidade do local, o que torna a prática mais efetiva. (Miccas; Batista, 2014).

Dessa forma, percebe- se a ESP como prática importante dentro do contexto hospitalar para desenvolver, um espaço de troca de conhecimento e prática entre os Terapeutas Ocupacionais. Esse trabalho tem como objetivo instigar a prática de grupos de educação permanente em saúde entre terapeutas ocupacionais a partir da experiência vivida por residentes e profissionais da categoria, em grupo de estudos em um hospital terciário no estado do Ceará.

2 RELATO DE CASO/ EXPERIÊNCIA

Esse trabalho é o relato de experiências de residentes e profissionais de Terapia Ocupacional, que participam de um grupo de estudos em hospital terciário no ceará. O grupo é organizado por um grupo de profissionais, que tem como objetivo reunir a categoria para debater práticas e abordagens da atuação em diferentes espaços do hospital. Essa organização tem o apoio direto da coordenação de Terapia Ocupacional, a qual facilita a continuidade desse grupo e convoca os profissionais a saírem um pouco dos seus setores e se juntarem para esse momento de estudo.

Nos períodos pré-determinados, é selecionado um tema principal e uma vez por semana, ocorre um minicurso com um profissional do hospital ou convidado, que tenha sua prática próxima ao conteúdo para ensinar aos demais. Além de minicurso teórico, por vezes são realizadas práticas, onde os profissionais colocam em prática o que foi visto.

Nesse cenário consegue-se aprender novos conceitos e práticas, além de permitir conhecer a atuação terapêutica ocupacional que ocorre em diferentes áreas dentro da realidade hospitalar. Momentos que permitiram refletir e debater as temáticas e instigar a educação permanente para adoção de novas práticas nos diferentes setores.

Os encontros se tornaram também um espaço de confraternização, onde podemos conhecer outros profissionais do hospital que na rotina corrida, por estarem em setores diferentes, não tem a oportunidade. Assim, fortalece a categoria e amplia o sentimento de pertencimento.

3 DISCUSSÃO

O grupo de estudo, ocorre dentro do hospital e são escolhidos os temas relevantes para os terapeutas ocupacionais dentro desse contexto. Essa proximidade com a realidade está intrinsecamente relacionada com o que preconiza a EPS, que busca criar espaço de ensino voltada ao universo de trabalho daqueles profissionais (Miccas; Batista, 2014)

A regularidade do encontro do grupo é algo que os organizadores buscam manter, após

um ciclo de um tema, tem-se uma pausa mas logo é trazida nova temática. Essa constante é de extrema importância tanto para a continuidade como também ao se tratar de profissionais que estão inseridos no ambiente hospitalar. O hospital é um espaço de alta complexidade e com constantes mudanças, com adesão de novas tecnologias, o que faz com que os profissionais tenham que se manter atualizados, (Adamy et al., 2018).

Nos encontros do grupo de estudos, percebe-se a adesão dos profissionais tanto de comparecer às reuniões como de interagir. Cria-se debates acerca do assunto e sua aplicabilidade nos diferentes setores Os profissionais passam a refletir, como pode incluir e adaptar na sua prática. Essa dinâmica é corroborada com os achados de Miccas, Batista, 2014, o qual encontrou no seus resultados artigos que afirmaram observar uma postura mais crítica dos profissionais e mais pró ativa.

Outrossim, os grupos de estudos se tornaram um espaço dos profissionais junto com a gestão. Dessa forma, facilita a comunicação e traz a administração da categoria para mais próximo das demandas daqueles que estão no atuação prática. Durante as discussões frequentemente são pontuados, dificuldades enfrentadas nos setores, propostas que podem ser adotadas, ou recursos que percebem que estão faltando. A dinâmica de união entre gestores e profissionais a partir da EPS foi encontrada também no artigo de Adamy et al., 2018, o qual trouxe a gestão para mais próximo da realidade e aumento da flexibilidade.

Dentre os assuntos já trazidos para estudos neste ano, temos a Tecnologia Assistiva (TA) e os cuidados paliativos. Durante as reuniões de TA além da parte teórica de avaliação e cuidados na recomendação do uso, foram realizadas oficinas, as quais os profissionais puderam confeccionar com a utilização de recursos de baixo custo ou encontrados no próprio hospital. Os dois conteúdos, são de extrema relevância uma vez que estão muito relacionados com a atuação terapêutica ocupacional dentro do contexto hospitalar. Essa ideia é corroborada pelo artigo de Merino *et al*., 2026, que realizou a categorização da atuação da Terapia Ocupacional no contexto hospitalar e traz em seus resultados a relevância da categoria dentro dos cuidados paliativos e na aplicação de TA.

As reuniões costumam ser divididas em duas etapas, e entre elas é realizada uma pausa para lanche que permite a confraternização. É notório como esses momentos são importantes para os profissionais. No hospital a categoria de terapeutas ocupacionais é pequena e dificilmente tem dois profissionais no mesmo setor e muito menos no mesmo dia. Dessa forma, os mesmos costumam estar sozinhos no seu cotidiano o que limita os debates constantes de práticas de atuação e a criação de padronização dentro da categoria. Borges, Leoni e Coutinho, 2012, trazem em seu artigo a escassez de estudos que trazem a abordagem da Terapia Ocupacional no contexto hospitalar e como isso influência na dificuldade de estabelecer parâmetros e definições da atuação da profissão neste ambiente.

4 CONCLUSÃO

Por meio da experiência trazida neste artigo, é possível perceber a importância de grupos de estudos de terapeutas ocupacionais A EPS, faz com que os profissionais sejam instigados a analisar sua atuação dentro dos setores e instigá-los a acrescentar novas práticas. Somado a isso, por serem trazidos conteúdos do ambiente de trabalho facilita a aplicabilidade no cotidiano e aumenta o engajamento nas reuniões com o intuito incentivar a troca de conhecimento e práticas, além de instigar a produção de novas áreas. Além disso, esses momentos trouxeram a aproximação da gestão com os profissionais, mas também traz a confraternização desses que costumam estar sozinhos nos setores, o que fortalece a categoria.

Dessa forma, conclui-se que a prática de grupo de estudos de Terapeutas Ocupacionais, seguindo a estratégia de EPS, se faz de extrema importância dentro do contexto hospitalar e deve ser incentivado pela gestão.

DOI: 10.51161/iv-conasus/85535

REFERÊNCIAS

ADAMY, E. K.; ZOCCHE, D. A. de A.; VENDRUSCOLO, C.; METELSKI, F. K.; ARGENTA, C.; VALENTINI, J. dos S. Tecendo a educação permanente em saúde no contexto hospitalar: relato de experiência. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, Divinópolis, v. 8, e1924, 2018.

BORGES, F.; LEONI, T. F.; COUTINHO, I. Terapia Ocupacional no contexto hospitalar: um delineamento da profissão em hospitais gerais e especializados na cidade de Salvador, BA. **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar**, São Carlos, v. 20, n. 3, p. 425-433, 2012.

CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL (COFFITO). **Resolução nº 429, de 8 de julho de 2013**. Reconhece e disciplina a especialidade de Terapia Ocupacional em Contextos Hospitalares, define as áreas de atuação e as competências do terapeuta ocupacional especialista em Contextos Hospitalares e dá outras providências. Brasília, DF: COFFITO, 2014. Acesso em: 18 jul. 2026.

MERINO, G. S. A. D.; MARTINEZ, A. K.; CABRAL, A. K. P. da S.; TAVARES, C. S. M.; MERINO, E. A. D. Categorização da atuação do terapeuta ocupacional no contexto hospitalar e em unidades multidisciplinares. **InterSciencePlace – International Scientific Journal**, v. 21, art. 1, 2026.

MICCAS, Fernanda Luppino; BATISTA, Sylvia Helena Souza da Silva. **Educação permanente em saúde: metassíntese**. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 48, n. 1, p. 170–185, 2014.

SEMANA INTERNA DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES DO TRABALHO: RELATANDO A EXPERIÊNCIA DE UMA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

RAFAEL BEZERRA DUARTE; MARIA FABIANA SILVA SOUSA BARROS; CAROLINA RODRIGUES DOS SANTOS; NEILIANE TEIXEIRA LIMA BLEASBY MUNIZ; MARIANE OLIVEIRA DE SOUSA FERNANDES; RAQUEL SOUZA DA COSTA; JANE MARIA FERNANDES

Introdução: A Semana Interna de Prevenção de Acidentes do Trabalho (SIPAT) constitui-se numa importante estratégia para a promoção da saúde, prevenção de acidentes e fortalecimento da cultura de segurança nos serviços de saúde. Destarte, em uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA), onde o ritmo intenso de trabalho e a elevada demanda assistencial podem impactar diretamente o bem-estar dos(as) profissionais, iniciativas voltadas ao autocuidado e à valorização da saúde mental tornam-se fundamentais. **Objetivo:** Relatar a experiência das atividades desenvolvidas na SIPAT 2026 da UPA Cristo Redentor, em Fortaleza–CE. **Relato de caso/experiência:** Trata-se de um relato de experiência, de caráter descritivo, elaborado a partir das atividades desenvolvidas durante a SIPAT 2026, realizada na UPA Cristo Redentor, em Fortaleza–CE, no período de 23 a 29 de junho de 2026. Participaram aproximadamente 140 profissionais de diferentes categorias, favorecendo a integração multiprofissional e o compartilhamento de conhecimentos. A programação ocorreu nos turnos da tarde e da noite, possibilitando a participação das diferentes equipes da unidade. Foram promovidas palestras, rodas de conversa, práticas integrativas, dinâmicas educativas e ações voltadas ao fortalecimento do autocuidado, à prevenção de acidentes e à promoção da saúde física e mental dos trabalhadores. Os temas abordados incluíram: NR 32 e NR 06; automedicação: quando o remédio se torna o risco; saúde mental no trabalho; e NR 23: prevenção e combate ao incêndio. Observou-se expressiva adesão dos profissionais, evidenciando o interesse por iniciativas voltadas à saúde do trabalhador. Os momentos de diálogo favoreceram o compartilhamento de experiências, o fortalecimento dos vínculos entre os colaboradores e a ampliação das discussões sobre prevenção de acidentes, qualidade de vida e saúde mental. As atividades sensibilizaram os participantes quanto à importância de ambientes de trabalho mais acolhedores, seguros e humanizados, fortalecendo a cultura institucional de promoção da saúde e prevenção de agravos relacionados ao trabalho. **Conclusão:** Portanto, investir em espaços de escuta, acolhimento e educação permanente fortalece o compromisso institucional com a qualidade de vida dos(as) profissionais e, consequentemente, com a assistência oferecida à população. Recomenda-se a continuidade dessas atividades como estratégia para consolidar ambientes de trabalho mais saudáveis, participativos e humanizados.

Palavras-chave: **EDUCAÇÃO PERMANENTE; SAÚDE DO TRABALHADOR; EGURANÇA NO TRABALHO**

DOI: 10.51161/iv-conasus/85543

TREINAMENTO IN LOCO SOBRE O PROTOCOLO DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE: RELATO DE EXPERIÊNCIA EM UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO

MARIANE OLIVEIRA DE SOUSA FERNANDES; SAMARA MARQUES LIMA; NEILIANE TEIXEIRA LIMA BLEASBY MUNIZ; PRISCILLA THAYLA RODRIGUES DE ANDRADE; JARDÊNIA LINHARES MARTINS; RAQUEL SOUZA DA COSTA; RAFAEL BEZERRA DUARTE

Introdução: A identificação correta do paciente é uma das metas de segurança do paciente e um importante componente para a prevenção de eventos adversos. Nas Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), caracterizadas por alta demanda e rápida rotatividade de pacientes, essa prática torna-se ainda mais relevante para garantir a segurança do cuidado. Nesse contexto, a educação permanente em saúde constitui uma estratégia essencial para fortalecer a cultura de segurança e qualificar os processos assistenciais. **Objetivo:** Relatar a experiência da realização de treinamentos in loco sobre o Protocolo de Identificação do Paciente em três UPAs, no município de Fortaleza, Ceará. **Relato de caso/experiência:** Trata-se de um relato de experiência, referente às atividades de educação permanente realizadas nos meses de junho e julho de 2026, nas UPAs Bom Jardim, Vila Velha e Cristo Redentor, em Fortaleza, Ceará. Os treinamentos foram facilitados pelas coordenações da Qualidade, da Educação Permanente, da Enfermagem e Administrativa de cada unidade e ocorreram diretamente nos setores assistenciais e nas recepções, durante o horário de trabalho, favorecendo a participação dos profissionais. Participaram aproximadamente 120 profissionais. A necessidade dos treinamentos foi identificada através de auditoria interna, que evidenciou fragilidades relacionadas ao processo de identificação do paciente. Observou-se boa adesão das equipes, que reconheceram a importância da conferência sistemática da identificação em todas as etapas do cuidado, fortalecendo o compromisso com práticas seguras, a padronização das condutas e a consolidação da cultura de segurança. As atividades contemplaram exposição dialogada, demonstrações práticas, discussão de situações do cotidiano e esclarecimento de dúvidas sobre o protocolo. Foram reforçadas as recomendações para conferência dos identificadores desde a recepção, classificação de risco e atendimento médico até a realização de exames, administração de medicamentos, procedimentos, internação, transferências e alta do paciente, contribuindo para reduzir o risco de erros assistenciais. **Conclusão:** Os treinamentos favoreceram a interação entre os profissionais e possibilitaram a identificação de dúvidas e oportunidades de melhoria nos processos relacionados à segurança do paciente. Recomenda-se a continuidade de ações educativas, acompanhadas de monitoramento dos processos e auditorias internas periódicas, visando consolidar a identificação segura como prática indispensável em todas as etapas do cuidado prestado nas UPAs.

Palavras-chave: **IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE; UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO; SEGURANÇA DO PACIENTE**

DOI: 10.51161/iv-conasus/85548

PROMOÇÃO DA SAÚDE GINECOLÓGICA NO SISTEMA PRISIONAL FEMININO: RELATO DE EXPERIÊNCIA

LILIAN ANDRÉIA DA ROSA; MATHEUS MONTEIRO VIEIRA; ADRIANA CORTES MELO; ANA BARBOSA DE OLIVEIRA; JHENYFFER SOARES BARBOSA; VANESSA LIMA DO NASCIMENTO; ISELENA CLAUDINO BERNARDES NÓBREGA

Introdução: A população carcerária brasileira enfrenta escassez de recursos para atender às suas necessidades básicas, especialmente a saúde da mulher por contemplar diferentes fases da vida. Higiene íntima, dignidade menstrual, acesso a exames de rastreamento e planejamento reprodutivo são negligenciados, fazendo com que essa população fique vulnerável a potenciais complicações decorrentes da falta de cuidado. **Objetivo:** Relatar a experiência das ações de promoção à saúde ginecológica desenvolvidas por um projeto de extensão universitária em uma penitenciária feminina. **Relato de experiência:** O projeto de extensão intitulado "Coletivo Mandacaru: promovendo saúde ginecológica a mulheres privadas de liberdade", da Universidade Federal da Paraíba, tem como objetivo promover saúde e acolhimento para mulheres e homens trans que cumprem pena em regime fechado na Penitenciária de Reeducação Feminina Maria Júlia Maranhão, localizada em João Pessoa/PB. As atividades, realizadas na unidade prisional, tiveram início em março/2026, com uma campanha de dignidade menstrual. Na ocasião, foi realizada palestra sobre cuidados íntimos, momento que possibilitou uma troca entre os integrantes do projeto e as apenadas, seguida da distribuição de absorventes higiênicos arrecadados mediante doações. Até junho/2026, o projeto ofereceu oportunidade de coleta de exame citopatológico do colo do útero. A cada ação do "mutirão de citológicos", explicou-se sobre a importância do exame, foi realizada uma breve anamnese e, em seguida, a coleta do material cervico-vaginal. Foram realizados 67 exames. Outra ação desenvolvida foi de planejamento reprodutivo com disponibilização de DIU de cobre e inserção na própria unidade, ação inédita no cuidado dessas pessoas. Nove mulheres foram contempladas nessa ação, com prioridade àquelas que estavam recebendo visitas íntimas, buscando evitar uma gestação em cárcere, que é ainda mais desafiadora. **Conclusão:** As ações desenvolvidas apresentaram grande impacto na saúde de pessoas com útero que se encontram privadas de liberdade. Em um cenário marcado pela limitação de recursos, a ampliação do acesso ao rastreamento do câncer do colo do útero, aos métodos contraceptivos de longa duração e às ações voltadas à dignidade menstrual evidenciam que a extensão é uma iniciativa prática que conecta a universidade à sociedade, especialmente comunidades externas de difícil acesso e em vulnerabilidade.

Palavras-chave: **MULHERES; SAÚDE DA MULHER; PRISÕES**

DOI: 10.51161/iv-conasus/85556

VIVÊNCIA COMO ESTAGIÁRIA DE PSICOLOGIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: INQUIETAÇÕES QUANTO À PATOLOGIZAÇÃO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES

NATHÁLIA NUNES LINS ETELVINO

Introdução: A sociedade tende a atribuir caráter individual a dificuldades escolares que possuem natureza socioeconômica e coletiva (Souza, 1997). Choueri (2024) destaca que o professor assume papel de identificar "erros e não-conformidades" que fogem aos padrões da educação e da medicina. Essa individualização de problemas coletivos sustenta lógica patologizante e medicalizante, levando ao encaminhamento de estudantes com dificuldades de aprendizagem a serviços de saúde, muitas vezes sob suspeita de transtornos. Psicólogos, médicos e psicopedagogos assumem, assim, papel político na investigação das queixas escolares, evitando a patologização de crianças e adolescentes e contribuindo para reduzir desigualdades sociais no Brasil (Patto, 1990). A cartilha do Conselho Federal de Psicologia (2015) reforça a superação da lógica individualizante, a busca por alternativas à medicalização e a compreensão do contexto de vida dos estudantes. **Objetivo**: Relatar experiência de estágio em Psicologia realizado em duas Clínicas da Família da Zona Norte do Rio de Janeiro, em 2025, evidenciando inquietações quanto à patologização e medicalização de crianças e adolescentes atendidos nas unidades. **Relato de experiência**: O estágio possibilitou compreender o funcionamento da Atenção Primária à Saúde (APS) e a atuação da eMulti no suporte matricial às equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF), bem como o papel do psicólogo nesse contexto. Nas reuniões de matriciamento, eram frequentes os encaminhamentos por queixa escolar (dificuldades de aprendizagem, comportamentos inadequados, agressividade), por vezes, com suspeita de transtornos indicada pela escola, incluindo pedidos de diagnóstico ou medicação. Esses casos eram direcionados majoritariamente à psicóloga preceptora, revelando tendência da ESF em buscar nela desfecho para tal. Observou-se, contudo, que a maioria dos encaminhamentos carecia de investigação mais aprofundada do contexto sócio-histórico-cultural do aluno antes do direcionamento ao setor de saúde. Diante da alta demanda, a psicóloga, junto à ESF, passou a realizar encontros grupais com as crianças, criando espaços de interação e observação para identificar sinais que indicassem a necessidade de outras abordagens. **Conclusão**: A experiência evidenciou a importância do posicionamento crítico da eMulti, sobretudo do psicólogo, frente à tendência escolar de medicalizar comportamentos divergentes, reforçando a necessidade de capacitar profissionais da educação para investigações contextualizadas e de fortalecer a articulação saúde-educação.

Palavras-chave: **PATOLOGIZAÇÃO; QUEIXA ESCOLAR; ATENÇÃO PRIMÉRIA À SAÚDE**

DOI: 10.51161/iv-conasus/85581

FEBRE MACULOSA: INTERFACE HOMEM-ANIMAL-AMBIENTE E CENÁRIO EPIDEMIOLÓGICO NO SUDESTE BRASILEIRO

NIELENICE JERONIMO DE OLIVEIRA LINHARES; BIANCA BAYMA DE OLIVEIRA ARZE; GABRIELA BAYMA ARZE CORRÊA DE MELLO; VIVIA AFONSO

RESUMO

A Febre Maculosa Brasileira (FMB) é uma zoonose de elevada letalidade causada principalmente por *Rickettsia rickettsii*, cuja ocorrência resulta da interação entre vetores, hospedeiros, seres humanos e fatores ambientais, caracterizando importante agravo sob a perspectiva da Saúde Única. Objetivou-se analisar os aspectos epidemiológicos, ecológicos, clínicos e preventivos da FMB na Região Sudeste do Brasil, enfatizando os fatores associados à manutenção da transmissão e à necessidade de estratégias integradas de vigilância. Trata-se de uma revisão integrativa da literatura realizada nas bases PubMed, SciELO, LILACS e Biblioteca Virtual em Saúde, complementada por documentos técnicos do Ministério da Saúde e dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), contemplando publicações entre 2021 e 2026. Os resultados demonstraram que a Região Sudeste concentra a maior parte dos casos confirmados da doença no país, com destaque para o estado de São Paulo, em decorrência da ampla distribuição do carrapato *Amblyomma sculptum*, da presença de hospedeiros amplificadores, especialmente capivaras, e das alterações ambientais decorrentes da expansão urbana. Observou-se que as manifestações clínicas iniciais são inespecíficas, dificultando o diagnóstico precoce e favorecendo atraso terapêutico, fator diretamente relacionado ao aumento da letalidade. A antibioticoterapia com doxiciclina permanece como tratamento de escolha e deve ser iniciada imediatamente diante da suspeita clínica, independentemente da confirmação laboratorial. Conclui-se que o fortalecimento da vigilância epidemiológica, ambiental e veterinária, associado à educação em saúde, ao diagnóstico oportuno e às ações intersetoriais fundamentadas no conceito de Saúde Única, constitui estratégia essencial para reduzir a morbimortalidade e prevenir novos casos de Febre Maculosa Brasileira.

Palavras-chave: Saúde Única; Riquetsioses; Vigilância Epidemiológica.

1. INTRODUÇÃO

A Febre Maculosa Brasileira (FMB) é uma zoonose infecciosa aguda causada principalmente por *Rickettsia rickettsii* e transmitida por carrapatos do gênero *Amblyomma*. Embora apresente baixa incidência, destaca-se pela elevada letalidade quando o diagnóstico e o tratamento são tardios, constituindo importante problema de saúde pública no Brasil (BRASIL, 2022).

DOI: 10.51161/iv-conasus/85589

A ocorrência da doença está relacionada à interação entre seres humanos, animais, vetores e ambiente, reforçando a importância da abordagem Saúde Única para a vigilância e o controle da enfermidade (WORLD HEALTH ORGANIZATION et al., 2022). A Região Sudeste concentra a maior parte dos casos confirmados no país (BRASIL, 2024).

Diante desse cenário, este estudo teve como objetivo analisar os aspectos epidemiológicos, ecológicos e clínicos da Febre Maculosa Brasileira na Região Sudeste, enfatizando a importância da abordagem Saúde Única para a prevenção e o controle da doença.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, de caráter descritivo, realizada por meio de buscas nas bases de dados PubMed, SciELO e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), complementadas por documentos oficiais do Ministério da Saúde e da Organização Mundial da Saúde.

Foram incluídos artigos científicos publicados entre 2019 e 2026, nos idiomas português e inglês, relacionados à epidemiologia, diagnóstico, tratamento, prevenção e vigilância da Febre Maculosa Brasileira.

A estratégia de busca utilizou os descritores “Febre Maculosa Brasileira”, “Rickettsia rickettsii”, “Amblyomma”, “Saúde Única” e “Vigilância Epidemiológica”, combinados pelos operadores booleanos AND e OR.

Foram excluídos estudos duplicados, publicações sem acesso ao texto completo e trabalhos que não contemplavam a temática proposta.

Os estudos selecionados foram analisados de forma descritiva, visando sintetizar as evidências científicas sobre os aspectos epidemiológicos, clínicos e ambientais da doença sob a perspectiva da abordagem Saúde Única.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise da evolução temporal dos casos confirmados de Febre Maculosa na Região Sudeste do Brasil, no período de 2021 a 2026, demonstrou que essa região permaneceu como a principal área de ocorrência da doença no país. Observou-se que a Região Sudeste concentrou o maior número de casos confirmados durante todo o período analisado, reafirmando sua importância epidemiológica no cenário nacional (BRASIL, 2024).

Em 2023 foi registrado o maior número de casos confirmados (229), coincidindo com os surtos ocorridos principalmente no estado de São Paulo. Em 2024 manteve-se elevado o número de confirmações (227 casos), indicando a persistência da circulação da doença na região. Os dados referentes aos anos de 2025 e 2026 ainda são considerados preliminares e permanecem sujeitos à atualização pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) (DATASUS/SINAN, 2026).

Entre os estados da Região Sudeste, São Paulo apresentou o maior número absoluto de casos durante praticamente todo o período analisado, seguido por Minas Gerais, Rio de Janeiro e Espírito Santo. Essa distribuição reforça os achados dos Boletins Epidemiológicos do Ministério da Saúde, que apontam a Região Sudeste como responsável pela maior parte

DOI: 10.51161/iv-conasus/85589

dos casos registrados no país, concentrando aproximadamente 62,4% das confirmações entre 2013 e 2023 (BRASIL, 2024).

A predominância da doença em São Paulo está relacionada à ampla distribuição do carrapato Amblyomma sculptum, principal vetor de Rickettsia rickettsii, associada à elevada densidade de hospedeiros amplificadores, especialmente capivaras (Hydrochoerus hydrochaeris), e às condições ambientais favoráveis à manutenção do ciclo de transmissão (BRASIL, 2022; RAMÍREZ-HERNÁNDEZ et al., 2020). Além disso, a expansão urbana, a fragmentação de habitats naturais e a crescente interação entre seres humanos, animais e vetores favorecem a ocorrência da doença em áreas periurbanas, reforçando a importância da abordagem Saúde Única (WORLD HEALTH ORGANIZATION et al., 2022; SEMA-DF, 2024).

Sob essa perspectiva, a Febre Maculosa Brasileira representa um exemplo clássico da interação entre saúde humana, animal e ambiental. A manutenção dos ciclos ecológicos envolvendo carrapatos do gênero Amblyomma, capivaras, equinos, cães e outros mamíferos evidencia que o controle da doença depende de estratégias integradas de vigilância epidemiológica, ambiental e veterinária, associadas à educação em saúde e ao monitoramento contínuo das áreas de risco (WORLD HEALTH ORGANIZATION et al., 2022).

Do ponto de vista fisiopatológico, Rickettsia rickettsii infecta diretamente as células endoteliais, promovendo aumento da permeabilidade vascular, extravasamento de plasma e vasculite sistêmica. Esse mecanismo explica o aparecimento do exantema, edema, hipotensão e, nos casos graves, choque, coagulação intravascular disseminada, insuficiência renal aguda e disfunção de múltiplos órgãos (VALBUENA; WALKER, 2019; BRASIL, 2024).

O diagnóstico permanece um desafio devido às manifestações clínicas inespecíficas nas fases iniciais da doença, frequentemente confundidas com dengue, leptospirose, chikungunya, zika e COVID-19. Dessa forma, a suspeita clínica deve considerar a história epidemiológica de exposição a carrapatos ou áreas de risco, sendo a confirmação realizada por PCR ou imunofluorescência indireta (RIFI). Entretanto, considerando a elevada letalidade da doença, a antibioticoterapia não deve ser adiada até a confirmação laboratorial (BRASIL, 2022; BRASIL, 2024).

A doxiciclina permanece como o tratamento de primeira escolha para adultos e crianças, devendo ser iniciada imediatamente após a suspeita clínica. Evidências demonstram que o início precoce da terapia reduz significativamente a mortalidade, enquanto o atraso no tratamento está diretamente relacionado à evolução para formas graves (BRASIL, 2022; SAHNI et al., 2019).

Dessa forma, os resultados evidenciam que a Febre Maculosa Brasileira permanece como importante problema de saúde pública na Região Sudeste, justificando o fortalecimento das ações de vigilância epidemiológica, monitoramento ambiental, educação em saúde e diagnóstico precoce, especialmente nas áreas endêmicas, como estratégias essenciais para reduzir a incidência e a letalidade da doença (BRASIL, 2024).

4. CONCLUSÃO

A Febre Maculosa Brasileira permanece como importante desafio para a saúde pública, especialmente na Região Sudeste, onde fatores ecológicos, ambientais e antrópicos favorecem a manutenção do ciclo de transmissão. A interação entre seres humanos, hospedeiros vertebrados, carrapatos e alterações ambientais reforça a necessidade de uma

DOI: 10.51161/iv-conasus/85589

abordagem baseada no conceito de Saúde Única (One Health), integrando vigilância epidemiológica, ambiental e veterinária.

Considerando a elevada letalidade da doença e a inespecificidade das manifestações clínicas iniciais, o reconhecimento precoce dos fatores de risco, a suspeição clínica oportuna e o início imediato da antibioticoterapia são determinantes para reduzir a morbimortalidade. Dessa forma, o fortalecimento das ações de vigilância, educação em saúde e monitoramento ambiental constitui estratégia essencial para o controle da Febre Maculosa Brasileira.

REFERÊNCIAS

BRASIL, J.; PINTER, A.; ANGERAMI, R. N.; DONALISIO, M. R. **Distribuição espacial e temporal da febre maculosa brasileira em área endêmica: perfil epidemiológico de uma zoonose em constante adaptação às ações antrópicas.** *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v. 29, e260020, 2026. Disponível em: https://www.scielosp.org/article/rbepid/2026.v29/e260020/pt/. Acesso em: 11 jul. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Febre maculosa: aspectos epidemiológicos, clínicos e ambientais.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/febre-maculosa. Acesso em: 17 jul. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN): casos confirmados de febre maculosa no Brasil, grandes regiões e unidades federadas, segundo local provável de infecção (2007–2026).** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2026. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/f/febre-maculosa/situacao-epidemiologica/casos-confirmados-de-febre-maculosa-brasil-grandes-regioes-e-unidades-federadas-infeccao-2007-a-2026. Acesso em: 17 jul. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. **Boletim Epidemiológico: perfil epidemiológico da febre maculosa no Brasil – 2013 a 2023.**Brasília, DF: Ministério da Saúde, v. 55, n. 9, 2024. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2024/boletim-epidemiologico-volume-55-no-09.pdf. Acesso em: 17 jul. 2026.

CONEXÃO UFRJ. **Febre maculosa sob monitoramento.**Rio de Janeiro, 2023. Disponível em: https://conexao.ufrj.br/2023/06/febre-maculosa-sob-monitoramento/. Acesso em: 17 jul. 2026.

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado do Meio Ambiente. **As capivaras e a Febre Maculosa Brasileira (FMB): a realidade do Distrito Federal.** Brasília, DF, 2024. Disponível em: https://www.sema.df.gov.br/as-capivaras-e-a-febre-maculosa-brasileira-fmb-a-realidade-do-distrito-federal. Acesso em: 17 jul. 2026.

PERIÓDICOS SAÚDE SP. **Aspectos epidemiológicos da febre maculosa no Rio de Janeiro: abordagem Uma Só Saúde.** Disponível em: https://periodicos.saude.sp.gov.br/RIAL/article/view/41705. Acesso em: 17 jul. 2026.

RAMÍREZ-HERNÁNDEZ, A.; UCHOA, F.; SERPA, M. C. A.; BINDER, L. C.; SOUZA, C. E.; LABRUNA, M. B. **Capybaras (Hydrochoerus hydrochaeris) as amplifying hosts of Rickettsia rickettsii to Amblyomma sculptum ticks: evaluation during primary and subsequent exposures to R. rickettsii infection.** *Ticks and Tick-borne Diseases*, v. 11, n. 5, p. 101463, 2020. DOI: 10.1016/j.ttbdis.2020.101463.

REVISTA FT. **Dinâmica ecológica da febre maculosa em parques urbanos: riscos de contaminação e lacunas na vigilância em Cuiabá-MT.** 2025. Disponível em: https://revistaft.com.br/dinamica-ecologica-da-febre-maculosa-em-parques-urbanos-riscos-de-contaminacao-e-lacunas-na-vigilancia-em-cuiaba-mt/. Acesso em: 17 jul. 2026.

RIO DE JANEIRO (Estado). Secretaria de Estado de Saúde. **Febre Maculosa: SES-RJ orienta vigilâncias municipais para período de maior incidência da doença.** Rio de Janeiro, 2023. Disponível em: https://www.saude.rj.gov.br/noticias/2023/06/febre-maculosa-ses-rj-orienta-vigilancias-municipais-para-periodo-de-maior-incidencia-da-doenca. Acesso em: 17 jul. 2026.

SAHNI, S. K. *et al.* **Pathogenesis of rickettsial diseases: pathogenic and immune mechanisms of an endotheliotropic infection.** *Pathogens and Disease*, v. 77, n. 3, 2019. DOI: 10.1093/femspd/ftz014. Disponível em: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6505701/. Acesso em: 17 jul. 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION; FOOD AND AGRICULTURE ORGANIZATION OF THE UNITED NATIONS; UNITED NATIONS ENVIRONMENT PROGRAMME; WORLD ORGANISATION FOR ANIMAL HEALTH. **One Health Joint Plan of Action (2022–2026): working together for the health of humans, animals, plants and the environment.** Geneva: World Health Organization, 2022.

(IN)VISIBILIDADE E HETERONORMATIVIDADE NO ATENDIMENTO GINECOLÓGICO DE MULHERES LÉSBICAS E BISSEXUAIS: UMA REVISÃO DE LITERATURA

DALILA DALIA BARBOSA GIRÃO; LAINY LEINY DE LIMA

Introdução: O acesso à saúde deve ser equânime e livre de discriminação; contudo, mulheres lésbicas e bissexuais ainda enfrentam barreiras no atendimento ginecológico. A presunção da heterossexualidade pelos serviços de saúde favorece a invisibilização de suas necessidades, comprometendo o acolhimento, a continuidade da assistência e o acesso a informações sobre saúde sexual. Apesar da crescente discussão internacional, a produção científica brasileira sobre o tema ainda é limitada. **Objetivo:** Analisar os impactos da heterossexualidade presumida no atendimento ginecológico de mulheres lésbicas e bissexuais. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão narrativa da literatura, realizada por meio de buscas no Google Acadêmico. Foram utilizados os descritores "assistência ginecológica", "lésbicas", "bissexuais", "saúde da mulher" e "minorias sexuais", empregados de forma isolada e em diferentes combinações para ampliar a recuperação de estudos relacionados ao tema. Foram incluídos artigos publicados em português e inglês, disponíveis na íntegra e pertinentes ao objetivo da pesquisa. **Resultados:** Os estudos evidenciaram que a heteronormatividade influencia negativamente a assistência ginecológica, favorecendo falhas na comunicação, invisibilização da orientação sexual e inadequação das orientações sobre saúde sexual e prevenção de ISTs. Também foram identificados relatos de discriminação, constrangimento e despreparo profissional, fatores que reduzem a adesão ao acompanhamento ginecológico. A literatura destaca que o uso de linguagem inclusiva, o registro respeitoso da orientação sexual, a capacitação dos profissionais e a adoção de ambientes acolhedores contribuem para um cuidado mais qualificado. **Conclusão:** A heterossexualidade presumida constitui uma importante barreira ao cuidado ginecológico de mulheres lésbicas e bissexuais. Investimentos na formação profissional e na implementação de práticas assistenciais inclusivas são fundamentais para promover um atendimento humanizado, equânime e livre de discriminação.

Palavras-chave: **DISPARIDADE NOS CUIDADOS DE SAUDE; MINORIAS SEXUAIS E DE GENERO; SAUDE LGBTQIA+**

DOI: 10.51161/iv-conasus/85595

REGIONALIZAÇÃO DO SUS NO PARÁ: DESAFIOS TERRITORIAIS, ASSISTENCIAIS E POLÍTICO-INSTITUCIONAIS PARA A EQUIDADE NA AMAZÔNIA

AUTOR 1: Jefferson Pinto de Oliveira (autor principal, CENTRO UNIVERSITÁRIO FIBRA, Acadêmico de Medicina e jeffersonadepara2003@gmail.com)
AUTORA 2: Juliane Brenda Oliveira Bouillet (coautora, CENTRO UNIVERSITÁRIO FIBRA), Acadêmica de Medicina e julianebouillet@gmail.com

RESUMO
A regionalização constitui diretriz constitucional do Sistema Único de Saúde (SUS), mas sua operacionalização na Amazônia enfrenta obstáculos singulares. Este estudo analisa criticamente os desafios territoriais, assistenciais e político-institucionais da regionalização no Estado do Pará, com base em revisão crítica documental e narrativa da literatura, abrangendo marcos legais (Constituição Federal, Leis nº 8.080/1990 e 8.142/1990, Decreto nº 7.508/2011), documentos da Secretaria de Estado de Saúde Pública (SESPA) e dados do IBGE, CNES e DATASUS. O Pará possui 1,24 milhão de km², 8,12 milhões de habitantes e 13 Regiões de Saúde, mas a efetivação das Redes de Atenção à Saúde (RAS) é comprometida por baixa densidade demográfica, dispersão populacional, dependência de transporte fluvial e aéreo, sazonalidade hidrológica, concentração da média e alta complexidade em Belém e poucos polos, vazios assistenciais funcionais, instabilidade da força de trabalho, fragilidade da regulação e da contrarreferência, governança interfederativa assimétrica e financiamento insensível aos custos logísticos. Conclui-se que a regionalização no Pará não pode replicar modelos urbanos; exige adaptação territorial, fortalecimento da Atenção Primária como coordenadora do cuidado, polos regionais contratualizados, logística sanitária integrada, telessaúde como infraestrutura pública e financiamento equitativo que incorpore dispersão e vulnerabilidade. A equidade territorial deve ser critério explícito de planejamento, financiamento e avaliação no SUS amazônico.
PALAVRAS-CHAVE: Acesso aos Serviços de Saúde. Governança em Saúde. Redes de Atenção à Saúde.

1 INTRODUÇÃO
O Sistema Único de Saúde (SUS) foi instituído pela Constituição Federal de 1988 com base nos princípios da universalidade, integralidade e equidade, e organizado em rede regionalizada e hierarquizada. A Lei nº 8.080/1990 consolidou a regionalização como princípio organizativo, distribuindo competências entre União, estados e municípios, enquanto a Lei nº 8.142/1990 institucionalizou a participação social e as transferências intergovernamentais. O Decreto nº 7.508/2011 avançou ao definir a Região de Saúde como espaço geográfico contínuo, constituído por agrupamentos de municípios limítrofes, vinculado a identidades culturais, econômicas, sociais e redes de comunicação e transporte, e ao estabelecer o Planejamento Regional Integrado (PRI) como instrumento de pactuação interfederativa.

No entanto, a aplicação desses dispositivos em territórios amazônicos revela limites expressivos. O Estado do Pará, com 1.245.831 km², população de 8,12 milhões (Censo 2022) e densidade demográfica de 6,5 hab./km², apresenta contrastes profundos:

DOI: 10.51161/iv-conasus/85627

a Região Metropolitana de Belém concentra população, serviços e profissionais, enquanto o interior – ribeirinho, indígena, quilombola, rural e de floresta – enfrenta isolamento geográfico e institucional. As distâncias não se medem apenas em quilômetros, mas em horas de viagem fluvial ou aérea, sazonalidade dos rios, custo do combustível, disponibilidade de embarcações e condições das estradas. O tempo de deslocamento para atendimento especializado pode variar de horas a dias, exigindo pernoites, acompanhantes e gastos familiares que frequentemente inviabilizam o acesso, mesmo quando a vaga é ofertada.

A literatura sobre políticas de saúde na Amazônia (Garnelo et al., 2019; Viana et al., 2007; Kadri et al., 2022) evidencia que barreiras geográficas, baixa disponibilidade de profissionais, concentração de serviços e fragilidade da infraestrutura de transporte produzem padrões de acesso marcados por demora, peregrinação, dependência de redes informais e adiamento do cuidado. Estudos sobre territórios rurais remotos (Santos et al., 2024; Fausto et al., 2022) mostram que a distância se combina a fatores econômicos e institucionais, criando percursos assistenciais descontínuos.

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) foram concebidas para superar a fragmentação, articulando horizontalmente pontos de atenção de diferentes densidades tecnológicas, com a Atenção Primária à Saúde (APS) como centro de comunicação e coordenadora do cuidado. No Pará, contudo, a capacidade da APS de coordenar percursos é condicionada por estabilidade das equipes, disponibilidade diagnóstica, comunicação com especialistas, acesso à regulação, transporte sanitário e retorno informacional após atendimentos realizados em outros municípios.

O PRI e as Comissões Intergestores Regionais (CIR) oferecem arenas para pactuação, mas sua efetividade depende de capacidade técnica, regularidade, transparência e vinculação orçamentária.

Assim, a pergunta que orienta este estudo é: como as características territoriais, institucionais e organizacionais da Amazônia influenciam a efetividade da regionalização e das RAS no Pará, e quais são os principais obstáculos a serem enfrentados? O objetivo geral é analisar criticamente os desafios estruturais da regionalização do SUS no Pará, articulando fundamentos normativos, evidências científicas e documentos oficiais, com ênfase na organização das RAS, na governança interfederativa, na força de trabalho, na regulação e no financiamento.

2 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo qualitativo, exploratório e analítico-interpretativo, desenvolvido por meio de revisão crítica documental associada a revisão narrativa da literatura. Essa abordagem é adequada à multidimensionalidade da regionalização, fenômeno que combina normas jurídicas, instrumentos de planejamento, estruturas de governança, características territoriais, organização assistencial e produção científica.

2.1 Corpus documental

O corpus normativo federal incluiu: Constituição Federal de 1988 (arts. 196 a 200); Lei nº 8.080/1990; Lei nº 8.142/1990; Decreto nº 7.508/2011; Lei Complementar nº 141/2012; Resoluções CIT nº 23/2017 e nº 37/2018; e Lei nº 14.510/2022 (telessaúde). No âmbito estadual, foram examinados documentos públicos da Secretaria de Estado de Saúde Pública do Pará (SESPA): instrumentos do ciclo de planejamento, Planos Estaduais de Educação Permanente em Saúde (PEEPS 2024-2027) e de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (PEGTES 2024-2027), Programa SUS Digital do Pará, e informações sobre as 13 Regiões de Saúde e 4 macrorregiões. Dados territoriais e populacionais foram obtidos do IBGE (Censo 2022 e estimativas 2025), e informações sobre estabelecimentos

e produção foram consultadas no CNES e DATASUS (consultas realizadas em julho de 2026).

2.2 Estratégia de busca da literatura

A busca bibliográfica foi realizada nas bases SciELO, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), PubMed/MEDLINE e Google Scholar, utilizando descritores e termos livres combinados: "regionalização da saúde", "regiões de saúde", "redes de atenção à saúde", "governança regional", "planejamento regional integrado", "Amazônia", "Pará", "rural remote health", "health regionalization", "health care networks", "access barriers" e "telehealth". Foram priorizadas publicações de 2020 a 2026, sem exclusão de trabalhos seminais anteriores. Realizou-se busca reversa nas referências dos artigos-chave.

2.3 Critérios de elegibilidade e análise

Foram incluídos artigos originais, ensaios teóricos, revisões, estudos de caso, documentos técnicos e avaliações que abordassem regionalização, governança, acesso, RAS, APS, regulação, telessaúde, força de trabalho ou vazios assistenciais, com relevância para a Amazônia, Região Norte ou áreas rurais remotas. Excluíram-se textos opinativos sem sustentação analítica, duplicatas e estudos exclusivamente clínicos.

A análise foi conduzida por leitura integral, codificação temática e comparação entre o conteúdo prescritivo das normas e as evidências de implementação. A interpretação seguiu oito eixos analíticos: (1) território, mobilidade e acessibilidade; (2) capacidade instalada e vazios assistenciais; (3) APS e coordenação do cuidado; (4) governança interfederativa, CIR e PRI; (5) força de trabalho e educação permanente; (6) financiamento e sustentabilidade; (7) regulação, transporte e integração informacional; e (8) telessaúde e inovação. Os dados quantitativos foram analisados por estatística descritiva simples (frequências, proporções e razões por população).

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 Estrutura institucional da regionalização no Pará

O Pará organiza-se em 13 Regiões de Saúde (Metropolitana I, II e III, Rio Caetés, Tocantins, Marajó I e II, Baixo Amazonas, Tapajós, Xingu, Lago de Tucuruí, Carajás e Araguaia) e 4 macrorregiões, que orientam o PRI e a organização de serviços de maior densidade tecnológica. A SESPA mantém 13 Centros Regionais de Saúde, com funções de coordenação técnica, vigilância e apoio aos municípios. As CIR são os espaços ordinários de pactuação entre gestores municipais e estaduais.

Essa arquitetura é formalmente adequada, mas a análise documental e a literatura indicam que a efetividade é limitada por: (i) baixa integração entre planejamento, orçamento e execução; (ii) assimetrias de capacidade técnica e fiscal entre municípios-polo e municípios de pequeno porte; (iii) rotatividade de gestores e equipes, comprometendo a memória institucional; (iv) insuficiência de sistemas de informação interoperáveis para monitorar pactuações, fluxos e resultados.

3.2 Território e barreiras de acesso

A extensão territorial e a hidrografia são determinantes centrais. Mais de 70% dos municípios paraenses dependem de transporte fluvial para acesso a serviços de referência. A sazonalidade dos rios (cheia/seca) modifica rotas e tempos de viagem, exigindo planejamento adaptativo. Comunidades ribeirinhas e indígenas enfrentam dificuldades adicionais: ausência de transporte regular, custos elevados de deslocamento, necessidade de acompanhante, pernoite e perda de renda. O tempo mediano de deslocamento para consultas especializadas em municípios remotos pode superar 12 horas, contrastando com o acesso imediato na capital.

Essas barreiras não são captadas por indicadores tradicionais de cobertura, que consideram apenas distância rodoviária e população residente. O conceito de

"acessibilidade" precisa incorporar tempo de viagem, custo, sazonalidade, disponibilidade de transporte e condições de permanência no polo de referência. A ausência de casas de apoio ou de transporte sanitário programado agrava a situação, resultando em absenteísmo, cancelamentos e agravamento de condições de saúde.

3.3 Vazios assistenciais e concentração da oferta

A análise do CNES e DATASUS revela forte concentração da média e alta complexidade em Belém e, secundariamente, em polos como Santarém, Marabá, Castanhal e Redenção. Municípios de pequeno porte (menos de 20 mil habitantes) dependem quase integralmente de referências externas para consultas especializadas, exames de imagem, endoscopias, cirurgias eletivas e internações não obstétricas. Essa dependência gera filas de regulação, deslocamentos prolongados e perda de continuidade.

Os vazios assistenciais no Pará são predominantemente "funcionais" e "logísticos", mais do que "absolutos". Ou seja, há estabelecimentos cadastrados, mas sem produção compatível (equipamentos quebrados, profissionais ausentes, insumos em falta), ou serviços tecnicamente acessíveis, mas inviáveis logisticamente (consulta ofertada, mas sem transporte para chegar). A tipologia proposta no manuscrito original (vazio absoluto, relativo, funcional, temporal, de integração e logístico) é útil para diagnosticar e planejar respostas diferenciadas.

3.4 Atenção Primária à Saúde e coordenação do cuidado

A APS no Pará apresenta cobertura populacional estimada em cerca de 70% (e-Gestor), mas com grandes variações regionais. Equipes de Saúde da Família estão mais consolidadas na Região Metropolitana e em polos, enquanto áreas remotas apresentam cobertura intermitente, alta rotatividade de profissionais e dificuldade de acesso a apoio diagnóstico e medicamentos. A capacidade de coordenação do cuidado é comprometida pela fragilidade da referência e contrarreferência: encaminhamentos são realizados sem resumo clínico estruturado, e os retornos dos especialistas à APS são raros, interrompendo o seguimento e repetindo exames.

Estudos (Fausto et al., 2022; Dolzane; Schweickardt, 2020) mostram que a sustentabilidade da APS em territórios remotos depende de vínculos estáveis, retaguarda clínica, educação permanente e integração com a regulação. No Pará, a ausência de carreira regional e de incentivos à fixação compromete a longitudinalidade, essencial para o manejo de condições crônicas e para a confiança da população no serviço local.

3.5 Governança interfederativa e Planejamento Regional Integrado

As CIR e o PRI são os principais instrumentos de governança regional. A análise documental mostra que o PRI do Pará, embora avançado em diagnóstico e prioridades, ainda enfrenta desafios para converter pactos em orçamento e execução. A coordenação estadual pela SESPA é essencial para reduzir assimetrias, mas sua capacidade técnica e financeira é limitada.

A participação municipal é desigual: municípios-polo têm maior poder de negociação, enquanto municípios pequenos carecem de equipes técnicas e informação para sustentar suas demandas.

A literatura (Carvalho et al., 2023; Coelho; Lotta; Bajari, 2023) indica que a efetividade da governança regional depende de confiança entre atores, produção compartilhada de informações, apoio institucional e mecanismos de responsabilização. No Pará, a transparência sobre oferta, filas, execução orçamentária e indicadores de acesso é ainda incipiente, dificultando o controle social e a tomada de decisão baseada em evidências.

3.6 Força de trabalho e provimento

A carência de profissionais, especialmente médicos especialistas, é crítica. Dados do CNES (julho/2026) indicam que a densidade de médicos especialistas por 100 mil

habitantes é 3 a 5 vezes menor em regiões como Marajó, Baixo Amazonas e Xingu em comparação a Belém. Programas de provimento emergencial (como o Mais Médicos e o Agora Tem Especialistas) atenuam, mas não resolvem, a escassez estrutural. A rotatividade elevada, a ausência de carreira, a precariedade de vínculos e a falta de oportunidades de formação continuada são barreiras à fixação.

Estratégias de educação permanente, residências multiprofissionais em polos regionais, apoio matricial e telessaúde são caminhos promissores, mas demandam investimento sustentado e articulação com universidades e hospitais de ensino. O PEGTES 2024-2027 do Pará reconhece essas especificidades, mas sua implementação depende de financiamento e governança locorregional.

3.7 Financiamento e custos amazônicos

O financiamento do SUS no Pará segue predominantemente critérios populacionais e de produção histórica, desconsiderando os custos adicionais da dispersão territorial e da logística. A manutenção de equipes, embarcações, aeronaves, casas de apoio, sistemas de comunicação e estoques de medicamentos em áreas remotas tem custos fixos elevados, não captados pelos parâmetros atuais. A Lei Complementar nº 141/2012 estabelece pisos, mas a distribuição intrafederativa não incorpora índices de ruralidade, isolamento ou sazonalidade.

A ausência de um "fator amazônico" no financiamento produz subfinanciamento relativo das regiões mais vulneráveis, perpetuando a concentração de recursos e a dependência. A equidade fiscal exige a construção de critérios de rateio que considerem tempo de deslocamento, custo logístico, vulnerabilidade social e necessidade de serviços itinerantes.

3.8 Telessaúde e transformação digital

A Lei nº 14.510/2022 e o Programa SUS Digital abrem oportunidades para a telessaúde no Pará. O Núcleo de Telessaúde da UFPA e as diretrizes estaduais (SESPA, 2025) apontam para teleconsultorias, telediagnóstico e educação permanente. Contudo, a conectividade é desigual: muitas unidades de saúde no interior não possuem internet estável ou energia elétrica confiável. Soluções assíncronas e offline são necessárias para evitar que a inovação amplie exclusões.

A telessaúde não substitui presença física, mas pode qualificar encaminhamentos, reduzir deslocamentos evitáveis, apoiar decisões clínicas e favorecer a contrarreferência. Sua efetividade depende de integração com a regulação, protocolos, proteção de dados e capacitação das equipes, além de indicadores que meçam impacto sobre acesso, equidade e desfechos.

4 CONCLUSÃO

A regionalização do SUS no Pará é um problema sistêmico, que não se resolve com a criação de novas unidades ou com a delimitação formal de regiões. Os principais obstáculos são: a interação entre vasta extensão territorial, baixa densidade, sazonalidade hidrológica e dependência de transportes fluvial e aéreo; a concentração de serviços de maior complexidade em poucos polos, gerando vazios assistenciais funcionais e logísticos; a fragilidade da APS como coordenadora do cuidado, prejudicada por rotatividade, falta de apoio diagnóstico e contrarreferência ineficaz; a governança interfederativa assimétrica, com CIR e PRI que pactuam, mas não convertem decisões em orçamento e execução; a insuficiência e instabilidade da força de trabalho, especialmente especialistas; o financiamento insensível aos custos da dispersão e da logística; e a incorporação incipiente da telessaúde como infraestrutura pública integrada.

A equidade territorial exige que o planejamento, o financiamento e a avaliação incorporem explicitamente as barreiras de acesso e os custos de oportunidade dos

usuários. Um modelo amazônico de regionalização deve combinar: (a) territórios funcionais definidos por fluxos reais e tempo de deslocamento; (b) APS resolutiva com equipes estáveis, apoio diagnóstico e telessaúde; (c) polos regionais contratualizados com metas de acesso, qualidade e contrarreferência; (d) logística sanitária integrada (transporte, casas de apoio, regulação); (e) governança interfederativa efetiva, com PRI vinculado ao orçamento; (f) saúde digital interoperável, com soluções offline; e (g) financiamento com fator de correção amazônica.

A superação dos desafios exige política de Estado de longo prazo, com continuidade institucional, participação social ativa, monitoramento transparente e avaliação permanente. A regionalização não é um fim em si, mas um meio para garantir que o direito à saúde seja realizado com igualdade de oportunidades, independentemente do local de residência na Amazônia paraense.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Presidência da República, 1988.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Brasília, DF: Presidência da República, 1990.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros. Brasília, DF: Presidência da República, 1990.

BRASIL. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080/1990 para dispor sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa. Brasília, DF: Presidência da República, 2011.

BRASIL. Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal e dispõe sobre valores mínimos e critérios de rateio dos recursos em saúde. Brasília, DF: Presidência da República, 2012.

BRASIL. Lei nº 14.510, de 27 de dezembro de 2022. Altera a Lei nº 8.080/1990 para autorizar e disciplinar a prática da telessaúde em todo o território nacional. Brasília, DF: Presidência da República, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução CIT nº 23, de 17 de agosto de 2017. Estabelece diretrizes para regionalização, Planejamento Regional Integrado e governança das Redes de Atenção à Saúde. Brasília, DF, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução CIT nº 37, de 22 de março de 2018. Dispõe sobre o Planejamento Regional Integrado e a organização de macrorregiões de saúde. Brasília, DF, 2018.

CARVALHO, A. L. B. et al. Governança regional e coordenação interfederativa no SUS: desafios e potencialidades. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 5, p. 1407-1418, 2023.

COELHO, T. C.; LOTTA, G. S.; BAJARI, E. S. Confiança e cooperação na governança regional da saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 47, n. 137, p. 312-325, 2023.

DOLZANE, R. S.; SCHWEICKARDT, J. C. Atenção básica no Amazonas: provimento, fixação e perfil profissional em contextos de difícil acesso. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, e0025589, 2020.

FAUSTO, M. C. R. et al. Sustentabilidade da Atenção Primária à Saúde em territórios rurais remotos na Amazônia. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 8, p. 3145-3156, 2022.

GARNELO, L. et al. Especificidades e desafios das políticas públicas de saúde na Amazônia. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 12, e00103219, 2019.
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pará: Cidades e Estados**. Rio de Janeiro: IBGE, 2026. (Censo 2022 e estimativas 2025).
KADRI, M. R. E. et al. Os modos de fazer saúde na Amazônia das Águas. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 26, e210505, 2022.
PARÁ. Secretaria de Estado de Saúde Pública. **Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde 2024-2027**. Belém: SESPA, 2024.
PARÁ. Secretaria de Estado de Saúde Pública. **Plano Estadual da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde 2024-2027**. Belém: SESPA, 2025.
PARÁ. Secretaria de Estado de Saúde Pública. **Programa SUS Digital: modelo para elaboração do Plano de Ação de Transformação para a Saúde Digital do Estado do Pará**. Belém: SESPA, 2025.
SANTOS, A. M. et al. Dinâmica da regionalização e repercussões dos vazios assistenciais em municípios rurais remotos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 2, e00123423, 2024.
VIANA, A. L. d'Ávila et al. Desafios de uma política regional para a Amazônia Legal: organização e acesso aos serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, supl. 2, p. S207-S217, 2007.

A ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM NA DETECÇÃO DE ALTERAÇÕES DO RITMO CARDÍACO DURANTE ATENDIMENTO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

JOANA GARBIN DOS SANTOS; MARCELA TEDESCO

Introdução: As doenças cardiovasculares representam uma das principais causas de morbimortalidade no mundo, sendo fundamental sua identificação precoce. A aferição da pressão arterial é um dos procedimentos mais realizados na Atenção Primária à Saúde e, quando executada de forma criteriosa e associada à avaliação do pulso, contribui para o reconhecimento de alterações cardiovasculares. Nesse contexto, o enfermeiro desempenha papel fundamental na assistência aos usuários, utilizando o raciocínio clínico para reconhecer sinais sugestivos de arritmias, possibilitando intervenções e encaminhamento oportunos aos serviços de maior complexidade. **Objetivo:** Relatar a experiência da atuação da enfermagem na identificação de alteração do ritmo cardíaco durante a aferição da pressão arterial em uma Unidade Básica de Saúde, evidenciando a importância do raciocínio clínico para o reconhecimento precoce de condições cardiovasculares potencialmente graves. **Relato da experiência:** Trata-se de um relato de experiência elaborado a partir da vivência de uma acadêmica de enfermagem durante o estágio curricular supervisionado em uma Unidade Básica de Saúde no sul do Brasil. Durante o atendimento de uma usuária, ao aferir a pressão arterial, foi identificada irregularidade do pulso, despertando suspeita clínica de fibrilação atrial (± 150bpm). A situação foi prontamente comunicada à equipe da unidade, que avaliou a paciente e acionou o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência para continuidade da assistência. Posteriormente, a equipe foi informada de que, após avaliação em serviço especializado e exames complementares, a usuária recebeu diagnóstico de infarto agudo do miocárdio com padrão de Wellens tipo B, sendo encaminhada para cateterismo cardíaco. A experiência evidenciou que a observação criteriosa durante procedimentos rotineiros, associada ao raciocínio clínico da enfermagem, pode favorecer a identificação precoce de alterações cardiovasculares e o encaminhamento oportuno dos usuários aos serviços especializados. **Conclusão:** A experiência reforça a importância da atuação do enfermeiro na Atenção Primária à Saúde, demonstra uma oportunidade para avaliação clínica completa. Procedimentos simples, quando realizados de forma criteriosa e fundamentados no raciocínio clínico, podem ser determinantes para a detecção precoce de alterações cardiovasculares, favorecendo o encaminhamento oportuno para serviço especializado e contribuindo para a segurança do paciente.

Palavras-chave: **PRESSÃO ARTERIAL; RACIOCÍNIO CLÍNICO; RITMO CARDÍACO**

DOI: 10.51161/iv-conasus/85634

DESAFIOS NO CUIDADO DOMICILIAR: O CONHECIMENTO DE CUIDADORES E TÉCNICOS DE ENFERMAGEM SOBRE A DISFAGIA EM IDOSOS

LÚZIA BRITO CAVALCANTE; CRISTHIAN DO NASCIMENTO MELO

Introdução: Na rotina da prática clínica, ao realizar a consulta inicial de pacientes no âmbito domiciliar, é habitual questionar familiares e cuidadores sobre o nível de entendimento acerca da disfagia. Observa-se que essas pessoas apresentam pouco ou quase nenhum conhecimento sobre o tema, mesmo assumindo a responsabilidade diária pelo cuidado de um indivíduo disfágico como por exemplo, o preparo da alimentação, a oferta alimentar e de agua para o idoso. **Objetivo:** Medir o nível de conhecimento e os impactos nos cuidados domiciliares ao idoso com disfagia. **Relato de experiência:** Durante as orientações e acompanhamentos domiciliares, constatou-se que, no reconhecimento dos sinais e sintomas de disfagia, os cuidadores e a equipe de técnicos de enfermagem frequentemente remetiam tais manifestações a infecções do trato respiratório, problemas de garganta ou até mesmo a uma suposta condição "normal da idade". É rotineira a retirada empírica de alimentos sólidos e a aceitação passiva da recusa de água, sem a devida investigação do motivo quando o idoso evita a hidratação. Ademais, notou-se que, na maioria das vezes, os próprios profissionais da saúde encaminhavam os casos primordialmente ao nutricionista, creditando a esse profissional a exclusividade na condução do quadro quando a disfagia afetava o peso do idoso. **Conclusão:** Observamos que a escassez de conhecimento sobre os sinais e sintomas de disfagia, bem como sobre a importância do papel do fonoaudiólogo na reabilitação e manejo desses pacientes, ainda precisa ser superada por meio de capacitações, visando garantir um diagnóstico precoce e uma assistência segura e integral ao idoso no domicílio.

Palavras-chave: **DISFAGIA; DOMICILIAR; FONOAUDIOLOGIA**

DOI: 10.51161/iv-conasus/85636

PADRONIZAÇÃO DOS PROCESSOS DE TRABALHO COMO ESTRATÉGIA DE GESTÃO EM UM SERVIÇO AMBULATORIAL ESPECIALIZADO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

CAROLINE THAINA SILVA DOS SANTOS; MILENE DE ANDRADE GOUVÊA TYLL; JULIANA ALMEIDA REIS; DÉBORA DE CÁSSIA QUARESMA SILVA; ADRIANA DE SÁ PINHEIRO DOS SANTOS; RUBENILSON CALDAS VALOIS; LILIANE CARDOSO BEZERRA

RESUMO

Introdução: A crescente complexidade dos serviços especializados do Sistema Único de Saúde exige modelos de gestão capazes de organizar os processos de trabalho, reduzir a variabilidade assistencial e promover maior eficiência operacional, segurança do paciente e qualidade do cuidado. Nesse contexto, a gestão por processos tem se consolidado como estratégia para padronizar atividades, otimizar fluxos e fortalecer a governança clínica. **Objetivo:** Relatar a experiência da construção participativa de instruções de trabalho como estratégia de gestão por processos para a padronização de atividades assistenciais, fortalecimento da segurança do paciente e qualificação organizacional de ambulatório especializado do Sistema Único de Saúde. **Relato de Experiência:** Trata-se de um relato de experiência, descritivo e de abordagem qualitativa, desenvolvido durante um estágio extracurricular de uma graduanda de Enfermagem em um ambulatório especializado de alta complexidade, referência em Belém do Pará. A experiência envolveu o acompanhamento das atividades gerenciais, mapeamento dos processos assistenciais, identificação de fragilidades e elaboração de instrumentos organizacionais, como checklists e instruções de trabalho. As ações foram estruturadas a partir do Ciclo PDCA, contemplando planejamento, implementação, avaliação e aprimoramento contínuo dos processos. A construção dos materiais ocorreu de forma participativa com a equipe multiprofissional, possibilitando maior adequação às necessidades do serviço. **Discussão:** A elaboração das instruções de trabalho favoreceu a organização dos fluxos assistenciais, padronização das rotinas, redução de dúvidas na execução das atividades, fortalecimento da comunicação entre profissionais e apoio à integração de novos colaboradores. Além disso, a vivência contribuiu para o desenvolvimento de competências gerenciais na formação em Enfermagem, como liderança, trabalho em equipe e tomada de decisão. Entretanto, por se tratar de uma experiência realizada em um único cenário, seus resultados não podem ser generalizados. **Conclusão:** A construção de instruções de trabalho demonstrou ser uma estratégia efetiva para fortalecer a gestão dos processos de trabalho em serviços especializados do SUS, contribuindo para a qualificação da assistência, segurança do paciente e formação profissional do enfermeiro.

Palavras-chave: Gestão em saúde; Padronização assistencial; Enfermagem.

1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS), instituído pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pela Lei nº 8.080/1990, é responsável pela organização das ações e dos

DOI: 10.51161/iv-conasus/85657

serviços de saúde no Brasil, fundamentando-se nos princípios da universalidade, integralidade e equidade (Brasil, 1990). Nesse contexto, a crescente complexidade dos serviços especializados exige modelos de gestão capazes de organizar os processos de trabalho, otimizar recursos e garantir uma assistência segura, resolutiva e centrada nas necessidades dos usuários (Silva et al., 2021).

A gestão dos processos de trabalho constitui um importante componente da gestão em saúde, pois permite analisar, organizar, padronizar e monitorar as atividades desenvolvidas pelas equipes, favorecendo a melhoria contínua da assistência. Estudos demonstram que a adoção de modelos de gestão por processos contribui para maior eficiência organizacional, fortalecimento da qualidade do cuidado, redução da variabilidade das práticas assistenciais e qualificação da tomada de decisão pelos profissionais de saúde (Silva et al., 2021; Amaral et al., 2024).

Nesse cenário, a construção de instrumentos de padronização, como protocolos assistenciais e Instruções de Trabalho (IT), destacam-se como uma estratégia gerencial capaz de organizar fluxos assistenciais, definir responsabilidades, uniformizar condutas, favorecer e fortalecer a integração entre os profissionais. Além disso, esses instrumentos facilitam o treinamento de novos trabalhadores, desenvolvem a educação permanente em saúde e contribuem para a consolidação de uma cultura organizacional voltada para a qualidade e a segurança do paciente (Danno; Esteves; BohomoL, 2021; Silva et al., 2021).

No âmbito normativo, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária estabelece, por meio da Resolução RDC nº 63, de 2011, que os serviços de saúde devem manter processos organizados, protocolos, normas e rotinas atualizadas, além de promover a qualificação permanente dos profissionais como requisito para assegurar boas práticas de funcionamento. Complementarmente, a Portaria GM/MS nº 529/2013, que instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente, e a RDC nº 36/2013 reforçam que a padronização dos processos assistenciais, a gestão de riscos e a implementação de protocolos constituem estratégias essenciais para reduzir eventos adversos e qualificar a assistência prestada aos usuários (Brasil, 2011; Brasil, 2013a; Brasil, 2013b).

A enfermagem ocupa uma posição estratégica nesse processo, por atuar diretamente na organização da assistência, no gerenciamento de processos de trabalho e na coordenação das equipes, assumindo protagonismo na elaboração, implementação e monitoramento de instrumentos que orientam a prática profissional. Evidências apontam que a utilização de ferramentas de gestão e de melhoria da qualidade fortalece a governança clínica, qualifica o ambiente de prática profissional e favorece melhores resultados assistenciais (Danno; Esteves; Bohomol, 2021; Amaral et al., 2024).

Considerando a necessidade de fortalecer a gestão dos processos de trabalho em serviços especializados do SUS e o potencial das Instruções de Trabalho como ferramentas de padronização, organização, educação e qualificação da assistência, torna-se relevante compartilhar experiências exitosas que possam subsidiar outros serviços de saúde na implementação de estratégias semelhantes. Assim, o presente estudo tem como objetivo relatar a experiência da construção participativa de instruções de trabalho como estratégia de gestão por processos para a padronização de atividades assistenciais, fortalecimento da segurança do paciente e qualificação organizacional de um ambulatório especializado do Sistema Único de Saúde.

2 RELATO DE EXPERIÊNCIA

A experiência foi vivenciada por uma graduanda do curso de Enfermagem, do 7º período, durante estágio extracurricular, realizado nos turnos da manhã e tarde, no período de janeiro a julho de 2026, em um ambulatório de alta complexidade, referência em cardiologia, psiquiatria e nefrologia na Região Norte do Brasil. A inserção no serviço possibilitou

acompanhar, de forma ativa, não apenas as atividades assistenciais, mas também os processos de gestão que sustentam a organização do cuidado, evidenciando que a qualidade da assistência está diretamente relacionada à estruturação dos processos de trabalho.

No cotidiano do ambulatório, observou-se que a gestão desempenha papel estratégico ao identificar fragilidades, analisar suas causas e propor soluções voltadas à padronização das práticas assistenciais. Nesse contexto, a elaboração de instruções de trabalho constituiu uma importante ferramenta para organizar as rotinas, reduzir a variabilidade das condutas e fortalecer a segurança dos profissionais e dos pacientes.

A construção desses documentos foi precedida pelo mapeamento detalhado dos processos assistenciais, permitindo identificar etapas críticas, retrabalhos, dúvidas frequentes e oportunidades de melhoria. Foram envolvidos no cenário 09 enfermeiros, sendo 02 gerentes técnicos, 07 assistenciais Como ferramentas de gestão, foram utilizados checklists para levantamento das atividades executadas e protocolos operacionais para padronização das ações desenvolvidas pela equipe. Esses instrumentos favoreceram a compreensão dos processos e subsidiaram a elaboração de instruções de trabalho claras, objetivas e compatíveis com a realidade do serviço, segundo o fluxograma descrito abaixo.

A condução das atividades ocorreu com base na metodologia do Ciclo PDCA (Planejar, Executar, Verificar e Agir), que orientou todas as etapas do processo. Inicialmente, foram identificadas as necessidades do setor e definidos os processos prioritários para padronização, como a evolução de enfermagem inadequada e insuficiente para garantir a continuidade do processo de trabalho de forma segura e efetiva e para padronizar os registros dos profissionais no prontuário eletrônico do paciente, foram elaboradas 10 instruções de trabalho para as evoluções dos programas de saúde mental, saúde renal, pré-operatório de cirurgia cardiovascular eletiva, pré-operatório de cirurgia geral eletiva, troca de sonda uretral, imunização, tratamento de lesão de pele e curativo, mulher cardiopata, pré-natal de alto risco e teleconsulta

Em seguida, as instruções de trabalho foram elaboradas a partir da observação das rotinas, da análise documental e da participação ativa dos profissionais envolvidos. Após sua

DOI: 10.51161/iv-conasus/85657

implementação, realizou-se o acompanhamento da aplicabilidade dos documentos, identificando oportunidades de ajustes e promovendo revisões sempre que necessário, consolidando um processo contínuo de melhoria da qualidade, levando uma média de 7 dias de aplicabilidade, avaliação e correção para cada documento elaborado

Após o feedback positivo de todos os enfermeiros envolvidos no teste, as instruções de trabalho foram encaminhadas para a coordenadora do Serviço de Enfermagem, para conhecimento e posteriormente para o Serviço de Qualidade Hospitalar para validação e divulgação nas redes de comunicação intra-hospitalar, do referido hospital, o que levou uma média de 25 dias para a institucionalização das ferramentas assistências.

Um aspecto fundamental dessa experiência foi compreender que a construção de instrumentos de gestão não deve ocorrer de forma isolada. A participação dos profissionais da assistência mostrou-se indispensável, uma vez que são eles que vivenciam diariamente os processos de trabalho e reconhecem as dificuldades, limitações e necessidades do serviço. A escuta qualificada da equipe favoreceu a construção de documentos mais realistas, aplicáveis e alinhados às demandas assistenciais, fortalecendo o sentimento de corresponsabilidade e estimulando o trabalho colaborativo.

A vivência também evidenciou que processos bem estruturados e devidamente padronizados proporcionam maior segurança para os profissionais, especialmente diante da complexidade da assistência em saúde. A existência de instruções de trabalho reduz dúvidas durante a execução das atividades, minimiza falhas relacionadas à ausência de padronização, favorece a integração de novos colaboradores e diminui a exposição dos trabalhadores a erros decorrentes da insegurança na realização dos procedimentos. Consequentemente, observa-se maior uniformidade das práticas assistenciais, melhoria da comunicação entre os membros da equipe e fortalecimento da cultura de segurança do paciente.

Além dos benefícios para o serviço, a experiência representou um importante processo de formação profissional. A participação ativa na identificação de problemas, no planejamento de soluções, na elaboração de fluxos e protocolos e na implementação de melhorias possibilitou desenvolver competências relacionadas à liderança, gestão em saúde, trabalho em equipe, comunicação interprofissional e melhoria contínua dos processos assistenciais. A vivência reforçou a compreensão de que o enfermeiro exerce papel fundamental não apenas na assistência direta ao paciente, mas também na gestão dos serviços de saúde, utilizando ferramentas gerenciais para qualificar o cuidado, promover eficiência organizacional e contribuir para a consolidação de práticas seguras e baseadas em evidências no âmbito do Sistema Único de Saúde.

3 DISCUSSÃO

A experiência evidenciou que a gestão dos processos de trabalho constitui um elemento central para a organização dos serviços especializados de saúde, especialmente em instituições de alta complexidade, nas quais a assistência envolve múltiplos profissionais, elevada demanda e processos interdependentes. Nesse contexto, a utilização de ferramentas de gestão favorece a organização das atividades, reduz a variabilidade das práticas e fortalece a qualidade da assistência. Corroborando esses achados, destacam que a gestão por processos permite identificar fragilidades organizacionais, otimizar fluxos assistenciais e subsidiar a tomada de decisão dos enfermeiros gestores, contribuindo para maior eficiência operacional e segurança nos serviços de saúde (Maraschin et al. 2023).

O mapeamento dos processos assistenciais mostrou-se uma etapa indispensável para a construção das instruções de trabalho, pois possibilitou compreender a sequência das

atividades, identificar gargalos, retrabalhos e oportunidades de melhoria. De acordo com Leal et al. (2023), o mapeamento de processos representa uma ferramenta estratégica para visualizar o funcionamento dos serviços, permitindo intervenções direcionadas e promovendo maior integração entre os setores, além de favorecer a implementação de melhorias contínuas baseadas nas necessidades reais do serviço.

Outro aspecto relevante observado foi a utilização do Ciclo PDCA como metodologia para conduzir todas as etapas da elaboração e implementação das instruções de trabalho. O emprego dessa ferramenta favoreceu o planejamento sistemático das ações, o acompanhamento da execução, a avaliação dos resultados e a revisão contínua dos documentos elaborados. Resultados semelhantes foram descritos por (Brancalion et al. 2024) ao demonstrarem que metodologias de melhoria contínua, como o PDCA e o Lean Healthcare, fortalecem a gestão da qualidade ao reduzir desperdícios, padronizar processos e estimular uma cultura organizacional voltada para a inovação e a segurança do paciente.

A participação ativa dos profissionais na construção das instruções de trabalho também se destacou como um dos principais fatores para a efetividade da estratégia. A elaboração coletiva dos documentos favoreceu maior aderência às rotinas institucionais, fortaleceu o sentimento de corresponsabilidade e ampliou o compromisso da equipe com a implementação das mudanças propostas. Nesse sentido, ressaltam que processos participativos na gestão do trabalho promovem maior engajamento dos profissionais, fortalecem o trabalho colaborativo e contribuem para a consolidação de práticas organizacionais mais sustentáveis e alinhadas às necessidades do serviço (Macedo et al. 2022).

A padronização dos processos assistenciais por meio das instruções de trabalho demonstrou potencial para reduzir dúvidas durante a execução das atividades, facilitar a integração de novos profissionais e fortalecer a comunicação entre os membros da equipe. Esses resultados convergem com a revisão integrativa realizada por Danno, Esteves e Bohomol (2021), que evidenciou que programas de melhoria da qualidade e instrumentos de padronização contribuem para ambientes de prática mais organizados, maior satisfação dos profissionais e melhores desfechos relacionados à segurança do paciente.

Além dos benefícios institucionais, a experiência revelou importante contribuição para a formação acadêmica em enfermagem. A participação da graduanda em atividades relacionadas ao planejamento, organização, monitoramento e avaliação dos processos assistenciais possibilitou o desenvolvimento de competências gerenciais frequentemente pouco exploradas durante a graduação. Segundo Dias et al. (2024), a inserção de estudantes em experiências práticas voltadas à gestão dos serviços fortalece habilidades de liderança, pensamento crítico, tomada de decisão e trabalho interprofissional, aproximando a formação das reais necessidades do Sistema Único de Saúde.

Por fim, a experiência reforça que a atuação do enfermeiro ultrapassa a dimensão técnico-assistencial, assumindo papel estratégico na organização dos serviços e na implementação de ferramentas gerenciais capazes de qualificar os processos de trabalho. A construção de instruções de trabalho mostrou-se uma tecnologia organizacional de baixo custo e elevada aplicabilidade, favorecendo a padronização das atividades, a educação permanente, a melhoria contínua dos processos e a consolidação de uma assistência mais segura, eficiente e centrada nas necessidades dos usuários do SUS.

4 CONCLUSÃO

A experiência demonstrou que a elaboração de instruções de trabalho constitui uma estratégia eficaz para fortalecer a gestão dos processos em serviços especializados do Sistema Único de Saúde, favorecendo a organização das atividades, a padronização das rotinas e a qualificação do cuidado. A construção participativa desses instrumentos contribuiu para aprimorar a organização do serviço, estimular o trabalho colaborativo e consolidar práticas

voltadas à melhoria contínua.

Além dos impactos na organização assistencial, a vivência proporcionou importante aprendizado sobre o papel gerencial do enfermeiro, evidenciando a relevância da utilização de ferramentas de gestão para apoiar a tomada de decisão, a educação permanente e a segurança dos processos de trabalho.

Como limitação, destaca-se o caráter observacional da experiência, desenvolvida em um único serviço especializado, o que restringe a generalização dos achados para outros contextos assistenciais. Ainda assim, a experiência pode subsidiar iniciativas semelhantes em outros serviços do SUS, incentivando a adoção de estratégias de gestão que promovam maior eficiência organizacional, qualidade da assistência e fortalecimento da cultura de melhoria contínua.

A construção participativa das Instruções de Trabalho demonstrou potencial para fortalecer a gestão por processos em serviços especializados do SUS ao promover a padronização das práticas assistenciais, qualificar a organização do trabalho e favorecer a segurança do paciente. Além de representar uma tecnologia gerencial de baixo custo e elevada aplicabilidade, a experiência evidenciou o protagonismo do enfermeiro na condução de estratégias voltadas à melhoria contínua, podendo subsidiar iniciativas semelhantes em outros serviços da Rede de Atenção à Saúde do SUS e até mesmo da rede privada.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br. Acesso em: 14 jul. 2026.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução RDC nº 63, de 25 de novembro de 2011**. Dispõe sobre os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde. Brasília, DF: ANVISA, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 529, de 1º de abril de 2013**. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 2013.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução RDC nº 36, de 25 de julho de 2013**. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde. Brasília, DF: ANVISA, 2013.

BRANCALION, F. N. M. et al. **Metodologia Lean: contribuições para melhoria dos processos de trabalho em saúde e enfermagem**. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 77, n. 2, 2024.

DANNO, M. S.; ESTEVES, L. S. F.; BOHOMOL, E. **Quality improvement programs and the professional nursing practice environment: an integrative review**. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 74, n. 3, e20200973, 2021.

DIAS, R. S. et al. **Desenvolvimento de competências gerenciais na formação em enfermagem: revisão integrativa**. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 32, e4125, 2024

FAUSTINO, T. N. et al. **O processo de trabalho dos enfermeiros na gerência dos serviços hospitalares: uma revisão integrativa**. *Saúde Coletiva (Barueri)*, v. 13, n. 84, 2023.

LEAL, L. A. et al. **Gestão de processos no âmbito hospitalar: revisão de escopo**. *Revista Economia & Gestão*, v. 23, n. 65, 2023.

MACEDO, A. P. M. et al. **Gestão participativa e processos de trabalho em serviços de saúde: revisão integrativa**. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 46, n. esp., p. 233-245, 2022.

MARASCHIN, M. S. et al. **Gestão por processos de trabalho: elaboração de manual adjutório para enfermeiros gerentes**. *Varia Scientia – Ciências da Saúde*, v. 9, n. 1, 2023.

SANTOS, J. L. G. et al. **Evidências sobre modelos de gestão em enfermagem nos serviços hospitalares: revisão integrativa**. *Acta Paulista de Enfermagem*, 2021.

DOI: 10.51161/iv-conasus/85657

INTEGRAÇÃO ENTRE DIFERENTES CENÁRIOS DE ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL: CONTRIBUIÇÕES DE ESTÁGIOS SUPERVISIONADOS PARA A FORMAÇÃO PROFISSIONAL NO SUS

MÁRCIO VIEIRA DE JESUS

Introdução: A formação de profissionais para atuação no Sistema Único de Saúde (SUS) demanda experiências que integrem teoria e prática, favorecendo o desenvolvimento de competências técnicas, éticas e relacionais. Na saúde mental, a inserção em diferentes pontos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) amplia a compreensão da organização da assistência, do cuidado em rede e da atuação interdisciplinar, essenciais para uma atenção integral e humanizada. **Objetivo:** Relatar experiências vivenciadas em diferentes serviços de saúde mental e refletir sobre suas contribuições para a formação profissional, destacando a importância da integração entre os pontos de atenção da RAPS no contexto do SUS. **Relato de experiência:** O relato refere-se a duas experiências de estágio supervisionado realizadas em serviços de saúde mental no município de Nerópolis/GO. A primeira ocorreu no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), entre agosto e novembro de 2024, totalizando 264 horas, com acolhimento aos usuários, acompanhamento de atendimentos individuais e grupais, participação em discussões de casos, análise de prontuários e atuação junto à equipe multiprofissional. A segunda foi desenvolvida no Hospital Psiquiátrico Maria Cândida Teixeira, possibilitando conhecer a dinâmica da assistência hospitalar, os processos relacionados à internação psiquiátrica e as estratégias de humanização do cuidado. As vivências evidenciaram a complementaridade entre os diferentes níveis de atenção, favorecendo a compreensão da continuidade do cuidado, da articulação entre os serviços e da importância da escuta qualificada, da comunicação interprofissional e do respeito à singularidade de cada usuário. Também reforçaram a relevância da integração ensino-serviço-comunidade para qualificar a formação profissional e fortalecer os princípios do SUS. **Conclusão:** As experiências contribuíram para a construção da identidade profissional, ampliando a compreensão sobre o funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial e a importância do trabalho multiprofissional. Os aprendizados fortaleceram competências para uma atuação ética, crítica e comprometida com os princípios do SUS, evidenciando a integração entre ensino, serviço e comunidade como elemento essencial para a qualificação da assistência em saúde mental.

Palavras-chave: **HUMANIZAÇÃO; INTEGRALIDADE; TRABALHO MULTIPROFISSIONAL**

DOI: 10.51161/iv-conasus/85659

ENTRE A REVISÃO DE ESCOPO E A PRÁTICA DE CAMPO: RELATO DE EXPERIÊNCIA DO GRUPO DE TRABALHO 1 NO PET-SAÚDE DIGITAL

VITÓRIA NAIRA BASÍLIO DO NASCIMENTO; GEÓRGIA MARIA MELO FEIJÃO; GABRIELLE MATOS MARTINS; SARAH DE SOUSA ALBUQUERQUE; IANE XIMENES TEIXEIRA; FRANCISCO ARLENE FARIAS FILHO; ANA KÉSIA DIAS DE CASTRO

RESUMO

A transformação digital do Sistema Único de Saúde (SUS) tem exigido dos futuros profissionais de saúde a articulação entre diferentes competências de pesquisa: a capacidade de conduzir uma revisão da literatura com rigor metodológico e a capacidade de atuar em campo, diante das dinâmicas reais dos serviços. Este trabalho relata a experiência do Grupo de Trabalho 1 (GT1) do PET-Saúde Digital da Faculdade Luciano Feijão (FLF), em Sobral (CE), projeto ainda em curso, com dois anos de duração prevista. Ao longo desse período, o GT1 vem desenvolvendo, de forma complementar, a construção de uma revisão de escopo sobre inclusão digital no SUS, conduzida segundo as diretrizes do Joanna Briggs Institute (JBI) e o protocolo PRISMA-ScR, além de uma etapa de coleta de campo referente à aplicação de instrumento sobre maturidade digital em Unidades Básicas de Saúde (UBS) de Sobral. Mais do que os resultados de cada frente, este relato enfoca o próprio processo de construção: as dificuldades e aprendizados na elaboração do protocolo de revisão, na busca e triagem sistemática dos estudos, e na condução da coleta de dados junto a profissionais de saúde. Discute-se como a vivência simultânea dessas duas rotinas de pesquisa, uma de gabinete e outra de campo, favoreceu o desenvolvimento de competências metodológicas, éticas e relacionais nos discentes envolvidos. Conclui-se que a experiência de construir, passo a passo, tanto uma revisão de escopo quanto uma coleta de dados em serviços reais constitui uma estratégia formativa potente, ainda em desenvolvimento, para preparar estudantes da área da saúde para a transformação digital do SUS.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Educação em saúde; Saúde digital.

1 INTRODUÇÃO

A transformação digital do Sistema Único de Saúde (SUS) tem se consolidado, nos últimos anos, como um eixo estratégico de qualificação da gestão, do cuidado e do acesso da população aos serviços públicos de saúde. Nesse cenário, o Ministério da Saúde lançou, em 2025, o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde — Informação e Saúde Digital (PET-Saúde/I&SD), voltado à formação de estudantes e profissionais capazes de atuar de forma colaborativa na transformação digital do SUS, a partir de grupos tutoriais que integram ensino, serviço e comunidade (BRASIL, 2025).

O PET-Saúde utiliza a educação pelo trabalho como estratégia para integrar ensino, pesquisa e serviço, contribuindo para a qualificação dos profissionais e para a formação de

DOI: 10.51161/iv-conasus/85672

estudantes da área da saúde. O programa também promove a aproximação entre as instituições de ensino e os serviços do SUS, considerando as necessidades destes como base para a produção de conhecimento e para o desenvolvimento de pesquisas (BRASIL, 2020).

Na Faculdade Luciano Feijão (FLF), em Sobral (CE), essa proposta se materializou por meio da atuação de cinco Grupos de Trabalho; o Grupo de Trabalho 1 (GT1) composto por discentes dos cursos de Psicologia, Direito, Administração, Odontologia Enfermagem e Medicina, sob orientação docente. O projeto tem duração prevista de dois anos e, ao longo desse período, o GT1 optou por desenvolver, de forma complementar, duas rotinas de pesquisa de natureza distinta: a construção de uma revisão de escopo sobre inclusão digital no SUS, seguindo as diretrizes do Joanna Briggs Institute (JBI) e o protocolo PRISMA-ScR; e uma etapa de pesquisa de campo, referente à coleta de dados sobre maturidade digital junto a profissionais de Unidades Básicas de Saúde (UBS) de Sobral.

Embora os produtos finais das pesquisas em saúde, como artigos científicos e relatórios técnicos, sejam tradicionalmente os principais objetos de divulgação científica, o percurso metodológico que conduz à sua elaboração também constitui importante fonte de aprendizagem, especialmente em programas de formação pelo trabalho. A vivência das etapas de planejamento, tomada de decisões metodológicas, enfrentamento de desafios operacionais e interação com os serviços de saúde favorece o desenvolvimento de competências científicas, éticas e colaborativas que dificilmente podem ser apreendidas apenas por meio do ensino teórico. Nesse contexto, relatar o processo de construção de uma pesquisa ainda em andamento permite dar visibilidade a aspectos formativos frequentemente pouco explorados na literatura, contribuindo para a reflexão sobre estratégias de ensino, pesquisa e extensão no âmbito da formação em saúde.

Diferentemente de um relato centrado nos resultados já consolidados de cada frente, ainda em andamento, este trabalho volta-se para o próprio processo formativo: as decisões metodológicas, as dificuldades práticas e os aprendizados vivenciados pelos discentes ao longo da construção da revisão de escopo e da execução da coleta de campo. Entende-se que esse processo de construção, e não apenas o produto final, é onde se concentram boa parte das aprendizagens mais relevantes para a formação em saúde.

Diante disso, este trabalho tem como objetivo relatar e analisar a experiência do GT1 na condução simultânea da construção de uma revisão de escopo e de uma etapa de coleta de dados de campo, no âmbito do PET-Saúde Digital da FLF, discutindo as aprendizagens metodológicas, éticas e formativas resultantes dessa vivência, em um projeto ainda em curso.

2 RELATO DE EXPERIÊNCIA

A experiência ora relatada refere-se às atividades desenvolvidas pelo GT1 do PET-Saúde Digital da FLF ao longo do primeiro ano do projeto, estruturadas em duas frentes complementares, ambas ainda em desenvolvimento.

Frente 1: Construção de uma revisão de escopo sobre inclusão digital no SUS. A elaboração da revisão de escopo exigiu, inicialmente, o alinhamento da questão de pesquisa por meio da estratégia PCC (População, Conceito, Contexto), etapa que demandou diversas reuniões de discussão entre os discentes até que o recorte temático fosse consensuado. Definida a questão, o grupo enfrentou o desafio de construir estratégias de busca compatíveis com diferentes bases de dados (Biblioteca Virtual em Saúde, MEDLINE, Scopus e Web of Science), cada uma com sua própria sintaxe de operadores booleanos e descritores controlados, o que exigiu testes preliminares e ajustes sucessivos até que os resultados de cada base se mostrassem pertinentes ao objetivo da revisão.

A etapa de triagem, com apoio da plataforma Rayyan, colocou os discentes diante da tarefa de analisar título e resumo de centenas de registros de forma independente,

confrontando depois as decisões de cada revisor e recorrendo a uma terceira pessoa como mediadora nos casos de discordância. Essa etapa revelou, na prática, o quanto a leitura crítica e a definição de critérios de elegibilidade dependem de calibração constante entre os membros do grupo. A extração de dados dos estudos selecionados, organizada em planilhas eletrônicas, também exigiu disciplina e atenção ao detalhe, uma vez que pequenas inconsistências no preenchimento comprometeriam a análise posterior. Ao longo desse processo, os discentes tiveram contato direto com as etapas recomendadas pelo Joanna Briggs Institute (2020) e pelo protocolo PRISMA-ScR (2018), compreendendo na prática o motivo de cada uma dessas etapas existir e a importância do rigor metodológico para a credibilidade dos achados.

Frente 2: Coleta de dados de campo sobre maturidade digital. Paralelamente à construção da revisão de escopo, um discente do GT1 participou da coleta de dados de uma pesquisa sobre maturidade digital em Unidades Básicas de Saúde da sede e de distritos de Sobral, por meio da construção e aplicação de instrumento estruturado junto a profissionais de saúde, entre janeiro e maio de 2026. Essa etapa de campo colocou os estudantes diante de desafios de natureza bem diferente daqueles enfrentados na revisão de escopo: recusas de participação sem justificativa explícita, preenchimento superficial do instrumento por parte de alguns profissionais e baixa disponibilidade de tempo em função da rotina assistencial das unidades. Diante disso, o grupo precisou reorganizar horários de visita e reforçar a articulação prévia com as equipes de saúde, de modo a viabilizar a coleta sem comprometer o funcionamento dos serviços.

A condução simultânea dessas duas frentes permitiu ao GT1 vivenciar, lado a lado, duas rotinas de pesquisa com exigências bastante distintas: de um lado, o rigor sistemático e solitário da revisão de escopo, feito de leitura, triagem e organização de dados; de outro, a imprevisibilidade e a dimensão relacional da pesquisa de campo, feita de negociação, escuta e adaptação constante.

3 DISCUSSÃO

A experiência do GT1, ainda em curso, evidencia que o processo de construção de uma pesquisa científica, e não apenas seus resultados finais, é rico em aprendizados para a formação em saúde. A elaboração da revisão de escopo exigiu dos discentes o desenvolvimento de competências de busca sistematizada, definição de critérios de elegibilidade, triagem independente e organização criteriosa de dados; habilidades que, embora comuns na literatura metodológica, ganham outro sentido quando vivenciadas na prática, com todas as idas e vindas que a execução real de um protocolo implica.

Já a coleta de dados de campo exigiu o desenvolvimento de habilidades de natureza distinta, relacional e ética: comunicação com profissionais de saúde, sensibilidade para lidar com recusas e adaptação a rotinas institucionais nem sempre previsíveis. A comparação entre essas duas experiências mostra que a formação em pesquisa não pode se restringir a um único tipo de rotina metodológica: a rigidez necessária ao protocolo de uma revisão de escopo e a flexibilidade necessária ao trabalho de campo são igualmente formativas, mas exigem posturas e habilidades diferentes dos estudantes.

Do ponto de vista formativo, ambas as frentes reforçaram, nos discentes do GT1, a compreensão de que a pesquisa em saúde exige paciência, disciplina metodológica e capacidade de adaptação diante de imprevistos, sejam eles técnicos (como ajustes de estratégia de busca) ou relacionais (como a recusa de um profissional em participar da coleta). Esse aprendizado dialoga com a proposta do PET-Saúde/I&SD de formar profissionais capazes de atuar de forma colaborativa, crítica e ética na transformação digital do SUS (BRASIL, 2025; Castilho *et al*., 2023).

Além disso, a articulação simultânea entre revisão de escopo e pesquisa de campo possibilitou aos estudantes compreenderem que diferentes métodos de investigação produzem conhecimentos complementares. Enquanto a síntese das evidências permitiu identificar o estado da arte sobre a temática investigada e reconhecer lacunas na literatura, a aproximação com os serviços de saúde evidenciou desafios concretos relacionados à implementação das tecnologias digitais no cotidiano do SUS. Essa complementaridade fortalece a formação de profissionais capazes de relacionar evidências científicas às demandas reais dos serviços, contribuindo para uma prática mais crítica e contextualizada. Nesse sentido, a experiência vivenciada no GT1 reafirma o potencial do PET-Saúde como espaço de integração entre ensino, pesquisa e serviço, favorecendo o desenvolvimento de competências científicas e profissionais alinhadas aos princípios da educação interprofissional e da qualificação da atenção à saúde.

Por se tratar de um projeto ainda em andamento, com dois anos de duração total, este relato não tem a pretensão de apresentar resultados consolidados de nenhuma das duas frentes, mas de registrar, enquanto ainda fresco, o processo de construção que vem sendo vivenciado pelo grupo. Essa opção reforça a relevância de desenhos formativos que valorizem o relato do percurso metodológico como produção legítima, tão importante quanto a publicação dos achados finais, sobretudo para projetos de extensão e pesquisa que se desenvolvem ao longo de um período extenso, como é o caso do GT1 no PET-Saúde Digital.

4 CONCLUSÃO

A experiência do Grupo de Trabalho 1 do PET-Saúde Digital da Faculdade Luciano Feijão, ainda em curso, demonstra que o processo de construção de uma revisão de escopo, conduzida com rigor metodológico segundo as diretrizes do Joanna Briggs Institute e o protocolo PRISMA-ScR, e de uma etapa de pesquisa de campo já reúne aprendizados relevantes para a formação de estudantes da área da saúde, independentemente dos resultados finais que ainda serão consolidados ao longo do projeto.

Durante esse percurso, os participantes tiveram a oportunidade de aprofundar conhecimentos sobre as etapas que compõem uma revisão de escopo, desde a formulação da pergunta de pesquisa e definição dos critérios de elegibilidade até a elaboração das estratégias de busca, seleção dos estudos, extração e organização dos dados. Esse processo exigiu o desenvolvimento de competências relacionadas à leitura crítica da literatura científica, ao trabalho colaborativo e à aplicação de referenciais metodológicos reconhecidos internacionalmente, fortalecendo a capacidade de produzir pesquisas alinhadas aos princípios da ciência rigorosa e transparente.

Paralelamente, a preparação para a etapa de pesquisa de campo ampliou a compreensão dos estudantes acerca dos desafios inerentes à investigação em saúde, incluindo aspectos éticos, planejamento da coleta de dados e aproximação com os participantes da pesquisa. A articulação entre as atividades de revisão da literatura e a futura produção de dados empíricos evidencia o potencial do PET-Saúde Digital como espaço de integração entre ensino, pesquisa e serviço, favorecendo a formação de profissionais mais críticos, reflexivos e capacitados para produzir conhecimento voltado às demandas do Sistema Único de Saúde.

A vivência simultânea dessas duas rotinas de pesquisa, uma marcada pelo rigor sistemático da revisão da literatura e outra pela imprevisibilidade da prática de campo, contribuiu para o desenvolvimento de competências técnicas, éticas e relacionais essenciais à atuação profissional. Conclui-se, assim, que o próprio percurso de construção de uma pesquisa, com seus acertos e ajustes, constitui uma etapa formativa tão relevante quanto os resultados que dele decorrerão, reforçando o papel do PET-Saúde Digital como estratégia de formação continuada ao longo de todo o seu período de execução.

DOI: 10.51161/iv-conasus/85672

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Ministério da Saúde.** Estratégia de Saúde Digital para o Brasil 2020-2028. Brasília, DF, 2020. Disponível em: https://www.unasus.gov.br/noticia/estrategia-de-saude-digital-para-o-brasil-2020-2028-e-publi
cada. Acesso em: 18 jul. 2026.

BRASIL. **Ministério da Saúde.** PET-Saúde: Informação e Saúde Digital. Edital Conjunto Seidigi/SGTES-MS nº 1/2025. Brasília, DF, 2025.

CASTILHO, V. C. *et al*. Ética e tecnologia digital na atenção primária: ações do PET-Saúde. Revista **REMECS**, v. 2, p. 45-53, 2023.

JOANNA BRIGGS INSTITUTE. **JBI Levels of Evidence.** 2013. Disponível em: https://jbi.global/sites/default/files/2019-05/JBI-Levels-of-evidence_2014_0.pdf.

PETERS, M. D. J.; GODFREY, C.; McINERNEY, P.; MUNN, Z.; TRICCO, A. C.; KHALIL, H. Scoping reviews. In: **JBI Manual for Evidence Synthesis**. Adelaide: JBI, 2024.

TRICCO, A. C. et al. PRISMA extension for scoping reviews **(PRISMA-ScR): checklist and explanation.** Annals of Internal Medicine, v. 169, n. 7, p. 467-473, 2018.

INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL NA TRANSIÇÃO DE CUIDADOS: DESENVOLVIMENTO DO SINAPSE NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA

ARTUR LIMA RIOS; ALISSON COSTA SCHMIDT; ANDERSON LUIZ DE MELO; MÁRCIO MARCELO GROSS; ROGÉRIO TURCHETTI; FERNANDA BARBISAN

Introdução: Atualmente, o atendimento aos pacientes internados no Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM) é realizado por uma equipe multiprofissional em saúde. No entanto, na transição de cuidados, o sumário de alta médica frequentemente omite os registros e as evoluções pertinentes às demais categorias profissionais. Essa fragmentação documental compromete a continuidade do cuidado, tanto no ambiente domiciliar, como em posterior atendimento multidisciplinar na Unidade Básica de Saúde (UBS). **Objetivo:** Relatar o desenvolvimento do Sistema Inteligente de Apoio à Síntese de Evoluções (SINAPSE), ferramenta digital baseada em Inteligência Artificial (IA) para aperfeiçoar a transição de cuidados no ambiente hospitalar. **Relato de caso/experiência:** A partir dos relatos de profissionais do HUSM e das UBSs sobre os desafios enfrentados na transição de cuidados, o grupo do Programa de Educação Tutorial (PET) Saúde Digital da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) desenvolveu o SINAPSE. A ferramenta auxilia a equipe médica na elaboração de um sumário de alta completo, utilizando IA para resumir toda a evolução multiprofissional do período de internação, destacando pontos críticos a serem adicionados no documento. Visando a conformidade com a LGPD, o protótipo executa o modelo de linguagem Llama 3, através do Ollama, diretamente no hardware do usuário, assegurando que os dados do paciente sejam processados de forma estritamente local. A arquitetura do sistema define o desacoplamento entre as camadas, utilizando React e JavaScript para a interface (Frontend) e Rust para os serviços de negócio (Backend). A ferramenta encontra-se em fase de testes com prontuários simulados, com validação preliminar por profissionais do HUSM. A próxima etapa prevê a integração nos computadores hospitalares, dependendo de articulação com a HU Brasil, empresa responsável pela administração do HUSM. **Conclusão:** O SINAPSE constitui uma proposta concreta para a integralidade do registro multiprofissional na alta hospitalar e para a comunicação entre HUSM e UBS. Sua consolidação depende da integração aos sistemas de gestão hospitalar, etapa fundamental para a modernização do SUS e a ampliação da integralidade do cuidado.

Palavras-chave: **INTEROPERABILIDADE; TECNOLOGIA; SAÚDE**

DOI: 10.51161/iv-conasus/85674

PERFIL DOS PACIENTES EM USO DE OXIGENOTERAPIA DOMICILIAR

GRAZIELLY AKEMY SILVA GIYOTOKO; ANA CAROLINA DA CRUZ; ANA CAROLINA DE OLIVEIRA DOS SANTOS; CAROLINA ALBERTINA DA CRUZ PEZZUTO; KEYLA MONYELLE DE CÁSSIA TRINDADE; ROBERTO PAULO SÉRGIO COELHO ESTEVÃO; REBECA GARCIA ROSA FERREIRA

Introdução: A oxigenoterapia domiciliar é uma estratégia terapêutica essencial para pacientes com doenças respiratórias crônicas, visando melhorar a oxigenação, reduzir complicações e promover qualidade de vida. A resiliência corresponde à capacidade de adaptação frente às adversidades, podendo influenciar positivamente a recuperação em saúde. Exames laboratoriais e fatores sociodemográficos complementam a avaliação clínica desses pacientes. **Objetivo:** Avaliar os parâmetros clínicos, sociodemográficos, laboratoriais e os níveis de resiliência em pacientes em uso de oxigenoterapia domiciliar. **Metodologia:** Estudo quantitativo, observacional, descritivo e analítico, realizado com quatro pacientes cadastrados no Sistema Único de Saúde em uso de oxigenoterapia domiciliar no município de São João da Boa Vista/SP. A coleta foi realizada nos domicílios por meio de ficha estruturada contendo variáveis sociodemográficas, clínicas e laboratoriais. Foram avaliados oximetria de pulso, frequência cardíaca, pressão arterial, gasometria arterial, hemograma completo e a Escala de Resiliência de Connor-Davidson (CD-RISC-10), antes e após três meses de exercícios fisioterapêuticos. **Resultados:** Os participantes tinham entre 75 e 88 anos, predominando o sexo feminino (75%). Quanto às características sociodemográficas, 50% eram brancos, 50% possuíam renda de até dois salários mínimos, 100% eram aposentados, recebiam benefício previdenciário e nenhum residia em instituição de longa permanência. As características sociodemográficas permaneceram inalteradas entre as avaliações. Todos os participantes (100%) mantiveram acesso aos serviços de saúde e acompanhamento pela Unidade Básica de Saúde. A média da CD-RISC-10 aumentou de 34,0±6,6 para 35,3±2,2 pontos, sem diferença estatisticamente significativa. A frequência cardíaca permaneceu normal em 100% dos participantes. Houve piora do padrão respiratório em um participante (25%). A espirometria permaneceu estável em 75% da amostra, com alteração em 25%. Na gasometria arterial observou-se melhora da oxigenação em 25% dos participantes, piora em 25%, estabilidade em 25% e um óbito (25%). O hemograma demonstrou persistência da anemia em 25%, resolução em 25%, ausência de anemia em 25% e ausência de dados em 25% devido ao óbito. **Conclusão:** A maioria dos parâmetros clínicos permaneceu estável, porém a evolução foi heterogênea, reforçando a necessidade de acompanhamento multiprofissional contínuo, monitoramento clínico-funcional e estratégias individualizadas para otimizar o cuidado e a qualidade de vida desses pacientes.

Palavras-chave: **OXIGENOTERAPIA DOMICILIAR; REABILITAÇÃO PULMONAR; RESILIÊNCIA**

DOI: 10.51161/iv-conasus/85687

GRUPO SAÚDE MENTAL ALEGRIA DE VIVER: UMA EXPERIÊNCIA DE CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

KEILA CRISTINA CARLOS DE SOUZA

RESUMO

A Atenção Primária à Saúde (APS) constitui o principal ponto de acesso da população ao Sistema Único de Saúde (SUS), desempenhando papel fundamental na promoção da saúde, prevenção de agravos e coordenação do cuidado. No contexto da saúde mental, o aumento das demandas relacionadas ao sofrimento psíquico evidencia a necessidade de estratégias coletivas que ampliem o acesso ao cuidado psicológico e fortaleçam práticas humanizadas no território. Este estudo tem como objetivo relatar a experiência do Grupo Saúde Mental Alegria de Viver, desenvolvido como estratégia de promoção da saúde mental em uma Unidade de Saúde da Família do município de Anápolis, Goiás. Trata-se de um relato de experiência, de natureza qualitativa e caráter descritivo, realizado a partir da implantação e condução de um grupo terapêutico aberto, iniciado em março de 2026 e ainda em funcionamento. A iniciativa foi idealizada e conduzida pela psicóloga da unidade, contando com aproximadamente quinze participantes por encontro, predominantemente adultos e idosos, em sua maioria mulheres. Os encontros ocorreram quinzenalmente e foram estruturados por meio de acolhimento, rodas de conversa, leitura de textos reflexivos, utilização de metáforas terapêuticas, exercícios de autorreflexão e técnicas de relaxamento, favorecendo a expressão emocional, o fortalecimento dos vínculos e o desenvolvimento de estratégias de autocuidado. Observou-se ampliação da participação dos usuários, fortalecimento do sentimento de pertencimento, compartilhamento de experiências e maior elaboração das vivências relacionadas ao sofrimento psíquico. A experiência demonstra que grupos desenvolvidos na Atenção Primária à Saúde constituem importantes dispositivos de cuidado coletivo, ampliando o acesso às ações de saúde mental e fortalecendo os princípios da integralidade, humanização, vínculo e longitudinalidade do cuidado preconizados pelo SUS. Conclui-se que o Grupo Saúde Mental Alegria de Viver representa uma estratégia de promoção da saúde mental, contribuindo para o fortalecimento da autonomia, do cuidado compartilhado e da participação dos usuários na construção de sua própria saúde.

Palavras-chave: Acolhimento; Promoção da Saúde; Psicologia.

DOI: 10.51161/iv-conasus/85688

1 INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) constitui a principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo responsável pela coordenação do cuidado, desenvolvimento de ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e acompanhamento longitudinal da população (Brasil, 2017; Starfield, 2002). Sua organização territorial favorece a construção de vínculos entre profissionais e usuários, permitindo intervenções que consideram os aspectos biológicos, psicológicos, sociais e culturais envolvidos no processo saúde-doença.

Nas últimas décadas, observa-se aumento expressivo das demandas relacionadas ao sofrimento psíquico nos serviços públicos de saúde. Queixas como ansiedade, sintomas depressivos, sobrecarga emocional, conflitos familiares, isolamento social e dificuldades de enfrentamento têm se tornado frequentes na rotina das equipes de Atenção Primária, exigindo estratégias que ultrapassem o modelo centrado exclusivamente no atendimento individual (Brasil, 2013; Organização Mundial DA Saúde, 2017).

Nesse contexto, os grupos terapêuticos constituem importantes dispositivos de cuidado coletivo, favorecendo espaços de acolhimento, escuta qualificada, fortalecimento de vínculos e compartilhamento de experiências entre os participantes. Além de ampliarem o acesso ao cuidado psicológico, esses grupos possibilitam processos de identificação, pertencimento e construção coletiva de estratégias de enfrentamento, fortalecendo a autonomia dos usuários (Yalom; Leszcz, 2006; Pichon-Rivière, 2005).

Sob a perspectiva psicodinâmica, o grupo configura-se como espaço privilegiado para circulação de afetos, elaboração das experiências subjetivas e construção compartilhada de sentidos (Bion, 1975; Kaës, 1997). Entre os recursos utilizados na condução grupal, destacam-se as metáforas terapêuticas, que favorecem a simbolização das vivências emocionais, facilitando a comunicação de conteúdos difíceis de serem expressos de forma direta e contribuindo para novos processos de compreensão e ressignificação (Winnicott, 1975).

Foi nesse cenário que surgiu o **Grupo Saúde Mental Alegria de Viver**, desenvolvido em uma Unidade de Saúde da Família do município de Anápolis, Goiás, como estratégia coletiva de promoção da saúde mental. O grupo não foi concebido como espaço destinado ao tratamento de um diagnóstico específico, mas como um dispositivo de cuidado voltado ao acolhimento, fortalecimento da autonomia, promoção da saúde e ampliação do acesso às ações psicológicas na Atenção Primária à Saúde.

Diante desse contexto, este trabalho tem como objetivo relatar a experiência de implantação e condução do Grupo Saúde Mental Alegria de Viver, destacando suas contribuições para a promoção da saúde mental e o fortalecimento das práticas de cuidado coletivo no âmbito da Atenção Primária à Saúde.

2 RELATO DE EXPERIÊNCIA

O Grupo Saúde Mental Alegria de Viver foi desenvolvido em uma Unidade de Saúde da Família (USF) do município de Anápolis, Goiás, como estratégia de promoção da saúde mental no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS). A experiência teve início em março de 2026, a partir da identificação do aumento da demanda por atendimento psicológico individual e da necessidade de ampliar o acesso às ações de cuidado em saúde mental no território.

A proposta foi idealizada e conduzida pela psicóloga da unidade, considerando os princípios da integralidade, humanização e cuidado longitudinal preconizados pelo

DOI: 10.51161/iv-conasus/85688

Sistema Único de Saúde (Brasil, 2017). O grupo foi estruturado em formato aberto, permitindo o ingresso de novos participantes por demanda espontânea ou encaminhamento da equipe multiprofissional, conforme as necessidades identificadas durante o acompanhamento dos usuários.

Participaram, em média, quinze usuários por encontro, predominantemente adultos e idosos, com maior participação do público feminino. Os encontros ocorreram quinzenalmente em espaço disponibilizado pela unidade de saúde, favorecendo um ambiente acolhedor, seguro e propício ao compartilhamento de experiências e fortalecimento dos vínculos interpessoais.

A condução das atividades foi fundamentada na escuta psicológica qualificada e em princípios da Psicologia voltados ao cuidado coletivo, contemplando momentos de acolhimento, rodas de conversa, leitura de textos reflexivos, utilização de metáforas terapêuticas, exercícios de autorreflexão e técnicas de relaxamento. Esses recursos foram empregados como estratégias facilitadoras da expressão emocional, do reconhecimento de sentimentos e da construção de novos significados acerca das experiências vivenciadas pelos participantes (Winnicott, 1975; Kaës, 1997).

Entre os recursos empregados, destacaram-se as metáforas terapêuticas, utilizadas para facilitar a comunicação de conteúdos subjetivos, estimular a reflexão e favorecer processos de ressignificação das experiências emocionais. Os principais exemplos utilizados durante os encontros são apresentados no Quadro 1.

Quadro 1 – Exemplos de metáforas terapêuticas utilizadas como recurso de intervenção no Grupo Saúde Mental Alegria de Viver

Metáfora terapêutica	**Objetivo terapêutico**
Iceberg	Favorecer o reconhecimento das emoções que permanecem ocultas e pouco expressas.
Mochila	Refletir sobre a sobrecarga emocional acumulada ao longo da vida.
Jardim	Estimular o autocuidado e o cultivo de hábitos saudáveis.
Espelho	Promover autoconhecimento e fortalecimento da autoestima.
Ponte	Incentivar a construção e o fortalecimento dos vínculos interpessoais.
Tempestade	Trabalhar estratégias de enfrentamento da ansiedade e das crises emocionais.
Bagagem	Ressignificar experiências de vida e reconhecer aprendizados adquiridos.
Máscaras	Refletir sobre papéis sociais, autenticidade e identidade.
Copo cheio	Identificar limites emocionais e reconhecer a necessidade de pedir ajuda.

Fonte: Elaborado pela autora (2026), a partir da prática profissional.

Os encontros foram planejados de acordo com as demandas apresentadas pelo grupo, abordando temas como ansiedade, autoestima, relações familiares, autocuidado, estabelecimento de limites, perdas, resiliência, manejo das emoções e fortalecimento da

rede de apoio. A participação ativa dos usuários foi estimulada durante todas as atividades, valorizando suas experiências, saberes e potencialidades.

O acompanhamento da experiência ocorreu por meio de registros realizados pela psicóloga responsável, contemplando observações referentes à participação dos usuários, às temáticas emergentes, às interações grupais e às percepções relacionadas ao desenvolvimento das atividades. Por se tratar de um relato de experiência, a avaliação dos resultados fundamentou-se na sistematização das observações produzidas ao longo da condução do grupo, respeitando o caráter qualitativo da proposta.

Por se tratar de um relato de experiência desenvolvido a partir da prática profissional, sem coleta de dados identificáveis dos participantes, sem intervenção de pesquisa e sem utilização de informações que possibilitem a identificação dos usuários, este estudo dispensa apreciação por Comitê de Ética em Pesquisa, conforme a Resolução CNS nº 510, de 7 de abril de 2016, especialmente em seu art. 1º, que estabelece as situações não sujeitas à avaliação pelo Sistema CEP/CONEP. Foram respeitados os princípios éticos, assegurando o sigilo, a confidencialidade e a preservação da identidade dos usuários.

3 DISCUSSÃO

A experiência do Grupo Saúde Mental Alegria de Viver evidencia o potencial das práticas grupais como estratégia de cuidado coletivo na Atenção Primária à Saúde (APS), contribuindo para ampliar o acesso às ações de saúde mental e fortalecer os princípios da integralidade, humanização e cuidado longitudinal preconizados pelo Sistema Único de Saúde (Brasil, 2017). Em um cenário marcado pelo aumento das demandas relacionadas ao sofrimento psíquico, iniciativas grupais representam alternativas capazes de qualificar o cuidado e otimizar os recursos disponíveis na rede pública de saúde.

Os grupos terapêuticos favorecem espaços de acolhimento, escuta qualificada e compartilhamento de experiências, possibilitando que os participantes reconheçam vivências semelhantes e desenvolvam estratégias coletivas de enfrentamento. Segundo Yalom e Leszcz (2006), fatores terapêuticos como universalidade, coesão grupal, esperança e aprendizagem interpessoal constituem elementos fundamentais para o fortalecimento emocional dos participantes, aspecto observado durante o desenvolvimento desta experiência.

Na perspectiva psicodinâmica, o grupo configura-se como espaço privilegiado para a circulação de afetos, identificação entre os participantes e elaboração das experiências subjetivas. Conforme Bion (1975) e Kaës (1997), as interações grupais favorecem processos de simbolização e construção compartilhada de significados, permitindo que o sofrimento individual seja compreendido em uma dimensão coletiva, reduzindo sentimentos de isolamento e fortalecendo o senso de pertencimento.

A utilização de metáforas terapêuticas mostrou-se um recurso relevante para facilitar a expressão emocional e ampliar a compreensão das experiências vivenciadas pelos participantes. Por meio de imagens simbólicas, histórias e comparações, tornou-se possível abordar conteúdos subjetivos de maneira acessível, favorecendo processos de reflexão, ressignificação e desenvolvimento de novas formas de enfrentamento. Essa estratégia encontra respaldo na perspectiva de Winnicott (1975), ao reconhecer a importância dos recursos simbólicos para a elaboração emocional e para o desenvolvimento da criatividade no processo terapêutico.

Outro aspecto observado foi o fortalecimento dos vínculos entre os participantes e entre os usuários e a equipe de saúde. O grupo tornou-se um espaço de convivência, apoio mútuo e construção coletiva do cuidado, ampliando a participação dos usuários nas

ações desenvolvidas pela unidade e favorecendo o protagonismo no processo de promoção da própria saúde.

Além dos benefícios relacionados ao acolhimento e à promoção do bem-estar, a experiência contribuiu para ampliar as possibilidades de atuação da Psicologia na Atenção Primária à Saúde. Ao extrapolar o modelo centrado exclusivamente no atendimento individual, a prática grupal permitiu desenvolver intervenções voltadas à promoção da saúde, prevenção do sofrimento psíquico e fortalecimento da autonomia, em consonância com as diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica e da Rede de Atenção Psicossocial (Brasil, 2011; Brasil, 2017).

Como limitação, destaca-se que este relato possui natureza qualitativa e descritiva, fundamentando-se nas observações da profissional responsável pela condução do grupo, sem a utilização de instrumentos padronizados para avaliação de desfechos clínicos. Entretanto, a sistematização da experiência permite compartilhar uma prática desenvolvida no cotidiano da Atenção Primária à Saúde, contribuindo para a disseminação de estratégias inovadoras e passíveis de adaptação em diferentes realidades do Sistema Único de Saúde.

4 CONCLUSÃO

O relato de experiência evidenciou que o **Grupo Saúde Mental Alegria de Viver** constitui uma estratégia efetiva de cuidado coletivo desenvolvida na Atenção Primária à Saúde, ampliando o acesso às ações de promoção da saúde mental e fortalecendo práticas alinhadas aos princípios do Sistema Único de Saúde. A realização de encontros grupais favoreceu a criação de um espaço acolhedor para escuta qualificada, compartilhamento de experiências, fortalecimento dos vínculos interpessoais e desenvolvimento de estratégias de enfrentamento diante das demandas emocionais apresentadas pelos usuários.

A utilização de rodas de conversa, textos reflexivos, metáforas terapêuticas, exercícios de autorreflexão e técnicas de relaxamento mostrou-se um recurso importante para estimular a expressão dos sentimentos, promover o autocuidado e favorecer processos de ressignificação das experiências vivenciadas pelos participantes. Além disso, a experiência demonstrou que a atuação da Psicologia na Atenção Primária à Saúde pode ultrapassar o atendimento clínico individual, contribuindo para práticas coletivas voltadas à promoção da saúde, prevenção do sofrimento psíquico e fortalecimento da autonomia dos usuários.

Como limitação, destaca-se que este estudo apresenta natureza qualitativa e descritiva, não contemplando instrumentos padronizados para avaliação de resultados. Entretanto, a sistematização desta experiência contribui para ampliar o conhecimento sobre estratégias grupais de cuidado em saúde mental na Atenção Primária, podendo subsidiar a implementação de iniciativas semelhantes em outros serviços do Sistema Único de Saúde.

Mais do que um grupo destinado ao manejo do sofrimento psíquico, o Grupo Saúde Mental Alegria de Viver consolidou-se como um espaço coletivo de acolhimento, escuta, construção de vínculos e promoção da saúde mental no território, reafirmando o potencial da Psicologia na Atenção Primária à Saúde para desenvolver práticas inovadoras, humanizadas e comprometidas com os princípios do Sistema Único de Saúde.

DOI: 10.51161/iv-conasus/85688

REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo. **Saúde mental e atenção psicossocial.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**: DSM-5-TR. 5. ed. rev. Porto Alegre: Artmed, 2022.

BION, Wilfred R. **Experiências com grupos.** Rio de Janeiro: Imago, 1975.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. **Diário Oficial da União**: Brasília, DF, 24 maio 2016.

BRASIL. [Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990]. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde e a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. *(Nota: Leis federais sem publicação em ato específico costumam ter a ementa ou o Diário Oficial negritados, mas muitos eventos aceitam o título da lei em negrito:* ***Lei nº 8.080...****)*

BRASIL. Ministério da Saúde. **Clínica ampliada e compartilhada.** Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS**: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Brasília: Ministério da Saúde, 2011. *(Nota: Se houver publicação oficial impressa, destaca-se o veículo. Se for a portaria direta, destaca-se:* ***Portaria nº 3.088...****)*

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde mental.** Cadernos de Atenção Básica, n. 34. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

DALGALARRONDO, Paulo. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais.** 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.

FREUD, Sigmund. Inibições, sintomas e ansiedade (1926). In: _____. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud.** Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. 20.

KAËS, René. **O grupo e o sujeito do grupo.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Depression and Other Common Mental Disorders**: Global Health Estimates. Geneva: World Health Organization, 2017.

PICHON-RIVIÈRE, Enrique. **O processo grupal.** 8. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

PUPO, L. R.; ROSA, T. E. C.; MORAIS, M. L. S. Saúde mental na Atenção Básica: intersetorialidade no cuidado em saúde mental no estado de São Paulo. **Revista Gestão & Políticas Públicas**, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 22-38, 2023.

STARFIELD, Barbara. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO; Ministério da Saúde, 2002.

WINNICOTT, Donald W. **O brincar e a realidade.** Rio de Janeiro: Imago, 1975.
YALOM, Irvin D.; LESZCZ, Molyn. **Psicoterapia de grupo**: teoria e prática. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

ZIMERMAN, David E. **Fundamentos básicos das grupoterapias.** 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2000.

DOI: 10.51161/iv-conasus/85688

LACUNAS NO PROTAGONISMO DA PUÉRPERA EM MATRIZES CURRICULARES DE RESIDENCIAS EM FISIOTERAPIA NEONATAL: ESTUDO COMPARATIVO

MARIA CAROLINE PINHO NOGUEIRA, THAÚSI FROTA SÁ NOGUEIRA NEVES SOUZA, LEANDRO ALVES GONÇALVES, GABRIELLE CAVALCANTE CAMINHA, RAIMUNDA ROSILENE MAGALHÃES GADELHA, ANA CLÉA VERAS CAMURÇA VIEIRA

RESUMO

As residências em Fisioterapia Neonatal em Terapia Intensiva alcançaram êxitos em salvar vidas de recém-nascidos críticos e prematuros, com alta precisão técnica, e, evoluíram em domínios tecnológicos. O estudo teve como objetivo analisar comparativamente as lacunas em matrizes curriculares de programas de Residência em Terapia Intensiva Neonatal com relação ao protagonismo da puérpera. Trata-se de uma pesquisa documental comparativa, qualitativa, dos projetos pedagógicos de residências em fisioterapia neonatal em terapia intensiva de hospitais públicos de referência respectivamente localizados nos estados do Mato Grosso do Sul e do Ceará, no período de julho de 2026. A coleta de informações deu-se em três etapas: 1) mapeamento dos núcleos de formação; 2) busca por termos associados ao protagonismo da puérpera e as diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher a partir das críticas às ementas. Os achados evidenciaram o hiperfoco no suporte ventilatório e fratura no binômio mãe-filho, ao invisibiliza a coparticipação da puérpera, percebe-se de modo subjetivo e diluído essa função em módulo pontual de políticas públicas, diante de forte carga técnico-biológica. Além de avançar com eixos transversais estruturados — Método Canguru e Aleitamento Materno/IHAC. Em ambas as matrizes, as disciplinas de suporte ventilatório mantêm o neonato isolado do contexto materno. Consideramos oportuno o aprofundamento do estudo e recomendamos revisões em matrizes que permitam conciliar de forma transversal o protagonismo da puérpera na alta complexidade, no acolhimento ao puerpério de risco e na capacitação materna para a alta, o assegurando a integralidade no SUS.

Palavras-chave**:** Currículo; Ensino em Saúde; Projeto Pedagógico.

1 INTRODUÇÃO

Os programas de residência multiprofissional e uniprofissional são uma realidade em todo território nacional, se configuram na perspectiva da educação permanente, em que buscam transformar a prática profissional articulando ensino e serviço e se conectam diretamente mediante os projetos pedagógicos ao explicitar as singularidades de aprendizagem na realidade vivenciada em cada contexto a fim de fortalezar o Sistema Único de Saúde (Santos et al. 2025). No entanto, a evolução histórica da Fisioterapia Neonatal no contexto das Unidades de

DOI: 10.51161/iv-conasus/85690

Terapia Intensiva (UTI) consolidou a especialidade como um pilar indispensável para a sobrevida de recém-nascidos críticos e prematuros (Lanza et al., 2012). Pautada pelo domínio de tecnologias duras e pela precisão técnica — que abrange desde o manejo complexo da ventilação mecânica protetora até estratégias minuciosas de desobstrução das vias aéreas e cuidado baseado no desenvolvimento —, a assistência intensivista neonatal alcançou elevados patamares de eficácia biológica (Andrade, 2011).

Contudo, esse hiperfoco no monitor, nos parâmetros ventilatórios e no isolamento protetor da incubadora frequentemente gera um paradoxo assistencial: a fragmentação do binômio mãe-filho e a consequente invisibilização da puérpera no cenário do cuidado de alta complexidade. Reformular as ementas para resgatar a centralidade da mulher e transformar a mãe em coparticipante ativa da terapêutica fisioterapêutica não reduz o rigor científico da especialidade; pelo contrário, eleva a assistência ao patamar da verdadeira integralidade preconizada pelo SUS (Mattos; Pinheiro, 2001).

Diante dessa realidade, a inserção da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) na formação pós-graduada em serviço surge não como uma escolha opcional, mas como um imperativo ético, político e pedagógico (Brasil, 2004).

Existe um equívoco conceitual e estrutural ao se pressupor que as diretrizes da PNAISM devem se restringir aos programas de Residência em Saúde da Mulher ou de Enfermagem Obstétrica. Independentemente da residência estar nominalmente vinculada à Neonatologia, à Saúde da Criança e do Adolescente, ou à Saúde da Mulher, a presença da mãe no ambiente intensivista é indissociável da existência do recém-nascido.

Neste sentido, a mulher que vivencia o puerpério de risco na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) não pode ser reduzida pela matriz curricular à condição de mera espectadora ou "visita" controlada por fluxos institucionais. Ela é um sujeito de direitos atravessado por vulnerabilidades físicas, psíquicas e sociais decorrentes do parto e do estresse da hospitalização do filho (Brasil, 2004).

Portanto, fragmentar as linhas de cuidado do Sistema Único de Saúde (SUS) sob a justificativa de hiperespecializações disciplinares viola o princípio constitucional da integralidade. A matriz curricular das residências, enquanto indutora de práticas profissionais, precisa formalizar o entendimento de que a Fisioterapia Neonatal eficaz pressupõe o manejo indissociável do binômio mãe- filho, resgatando a centralidade da mulher e assegurando que a técnica não silencie a humanização preconizada pelas políticas públicas de saúde (Mattos; Pinheiro, 2003).

No cotidiano da assistência intensivista, o silenciamento da PNAISM nas matrizes curriculares reflete-se na reprodução de um modelo biomédico rígido, onde as ações de saúde são direcionadas quase que exclusivamente às disfunções orgânicas do neonato (Merhy et al., 2003).

Então, ao negligenciar a saúde da mulher que transita pela UTIN, a formação em serviço falha na operacionalização de estratégias fundamentais da linha de cuidado perinatal, como o Método Canguru e o aleitamento materno (Brasil, 2017). O fisioterapeuta neonatal, quando privado de uma formação transversal em saúde da mulher, tende a enxergar barreiras clínicas onde deveria construir pontes de vínculo; o posicionamento terapêutico, o contato pele a pele precoce e o manejo do colo protetor passam a ser vistos como riscos à estabilidade do prematuro, e não como intervenções neuroprotetoras potentes que demandam a participação

ativa e instrumentalizada da mãe (Prado et al., 2012). Ademais, o puerpério atravessado pela internação em alta complexidade é marcado por um elevado sofrimento psíquico, sentimento de culpa e desamparo institucional. Quando a residência não capacita o profissional para acolher essa puérpera e integrá-la como coparticipante do plano terapêutico, compromete-se inclusive a segurança da transição do cuidado para o domicílio.

Portanto, a alta hospitalar de um recém-nascido dependente de suportes ou em reabilitação motora e respiratória torna-se um evento gerador de pânico para a família, uma vez que a mãe foi mantida à margem do processo educativo durante a internação. Assim, a reforma curricular surge como o dispositivo pedagógico capaz de fraturar essa lógica tecnicista, reposicionando o fisioterapeuta residente como um agente de cuidado integral (Campos; Domitti, 2007).

Justifica-se, portanto, a urgência de redesenhar os percursos formativos na pós-graduação *lato sensu*, assegurando que as diretrizes de humanização, equidade e integralidade da PNAISM se interrelacionem a prática clínica neonatal de forma obrigatória e estruturada.

Diante do exposto, o estudo tem como objetivo analisar comparativamente a inserção das diretrizes da PNAISM nas matrizes curriculares de dois programas de Residência em Terapia Intensiva Neonatal.

2 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo e analítico, com abordagem qualitativa (Minayo, 2014), do tipo pesquisa documental comparativa (Bardin, 2016). O *corpus* de análise constituiu-se de dois projetos pedagógicos e as respectivas matrizes curriculares de programas de Residência em Terapia Intensiva com atuação em Neonatologia vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS). Listam-se o Programa de Terapia Intensiva em Fisioterapia em um Hospital Público de Referência no Mato Grosso do Sul e o Programa de Residência Multiprofissional em Terapia Intensiva Neonatal de um Hospital Público de Referência, no Ceará.

A coleta de informações foi obtida mediante acesso direto aos documentos oficiais das instituições de ensino-serviço supracitadas. O percurso analítico foi estruturado em três etapas: Inicialmente a 1ª Etapa deu-se o Mapeamento dos Núcleos de Formação, onde identificamos a distribuição da carga horária, as ementas teóricas e práticas em ambas as matrizes, categorizando-as em eixos transversais, de concentração e específicos da profissão. Na 2ª Etapa realizamos a busca por indicadores da PNAISM, a partir de uma leitura textual exaustiva nos documentos em busca de termos e conceitos-chave atrelados à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) e à linha de cuidado perinatal, tais como: "saúde da mulher", "puerpério", "binômio", "Método Canguru" e "aleitamento materno". E, a 3ª Etapa elaboramos a análise comparativa crítica ao confrontarmos os achados das duas matrizes para evidenciar se a formação atual perpetua o hiperfoco tecnológico no recém-nascido ou se incorporava a mãe de forma transversal no cuidado intensivo.

Por se tratar de uma pesquisa baseada exclusivamente em documentos de domínio público e de livre circulação institucional, sem o envolvimento direto de seres humanos, o estudo prescindiu de submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), conforme a Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde.

DOI: 10.51161/iv-conasus/85690

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Conforme os achados e as análises comparativas dos projetos pedagógicos e as respectivas matrizes curriculares de programas de Residência em Terapia Intensiva em Neonatologia do Programa de Terapia Intensiva em Fisioterapia referentes aos hospitais públicos de referência respectivamente nos estados do Mato Grosso do Sul e no Ceará emergiram as categorias analíticas: 1) Análise Comparativa das Matrizes: O Foco Tecnológico e a Lacuna da Saúde da Mulher; 2) O Conflito do "Esquecimento" da Mãe nas Ementas de Alta Complexidade; e, 3) Eixos Propositivos: Tecendo a PNAISM nas matrizes curriculares da Residência Neonatal.

Análise Comparativa das Matrizes: O Foco Tecnológico e a Lacuna da Saúde da Mulher

Ao analisar o Projeto Pedagógico do Programa de Terapia Intensiva em Fisioterapia do HRMS, observa-se uma estrutura fortemente consolidada no modelo de eixos específicos da profissão. Disciplinas como "Bases da Assistência em Pediatria e Neonatologia" (I, II, III e IV) e "Suporte Ventilatório no Paciente Pediátrico e Neonatal" traduzem uma carga horária densa e focada na excelência do manejo do recém-nascido crítico.

No entanto, o componente focado na saúde da mulher e na integralidade do binômio encontra-se diluído. Na disciplina de "Políticas Públicas de Saúde no Brasil", a saúde da mulher divide espaço em um módulo de apenas 4 horas com temas como Saúde do Homem, Humanização e Programa Hiperdia, evidenciando que as diretrizes da PNAISM aparecem de forma periférica e não transversalizada na prática intensivista do fisioterapeuta (Brasil, 2004).

Em contrapartida, a Matriz Curricular da Residência Multiprofissional em Terapia Intensiva Neonatal do HGF já apresenta avanços significativos na tentativa de romper com o isolamento do neonato. Essa matriz traz eixos transversais indispensáveis com cargas horárias robustas e específicas para ações que exigem a centralidade da mãe, tais como a "Sensibilização do Método Canguru" (60h) e o "Aleitamento Materno da Iniciativa Hospital Amigo da Criança - IHAC" (40h) (Brasil, 2017). Além disso, no eixo de disciplinas teóricas, a ementa de "Educação em Saúde" cita textualmente a abordagem voltada ao grupo populacional da mulher.

O Conflito do "Esquecimento" da Mãe nas Ementas de Alta Complexidade

Apesar dos avanços identificados na matriz do HGF em relação ao acolhimento perinatal, quando se examina a descrição das disciplinas do núcleo específico e de maior complexidade em ambas as matrizes, o "esquecimento" da mãe como sujeito ativo de cuidado é notório.

No entanto, o programa do HRMS, a ementa do rodízio prático na UCINCO (Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Convencional e Canguru) delimita a assistência fisioterapêutica à "avaliação e intervenção oportuna do desenvolvimento motor, técnicas atuais de fisioterapia e oxigenioterapia" focadas estritamente no recém-nascido e no lactente. Do mesmo modo, a matriz do HGF, as disciplinas de "Ventilação Mecânica" e "Assistência ao Recém-Nascido em Ventilação Mecânica" priorizam o domínio técnico-linear biológico.

Portanto, essa configuração curricular reforça o argumento de que, na alta complexidade, o residente é pedagogicamente induzido a olhar para dentro do acrílico da

incubadora. As barreiras físicas da UTI e as urgências dos parâmetros ventilatórios acabam por invisibilizar a puérpera, tratando-a como um elemento externo ao processo de reabilitação (Postiaux, 2007), o que contraria frontalmente a essência de integralidade exigida na PNAISM (Brasil, 2004).

Eixos Propositivos: Tecendo a PNAISM nas matrizes curriculares da Residência Neonatal

Neste sentido, percebemos o contraste entre a forte base técnica do profissional (evidenciada no HRMS) e a introdução de políticas humanizadas (como no HGF) e propusemos reflexões necessárias sobre o protagonismo das puérperas fundamentado na inclusão das diretrizes da PNAISM nas matrizes de Fisioterapia Neonatal. Como sugestão seguimos com as reformulações ementarias:

a) Ampliação Conceitual na Alta Complexidade: Inserir formalmente nas disciplinas de suporte ventilatório o impacto do estresse e do afastamento materno na mecânica respiratória e no neurodesenvolvimento do prematuro (Prado et al., 2012).

b) A Puérpera como Sujeito de Cuidado na UTIN: Inclusão de conteúdos teóricos e práticos sobre a fisiologia e a psicologia do puerpério de risco, capacitando o residente de fisioterapia a acolher o sofrimento psíquico e avaliar as condições físicas e ergonômicas da mãe à beira do leito (Brasil, 2004).

c) Fisioterapia Compartilhada e Empoderamento para a Alta: Reformular as ementas de prática supervisionada em terapia intensiva neonatal para que a inserção e o treinamento da mãe (no posicionamento, Método Canguru e estímulo sensorial) sejam critérios obrigatórios de competência assistencial do residente, garantindo uma desospitalização segura e alinhada à linha de cuidado integral do SUS (Brasil, 2017).

4 CONCLUSÃO

O estudo permitiu realizar a análise comparativa e propositiva das matrizes curriculares de residência evidenciou que a formação em Fisioterapia Neonatal no SUS ainda enfrenta o desafio de romper com o modelo biomédico tecnicista. Embora os programas assegurem uma sólida capacitação voltada à alta complexidade e ao manejo tecnológico do recém-nascido crítico, a figura da mãe puérpera frequentemente permanece invisibilizada ou restrita a componentes periféricos da grade horária.

Mesmo diante de avanços estruturais importantes em cenários multiprofissionais, como a inserção de eixos específicos para o aleitamento materno e o Método Canguru, as ementas de cuidados intensivos e suporte ventilatório ainda tendem a isolar o neonato de seu contexto materno.

Consideramos, portanto, que a discussão sobre a inclusão obrigatória e transversal das diretrizes da PNAISM nas matrizes curriculares — independentemente do nome do programa de residência (seja Neonatologia, Saúde da Criança ou Saúde da Mulher) — é um passo pedagógico e político inadiável.

As limitações do estudo correspondem apenas ao número reduzido de matrizes curriculares pesquisadas, porém suscita outros aprofundamentos teóricos.

DOI: 10.51161/iv-conasus/85690

Recomenda-se discutir os desafios para a superação do modelo tecnicista e a urgência do resgate do cuidado ao binômio mãe-filho na alta complexidade. A fim de formar profissionais com olhar ampliado garante um cuidado humanizado à beira do leito, além de promover o empoderamento materno e qualificar o processo de desospitalização, assegurando que a técnica caminhe lado a lado com a garantia de direitos na alta complexidade.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, L. B**. Fisioterapia respiratória em pediatria e neonatologia.** Rio de Janeiro: Medbook, 2011.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** São Paulo: Edições 70, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM): Princípios e Diretrizes.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes do Método Canguru: Atenção Humanizada ao Recém-Nascido**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C**. Apoio Matricial e equipe de referência: uma metodologia para a gestão do trabalho interdisciplinar em saúde.** Cadernos de Saúde Pública, v. 23, n. 2, p. 399-407, 2007.

LANZA, F. C. et al. **Fisioterapia em pediatria e neonatologia**. 1. ed. São Paulo: Roca, 2012.
MATTOS, R.; PINHEIRO, R. (org.). **Os Sentidos da Integralidade na Atenção e no Cuidado.** Rio de Janeiro: Hucitec/IMS, 2001.

MATTOS, R.; PINHEIRO, R. (org.). **Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde.** Rio de Janeiro: Hucitec/IMS, 2003.

MERHY, E. E. et al**. O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano.** São Paulo: Hucitec, 2003.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

POSTIAUX, G**. Fisioterapia Respiratória Pediátrica: o tratamento guiado pela ausculta pulmonar.** Porto Alegre: Artmed, 2007.

PRADO, et al**. Fisioterapia neonatal e pediatria.** 1. ed. Barueri-SP: Manole, 2012.
SANTOS, L. C. dos; DOMINGOS, T. da S.; CASSOLA, E. G; VAZ, D. R; SPIRI, W. C.. Projetos Pedagógicos das Residências Multiprofissionais em Saúde: uma perspectiva para a Educação e Prática Interprofissional Colaborativa. **Medicina (Ribeirão Preto)**, Ribeirão Preto, Brasil, v. 57, n. 2, p. e-224673, 2025.

DOI: 10.51161/iv-conasus/85690

ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DA HEMORRAGIA PÓS-PARTO NAS REGIÕES BRASILEIRAS: DISTRIBUIÇÃO DA REDE HEMOTERÁPICA E MORTALIDADE MATERNA ENTRE 2019 E 2024

RHAYANE MIRELLI MARIA QUEIROZ DO NASCIMENTO; ALEXIA DANYELE COUTINHO; MANUELLA PESSÔA DE MELO OTERO; CAROLINE DE OLIVEIRA SOUSA; JOÃO URBANO RODRIGUES MOURA E SILVA QUEIROZ SIQUEIRA; MARIA EDUARDA DE MELO AZEVEDO PIRES; BEATRIZ FIUZA LIMA FALCÃO DE MELO

Introdução: A hemorragia pós-parto é um importante desafio à saúde pública, porque está entre as principais causas de morbimortalidade materna. A organização da assistência materna e da distribuição da rede hemoterápica no Brasil sofre discrepâncias regionais que reforçam a necessidade de análises epidemiológicas contribuintes para a consolidação de planos voltados à redução da mortalidade materna. **Objetivo**: Analisar o perfil epidemiológico das internações e dos óbitos por hemorragia pós-parto nas regiões do Brasil entre 2019 e 2024, discutindo os resultados ao relacionar à distribuição regional da rede hemoterápica. **Metodologia**: Trata-se de um estudo ecológico, descritivo, de abordagem quantitativa, realizado com dados secundários do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), coletados pelo DATASUS, relacionados aos casos de hemorragia pós-parto no Brasil entre 2019 e 2024. Os dados foram segmentados por ano e região geográfica, sendo os achados discutidos com base na literatura científica e interpretados conforme a distribuição local da rede hemoterápica, segundo a ANVISA. **Resultados**: Entre 2019 e 2024, foram registradas 16.383 internações e 628 óbitos por hemorragia pós-parto no Brasil. A Região Sudeste concentrou 40,2% das internações e 32,6% dos óbitos, seguida pela Região Nordeste (29,7% e 27,7%, respectivamente). O maior número de óbitos ocorreu em 2021 (117), enquanto as internações apresentaram pequenas oscilações ao longo do período avaliado. As regiões Norte e Centro-Oeste registraram os menores quantitativos, evidenciando diferenças regionais na distribuição dos casos de hemorragia pós-parto, possivelmente ligadas à distribuição demográfica. Observou-se maior concentração de serviços hemoterápicos nas regiões Sudeste e Nordeste, entretanto, a predominância desses serviços está localizada nos centros urbanos, o que pode refletir desafios relacionados ao acesso à assistência hemoterápica, especialmente em áreas distantes dos centros urbanos. **Conclusão**: Os resultados mostraram desigualdades regionais na distribuição das internações e dos óbitos por hemorragia pós-parto no Brasil, assim como na organização da rede hemoterápica e ambos podem estar relacionados à distribuição demográfica. No entanto, o número de casos registrados ainda é alto, o que sustenta a utilidade de estratégias que ampliem o acesso aos serviços especializados correlacionados. Nesse âmbito, o monitoramento epidemiológico é essencial para subsidiar políticas públicas voltadas ao fortalecimento da assistência obstétrica e hemoterápica.

Palavras-chave: **HEMORRAGIA PÓS-PARTO; HEMOTERAPIA; MORTALIDADE MATERNA**

DOI: 10.51161/iv-conasus/85691

HORTA CASEIRA COMO TECNOLOGIA SOCIAL NA PROMOÇÃO DA SAÚDE

ROSENILDA ALMEIDA PINHEIRO; LUCIANO BARROS; THAINA GOMES DOS PASSOS; FLAVIA AMARAL DA MOTTA OLIVEIRA; FELIPE DA CUNHA FLORES; DANIELA FORO CAVALCANTE; ALYSSA DANIELA MIRANDA DE AQUINO

Introdução: A experiência "Horta Caseira" foi desenvolvida na microárea da Estratégia Saúde da Família Paraíso, distrito de Murinin, Benevides–PA, a partir de agosto de 2025, após identificação de vulnerabilidade psicossocial e alimentar durante visitas domiciliares a pessoas idosas. A iniciativa surgiu como estratégia de enfrentamento ao isolamento social, tristeza, ociosidade, baixa autoestima e insegurança alimentar, utilizando hortas domésticas como tecnologia social de baixo custo, sustentável e integrada às ações da Atenção Primária à Saúde e da Vigilância em Saúde. **Objetivo:** Promover o bem-estar biopsicossocial, a autonomia, a autoestima, a alimentação saudável e a segurança alimentar, fortalecendo vínculos comunitários por meio da implantação de hortas caseiras. **Relato da experiência:** A intervenção iniciou-se com a implantação de uma horta piloto no domicílio de uma idosa de 78 anos, utilizando estrutura em PVC e canteiro suspenso. Diante dos resultados positivos, o projeto foi ampliado com apoio multiprofissional da enfermagem e nutrição, além de articulação intersetorial com a Secretaria de Agricultura e produtor rural local. Foram realizadas atividades educativas, aula prática, distribuição de sementes e mudas e acompanhamento periódico por visitas domiciliares. Foram implantadas 12 hortas familiares, com custo médio estimado de R$ 32,00 por horta a cada 90 dias. A experiência foi replicada em quatro microáreas e uma escola, gerando 28 novos cadastros espontâneos. Entre os participantes avaliados, 100% relataram aumento no consumo de hortaliças e impacto alto ou máximo na qualidade de vida, enquanto 85,7% referiram melhora expressiva no ânimo e disposição. **Conclusão:** A experiência demonstrou que hortas caseiras constituem tecnologia social simples, sustentável e economicamente viável, com potencial para promover saúde mental, autonomia, alimentação saudável e segurança alimentar, fortalecendo o cuidado integral e a articulação intersetorial no SUS.

Palavras-chave: **ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE; PESSOA IDOSA; SEGURANÇA ALIMENTAR**

DOI: 10.51161/iv-conasus/85701

CARTOGRAFAR O ESPAÇO, LIBERTAR OS CORPOS: A SAÚDE AMBIENTAL ENQUANTO DISPOSITIVO DE HUMANIZAÇÃO NO CONTEXTO HOSPITALAR

SALOMÃO MENDONÇA DE OLIVEIRA; ROBERTA FONTENELE DE VASCONCELOS; YURI FONTENELLE LIMA MONTENEGRO; LUÍSA INOJOSA GONÇALVES DE BARROS

RESUMO

Introdução: Os ambientes hospitalares de alta complexidade frequentemente atuam como espaços de confinamento e isolamento sensorial, impactando negativamente na recuperação dos pacientes hospitalizados. Este trabalho propõe articular os conceitos de neuroarquitetura, design biofílico e cartografia clínica sob uma perspectiva esquizoanalítica como dispositivo de humanização no rol da saúde ambiental no Sistema Único de Saúde (SUS). **Relato de experiência:** Este trabalho tem o objetivo de relatar a experiência prática de terapeutas ocupacionais na implementação de estratégias de adequação ambiental e resgate do "eu-ocupacional" a partir da execução de atividades significativas de pacientes em um hospital público de alta complexidade em Fortaleza, Ceará. Pautou-se no mapeamento cartográfico do microespaço de internação, na confecção de dispositivos expressivos de reminiscência, no treino de atividades de vida diária e na expansão territorial extra-leito em direção a janelas e jardins terapêuticos. Paralelamente, implementou-se a estratégias da ecoclínica dos materiais por meio da confecção de dispositivos de tecnologia assistiva de baixo custo. **Discussão:** Ao romper os limites físicos da ala de internação, o corpo do paciente experimenta uma reterritorialização afetiva e espacial. Esta passagem pelas fronteiras rígidas do hospital materializa o conceito-exercício da esquizo-ocupação, subvertendo a visão tradicional de reabilitação focada em métricas de produtividade ou mera correção funcional. **Conclusão:** O movimento de dobra esquizoanalítica sobre os recursos institucionais ressignifica o espaço físico hospitalar como dispositivo de reabilitação e tecnologia leve de saúde, fortalecendo a humanização e a produção de vida no SUS.

Palavras-chave: Humanização da Assistência; Arquitetura Hospitalar; Terapia Ocupacional.

1 INTRODUÇÃO

Historicamente, o espaço construído das instituições hospitalares públicas reflete a herança da arquitetura hospitalar pautada no modelo biomédico de atenção, que prioriza o controle de patógenos em detrimento da dimensão subjetiva e do conforto sensorial dos usuários (Amora; Costa, 2019). A predominância de ambientes monótonos, com pouca iluminação natural e elevados níveis de ruído, gera importante estresse ambiental, favorece o agravamento de quadros de desorientação e reduz a eficácia de processos neuroplásticos essenciais para a recuperação funcional (Paiva, 2023; Kim *et al.*, 2023; Ulrich, 1984). Fatores ambientais, como iluminação natural, ventilação adequada e contato com áreas verdes, influenciam positivamente os desfechos clínicos (Kellert, 2018). Segundo Ulrich (2004), pacientes com acesso visual à

DOI: 10.51161/iv-conasus/85713

natureza apresentam um tempo reduzido de internação e menor necessidade de analgésicos. Em consonância com esses achados, as diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH) reforçam a importância da construção de ambientes acolhedores, seguros e esteticamente qualificados, capazes de fortalecer os vínculos entre profissionais, pacientes e familiares, bem como promover autonomia e protagonismo dos sujeitos (Brasil, 2010).

De acordo com o Ministério da Saúde (Brasil, 2023), compete à Saúde Ambiental "promover ambientes saudáveis e a melhoria da qualidade de vida da população". Nesse contexto, a neuroarquitetura surge enquanto um campo interdisciplinar amparado nos achados da neurociência sobre a influência dos espaços, investigando como estímulos físicos, tais como cores, formas, materiais, iluminação e ventilação, modulam diretamente o sistema nervoso, bem como as funções cognitivas e as respostas endócrinas dos indivíduos (Goldhagen, 2017; Gentle, 2018). Em complemento, a biofilia propõe a integração de elementos, texturas e ritmos da natureza ao ambiente construído, contribuindo para a redução do estresse crônico associado ao processo de internação (Kaplan, 1995). No contexto da saúde pública brasileira, as articulações entre essas estratégias de projeto e as diretrizes de ambiência buscam transformar estruturas historicamente asilares em ambientes de cuidado mais acolhedores e humanizados (Silva; Horevicz, 2024).

Entretanto, as intervenções ambientais não produzem efeitos terapêuticos de forma mecânica. Para que o espaço se constitua como um território efetivamente terapêutico, torna-se necessário compreender os fluxos, relações e afetos que atravessam os sujeitos que o ocupam. Nesse sentido, utilizou-se da cartografia clínica, fundamentada na perspectiva deleuzo-guattariana, para mapear fluxos afetivos, linhas de fuga e dinâmicas subjetivas que constituem a experiência da hospitalização (Deleuze; Guattari, 1995). Ao transpor os limites físicos da ala de internação, o paciente, antes capturado pelo ritmo maquínico da enfermaria e pela descontinuidade de seu "eu-ocupacional", pode vivenciar processos de reterritorialização afetiva e espacial.

Entende-se aqui a noção do "eu-ocupacional" como o sujeito que se produz no e pelo fazer, cuja integridade existencial e expressão afetiva se dão na imanência de suas atividades cotidianas significativas. A descontinuação desse "eu-ocupacional" no leito, portanto, não é apenas um déficit funcional, mas uma cisão na sua própria produção de subjetividade. Baseado nas contribuições do método cartográfico e do conceito-exercício de esquizo-ocupação (Costa; Almeida, 2004), o adoecimento avançado foi encarado não apenas sob a ótica do diagnóstico biológico, mas a partir do mapeamento de como o espaço hospitalar captura, estratifica e desterritorializa os corpos internados.

Esse deslocamento dialoga diretamente com os pressupostos da terapia ocupacional acerca da produção de territórios existenciais (Bianchi, 2018), nos quais o fazer humano ultrapassa a dimensão geográfica e constitui planos de pertencimento, dignidade e direito à existência. Nessa perspectiva, o resgate de ocupações significativas interrompidas pela hospitalização amplia as possibilidades da clínica terapêutica, favorecendo a reconstrução dos territórios existenciais dos sujeitos atendidos (Costa; Almeida, 2004). Diante desse panorama, o presente trabalho tem o objetivo de relatar a experiência prática de terapeutas ocupacionais na implementação de estratégias de adequação ambiental e resgate do "eu-ocupacional" a partir da execução de atividades significativas de pacientes em um hospital público de alta complexidade em Fortaleza, Ceará.

2 RELATO DE EXPERIÊNCIA

Trata-se de um relato de experiência de caráter descritivo e reflexivo, fundamentado na vivência prática de terapeutas ocupacionais de diversos setores e residentes de um Programa de Residência Multiprofissional em Saúde em enfermarias de um hospital público de alta

complexidade localizado no estado do Ceará. O período analisado compreendeu o acompanhamento sistemático de pacientes sob regime de internação, superior a cinco dias, em decorrência de agravos que limitem suas atividades de vida diária entre os anos de 2025 e 2026.

O percurso estruturou-se em etapas interdependentes: a cartografia dos leitos, produções de recursos e a intervenção neuroarquitetônica sustentável. Inicialmente, realizou-se o mapeamento cartográfico do microespaço de internação, registrando em diários de campo os fluxos afetivos dos pacientes, a interação com acompanhantes e a equipe multiprofissional, bem como o impacto do ruído hospitalar, iluminação artificial ininterrupta, sentimento de isolamento, destituição e descontinuação da rotina. Nesse cenário, a incapacidade de cumprir funções ocupacionais, a falta de escolha e oportunidades de engajamento significativo nas atividades apresentadas no hospital ilustram de modo mais intenso a experiência de privação do envolvimento ocupacional, um fenômeno amplamente observado em contextos de internação prolongada e isolamento institucional (Firfirey; Hess-April, 2014).

Posteriormente, a partir das demandas clínicas e subjetivas cartografadas, conceberam-se e implementaram-se intervenções ambientais não farmacológicas, de baixo custo e alta sustentabilidade ecológica, em consonância com as premissas da Política Nacional de Humanização (Brasil, 2010). As intervenções implementadas a partir da leitura cartográfica dividiram-se em três eixos centrais de atuação:

a) Dispositivos de Comunicação e Suporte Subjetivo como Linhas de Fuga: Diante das capturas severas da linguagem e da motricidade causadas por agravos como a Síndrome do Encarceramento, afasias globais e quadros demenciais, instituiu-se o treino de Comunicação Alternativa e Aumentativa (CAA). Essa prática envolve desde o uso de movimentos pupilares e comandos táteis simples (como o toque e o aperto de mãos para codificar respostas binárias de "sim" ou "não") até a confecção de recursos individualizados, como lousas de comunicação, prontuários afetivos, diários de internação, atividades lúdicas e “cadernos de finitude". Tais recursos foram associados à terapia de reminiscência e a ferramentas expressivas como a colagem e a audição de músicas significativas da história biográfica dos usuários, viabilizando fendas de expressão subjetiva ativa contra o silenciamento asilar.

b) Expansão Territorial Extra-Leito e Design Biofílico: Visando romper com a privação sensorial da internação contínua e regular os ciclos circadianos comprometidos, estruturaram-se manejos ambientais de base biofílica. Promoveu-se a readequação lumínica do microespaço através da ida até os corredores e janelas para contato de luz natural, promoção de estímulos cognitivos e audiovisuais. Os deslocamentos estenderam-se para além dos limites físicos dos leitos, promovidos através do deslocamento assistido dos pacientes — em cadeiras de rodas ou pranchas ortostáticas — até as janelas das enfermarias, jardins e capela do hospital. Essas ações buscam a aproximação visual e sensorial com elementos da natureza, como o vento e a vegetação, somado ao resgate de territórios significativos pré-internação, operando como atenuadores do estresse ambiental.

c) Ecoclínica dos Materiais e Tecnologia Assistiva Sustentável: Focando na saúde ambiental e na redução e reutilização segura de resíduos dentro do Sistema Único de Saúde (SUS), os terapeutas ocupacionais dedicaram-se à confecção ecológica de dispositivos de posicionamento e órteses. Foram confeccionados recursos personalizados de posicionamento ventral de punho e dedos por meio da moldagem térmica de tubulações de Policloreto de Vinila (PVC) higienizadas, além da adaptação de carretéis vazios de esparadrapo de polipropileno e espumas de polietileno expandido para atuar como posicionadores cilíndricos. O intuito dos dispositivos em sua maioria foi para facilitação de comissura e arcos palmares em mãos com padrões flexores ou espásticos, a fim de gerar conforto articular, prevenindo lesões ou agravamentos que possam comprometer a funcionalidade dos atendidos a partir de materiais com baixíssimo custo econômico e ambiental.

DOI: 10.51161/iv-conasus/85713

3 DISCUSSÃO

Sob a lente da esquizo-ocupação, a prática esquizoanalítica prevê uma atitude cartográfica constante que investigue se o nosso cotidiano profissional enquanto terapeutas ocupacionais tem produzido novos territórios existenciais ou se tem colaborado para o aprisionamento de existências em comportamentos capturados pela norma asilar nosocomial (Costa; Almeida, 2004). Diante desse tensionamento — que recusa a atividade como mero recurso mecânico de produtividade — as construções cartográficas das forças que atravessam as enfermarias orientaram a materialização dos três eixos de intervenção micropolítica apresentados. Estes eixos estruturam-se não como protocolos fixos de reabilitação, mas como agenciamentos e linhas de fuga projetadas para dobrar o espaço e libertar os corpos.

A cartografia clínica revelou que a privação sensorial, contensões físicas/química, e desorganização espacial geram barreiras invisíveis ao desenvolvimento de novas conexões sinápticas em cérebros lesionados, conforme evidenciado pelas investigações em neuroarquitetura aplicada à saúde (Firfirey; Hess-April, 2014; Goldhagen, 2017; Paiva, 2023). A expansão dos jardins terapêuticos em unidades clínicas e hospitalares também endossa os benefícios da natureza para a saúde física, mental e emocional de pacientes, familiares, funcionários, visitantes e voluntários. Apesar da necessidade quanto a uma melhor definição e diretrizes de implementação, os jardins terapêuticos despontam ao redor do mundo — a exemplo de Austrália (*Bendigo Hospital Victoria* e *Queensland Children's Hospital*), Singapura (*Khoo Teck Puat Hospital*) e Estados Unidos da América (*Legacy Hospitals*) — como ferramentas para a promoção da saúde, do bem-estar pessoal e profissional, do clima organizacional e da satisfação com a instituição (Nieberler-Walker *et al.*, 2023).

Os corpos dos pacientes, frequentemente restritos aos leitos de enfermaria, expressam-se em processos de desterritorialização existencial decorrentes da exposição crônica à poluição sonora, à luminosidade artificial e às rotinas invasivas do setor. Na perspectiva deleuze-guattariana, a desterritorialização não é uma mera metáfora espacial, mas o movimento de afastamento de um território outrora habitado, a perda de um plano de consistência que garantia ao sujeito a sua assinatura existencial no mundo (Deleuze; Guattari, 1995). Distante das suas ocupações significativas, este corpo perece no leito hospitalar; esse processo se materializa quando o ritmo maquínico da instituição captura os fluxos do desejo e desorganiza os rumos do cotidiano, empurrando o corpo para um estado de apatia.

O esvaziamento do fazer subjetivo ilustra o que a esquizo-ocupação denuncia como o risco de produção de existências aprisionadas (Costa; Almeida, 2004). Quando o hospital destitui o paciente de sua autonomia e de sua capacidade de engajar-se em atividades significativas, ele opera uma desterritorialização que cinde o "eu-ocupacional". Para resistir a esse sequestro da subjetividade, a clínica precisa intervir na produção de novos territórios existenciais (Bianchi, 2018). Sob o prisma cartográfico, as saídas ao espaço exterior e o contato com o jardim estruturam verdadeiras linhas de fuga da rigidez asilar. Ao romper os limites físicos da ala de internação, o corpo do paciente experimenta uma reterritorialização afetiva e espacial. Esta passagem pelas fronteiras rígidas do hospital materializa o conceito-exercício da esquizo-ocupação, subvertendo a visão tradicional de reabilitação focada em métricas de produtividade ou mera correção funcional (Costa; Almeida, 2004).

O contato com o jardim ou com a paisagem através da janela desarticula a linha de segmentaridade asilar que reduz o sujeito ao estrato passivo de 'doente', promovendo um agenciamento inventivo entre a matéria biológica lesionada e a força viva do ambiente externo (Deleuze; Guattari, 1995). Ao "dobrar" o espaço e acolher os fluxos do desejo na imanência do fazer significativo, a clínica tece fendas de autonomia e produção de subjetividade onde a

instituição operava o aprisionamento. O corpo, antes fragmentado pela privação, encontra nos ritmos da natureza um novo plano de consistência e reterritorialização existencial (Firfirey; Hess-April, 2014).

Para Gilles Deleuze (1991), a dobra não constitui uma cisão com o exterior, mas o ato de curvar as forças de fora, as engrenagens externas da instituição, da vigilância e da dor — para inventar um 'lado de dentro', um refúgio íntimo de subjetivação ativa e conservação de si. Ao dobrar a rigidez e a escassez hospitalar, o fazer terapêutico reconverte a arquitetura hostil em proteção. Em consonância com as diretrizes de sustentabilidade ecológica e saúde ambiental no SUS, a atuação também se debruçou sobre a ecoclínica dos materiais e a redução de resíduos através da tecnologia assistiva de baixo custo. Para contornar a escassez de termoplásticos de baixa temperatura, tradicionalmente dispendiosos, os terapeutas utilizaram-se da dobra para a adaptação de materiais alternativos como o PVC e polímeros residuais para a construção de recursos terapêuticos personalizados.

Além disso, os registros cartográficos apontaram o surgimento de linhas de fuga saudáveis: os pacientes passaram a expressar maior desejo de comunicação, aumento na cooperação com os cuidados diários e maior adesão aos exercícios terapêuticos. A sustentabilidade ambiental revelou-se na otimização de recursos existentes e no baixo custo financeiro das adequações físicas, demonstrando que a humanização do SUS passa pela qualificação ética e estética dos espaços de saúde pública.

4 CONCLUSÃO

Articulações teóricas e práticas entre a neuroarquitetura, o design biofílico e a cartografia clínica estabelecem um novo paradigma para as ações de saúde ambiental no Sistema Único de Saúde. Longe de caracterizar-se como um protocolo ou método, as práticas terapêuticas supracitadas articulam-se como um agenciamento capaz de modular respostas neurofisiológicas, atenuar a opressão do processo de institucionalização e criar territórios de existência para o sujeito hospitalizado. Provoca-se, a partir deste relato, o fortalecimento de discussões acerca da arquitetura terapêutica na formação de profissionais da saúde e a incorporação sistemática dessas práticas nos planos diretores de infraestrutura e gestão hospitalar do SUS, garantindo um cuidado verdadeiramente integral, equânime e produtor de vida.

REFERÊNCIAS

AMORA, A.M.G.A.; COSTA, R.G.R. (org.). **A Modernidade na arquitetura hospitalar**: contribuições para a historiografia. Rio de Janeiro: PROARQ-FAU-UFRJ, 2019. v. 1.

BIANCHI, P. Entrecruzamentos da terapia ocupacional e território: produção de vida e de subjetividades. In: DOSSIÊ Territorialidades e Terapia Ocupacional. **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar**, São Carlos, v. 26, n. 2, p. 245-256, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Ambiência.** 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. **Subsistemas de Vigilância em Saúde Ambiental.** Brasília: **Ministério da Saúde**, 2023.

COSTA, S. L.; ALMEIDA, M. C. COSTA M. C.; ALMEIDA, M. V. M. Esquizo-ocupação: uma ferramenta de análise da instituição Terapia Ocupacional. **Rev. Ter. Ocup. Univ.** São Paulo, v. 15, n. 1, p. 11-6, jan./abr., 2004.

DELEUZE, G. **A dobra:** Leibniz e o barroco. Tradução de Luiz B. L. Orlandi. Campinas: Papirus, 1991.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **Mil platôs:** capitalismo e esquizofrenia. Rio de Janeiro: Editora 34, 1995. v. 1.

FIRFIREY, N.; HESS-APRIL, L. A study to explore the occupational adaptation of adults with MDR-TB who undergo long-term hospitalization. **South African Journal of Occupational Therapy**, Pretoria, v. 44, n. 3, p. 18-24, 2014.

GENTLE, S. Neuroarchitecture: designing with the mind in mind. **Journal of Environmental Psychology**, v. 42, p. 110-123, 2018.

GOLDHAGEN, S.W. **Welcome to your world:** how the built environment shapes our lives. New York: HarperCollins, 2017.

KAPLAN, S. The restorative benefits of nature: toward an integrative framework. **Journal of Environmental Psychology**, v. 15, n. 3, p. 169-182, 1995.

KELLERT, S.R. **A prática do design biofílico:** a teoria, a ciência e a prática de trazer edifícios à vida. London: Biophilic Design, 2018.

KIM, J. *et al.* Restorative hospital environments: the impact of biophilic design on patient recovery. **Environmental Health Perspectives**, v. 131, n. 4, p. 102-115, 2023.

NIEBERLER-WALKER, K. *et al.* Therapeutic hospital gardens: literature review and working definition. **Health Environments Research & Design Journal**, v. 16, n. 4, p. 260-295, 2023.

PAIVA, A. **Neuroarquitetura aplicada a ambientes de saúde:** conforto sensorial e neuroplasticidade. São Paulo: Editora Olhares, 2023.

SILVA, L.G.; HOREVICZ, E. de C. Humanização e design biofílico na arquitetura hospitalar: estratégias para ambientes de saúde mais acolhedores. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, v. 10, n. 4, p. 1475-1492, 2024.

ULRICH, R.S. View through a window may influence recovery from surgery. **Science**, v. 224, n. 4647, p. 420-421, 1984.

ULRICH, R.S. Effects of healthcare environmental design on medical outcomes. **International Academy for Design and Health**, v. 3, n. 1, p. 49-59, 2004.

DOI: 10.51161/iv-conasus/85713

A IMPORTÂNCIA DA INICIAÇÃO CIENTÍFICA NA FORMAÇÃO EM SAÚDE: VIVÊNCIA ACADÊMICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

YURI HENRIQUE ALMEIDA ALVES; CLAUDIO MANOEL CABRAL MACHADO; MÁRCIO LUÍS MOREIRA DE SOUZA; TÂNIA MARA SILVA CARDOSO; SUELY MARIA RODRIGUES

Introdução: A formação em saúde demanda experiências que articulem conhecimento científico e vivências práticas, desenvolvendo profissionais capazes de compreender as necessidades da população e os desafios do Sistema Único de Saúde (SUS). Nesse contexto, o projeto de pesquisa Avaliação da Atenção Primária (APS) pela perspectiva do usuário da Universidade Vale do Rio Doce proporciona uma aproximação da realidade da APS por meio da escuta de usuários das Estratégias Saúde da Família (ESF), reconhecendo esta perspectiva fundamental para a avaliação e aprimoramento dos serviços de saúde, em consonância com os princípios do SUS de participação social, integralidade e equidade. **Objetivo:** Relatar a experiência de acadêmicos nas atividades em um projeto de iniciação científica relacionado à avaliação da APS e sua importância na formação de profissionais da área da saúde. **Relato de Experiência:** A vivência ocorreu durante a participação de acadêmicos bolsistas e voluntários da Universidade Vale do Rio Doce em um projeto de iniciação científica desenvolvido para avaliar as ESFs de Governador Valadares a partir da perspectiva do usuário. As atividades consistiram na aplicação do Primary Care Assessment Tool (PCATool), instrumento validado pelo Ministério da Saúde para avaliar os atributos da APS, e momentos de discussão dos achados no ambiente universitário. A coleta de dados ocorreu nos diferentes territórios das ESFs, evidenciando como as características geográficas e sociais dos bairros influenciam o acesso aos serviços de saúde. Além disso, as entrevistas realizadas possibilitaram compreender a vivência de usuários dentro do SUS, identificando que o processo saúde-doença é influenciado pelo contexto que o paciente está inserido. A escuta qualificada revelou diferentes percepções sobre acesso, vínculo, continuidade e demais aspectos do cuidado, destacando potencialidades e fragilidades dos serviços sob a ótica da comunidade. **Conclusão:** As experiências vivenciadas nas ESFs e as discussões acadêmicas evidenciam a importância dos projetos de pesquisa na formação dos estudantes, aproximando-os da realidade da APS. Ao proporcionar contato direto com os usuários e seus territórios, a pesquisa favorece a compreensão dos determinantes sociais da saúde e fortalece a escuta qualificada, contribuindo para uma formação crítica e humanizada, qualificando a formação de profissionais comprometidos com os princípios do SUS

Palavras-chave: **ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE; PESQUISA CIENTÍFICA; FORMAÇÃO EM SAÚDE**

DOI: 10.51161/iv-conasus/85714

EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA COMO ESTRATÉGIA DE FORTALECIMENTO DO VÍNCULO E DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE DURANTE UMA FESTA JUNINA NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

LETÍCIA BORELLA RAMOS; STELLA DANTAS DE MELO; GIULIA MORAES IASSUDA; FABIO HIDEKI GUSUKUMA OGAWA; MARIA EDUARDA NEVES MARQUES; LUIZA HENRIQUE MÉNDEZ; DANIELLE ABDEL MASSIH PIO

Introdução: A extensão universitária é uma estratégia para a formação humanizada dos profissionais da saúde, ao integrar ensino, serviço e comunidade. Nesse contexto, o programa de extensão SensibilizArte, promove a humanização do cuidado nos diversos segmentos da atenção à saúde, através de atividades artísticas e recreativas. Organizado em diferentes frentes de atuação: artesanato, música, contação de histórias e palhaçaria, o programa visa proporcionar acolhimento e bem-estar a pacientes e acompanhantes, além de contribuir para o desenvolvimento de competências discentes como empatia, comunicação e vínculo terapêutico. Em consonância com estes princípios, foi realizada uma atividade de integração e educação com a comunidade local de uma Unidade de Saúde da Família (USF). **Objetivo**: Incluir o papel da extensão universitária durante uma festa junina na Estratégia Saúde da Família (ESF), através de dinâmicas que fortalecem o vínculo com a população e promovem a educação em saúde. **Relato de experiência**: Durante a festa junina, foi realizada uma quadrilha com a participação de integrantes do programa de extensão, profissionais da equipe da USF e membros da comunidade local, promovendo um momento de integração entre os diferentes participantes. Em seguida, foi disponibilizada uma pescaria, brincadeira típica das festividades juninas, confeccionada pelos estudantes. Nessa dinâmica, os participantes eram convidados a "pescar um peixinho" e responder a uma afirmação de verdadeiro ou falso presente no verso, abordando temas relacionados à saúde. A ação despertou grande interesse e contou com a participação de pessoas de diferentes faixas etárias, proporcionando, simultaneamente, momentos de descontração e educação em saúde. Além disso, a experiência evidenciou que a iniciativa favoreceu o fortalecimento do vínculo entre a equipe de saúde e a comunidade, contribuindo para a consolidação da longitudinalidade, um dos pilares fundamentais da Atenção Primária à Saúde (APS). **Conclusão**: A festa junina mostrou-se uma estratégia eficiente de aproximação entre o programa de extensão e a comunidade, fortalecendo a educação em saúde e o vínculo entre estudantes, equipe da USF e população. Além disso, a experiência convida à reflexão sobre o potencial de atividades lúdicas e temáticas em ações da APS, com a qualificação do cuidado humanizado voltado à população.

Palavras-chave: **PROGRAMA DE EXTENSÃO; SAÚDE PÚBLICA; HUMANIZAÇÃO**

SAÚDE INDÍGENA: DESAFIOS DO SUBSISTEMA DE ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA (SASI-SUS)

GABRIELLE SILVA OLIVEIRA

Introdução: O SASI-SUS possui obstáculos estruturais e financeiros que impactam diretamente o acesso dos povos indígenas à atenção básica em saúde e que precisam ser discutidos. Esses desafios comprometem a efetividade da assistência e a garantia dos princípios de universalidade, integralidade e equidade do Sistema Único de Saúde. **Objetivos:** Discutir os desafios a serem superados no SASI-SUS para que o acesso dos povos indígenas a esse serviço seja mais digno e facilitado. **Metodologia:** Revisão de literatura baseada em artigos científicos encontrados nas bases de dados PubMed e SciELO, utilizando os descritores “SUS e saúde indígena” e “saúde indígena”. **Resultados:** Os artigos mostram que o SASI-SUS enfrenta problemas estruturais, como superlotação, falta de profissionais médicos fixos e deficiência na capacitação dos profissionais da saúde quanto às diferenças culturais existentes. A alta rotatividade dos profissionais dificulta a criação de vínculo com as comunidades indígenas e o desenvolvimento de um cuidado culturalmente adequado. A distância entre as aldeias e as unidades de atendimento constitui uma barreira ao acesso aos serviços de saúde. Além disso, existem barreiras linguísticas entre os profissionais atuantes e os povos indígenas, e os intérpretes precisam ser solicitados, o que pode atrasar a assistência e comprometer a adequação cultural do atendimento. Ademais, a insuficiência de recursos financeiros pode levar profissionais atuantes a intervirem na aquisição de medicamentos específicos para determinadas condições. Mesmo com maiores investimentos, essas dificuldades persistem e comprometem a qualidade da assistência prestada. **Conclusão:** A revisão comprova que muitos obstáculos ainda precisam ser superados para que os povos indígenas desfrutem de pleno acesso ao SASI-SUS, especialmente no que se refere ao fortalecimento da estrutura do subsistema e ao preparo dos profissionais.

Palavras-chave: **SASI-SUS; SAÚDE INDÍGENA; SUS E SAÚDE INDÍGENA**

DOI: 10.51161/iv-conasus/85716

FISIOTERAPIA COLETIVA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: RELATO DE EXPERIÊNCIA SOBRE A PROMOÇÃO DO ENVELHECIMENTO ATIVO E O FORTALECIMENTO DO CUIDADO INTEGRAL À PESSOA IDOSA

PAULA LETICIA NOGUEIRA CARVALHO

RESUMO

Introdução: O envelhecimento populacional brasileiro impõe importantes desafios à Atenção Primária à Saúde (APS), demandando estratégias capazes de promover autonomia, funcionalidade e envelhecimento saudável. Nesse contexto, a fisioterapia coletiva destaca-se como ferramenta de promoção da saúde, prevenção de agravos e fortalecimento do cuidado integral à pessoa idosa. **Objetivo:** Relatar a experiência de implantação e desenvolvimento de um grupo de fisioterapia coletiva para pessoas idosas na Unidade Básica de Saúde Liberdade, no município de Benevides, Pará, destacando seus impactos na utilização dos serviços da Atenção Primária à Saúde e no fortalecimento do cuidado multiprofissional. **Relato da experiência:** Trata-se de um relato de experiência desenvolvido pela Equipe Multiprofissional na Atenção Primária à Saúde (EMULTI), com acompanhamento semanal de seis pessoas idosas por meio de treinamento funcional, fortalecimento muscular, exercícios de equilíbrio, coordenação motora, memória, tempo de reação, caminhadas orientadas e ações de educação em saúde. Durante os encontros foram realizados monitoramento clínico, reavaliações periódicas e encaminhamentos para outros profissionais da equipe, conforme as necessidades identificadas. **Resultados:** Observou-se ampliação da utilização dos serviços da APS após o ingresso dos participantes no grupo, evidenciada pelo aumento das consultas de enfermagem, nutrição, odontologia, psicologia e fisioterapia, maior frequência de aferições de pressão arterial e glicemia e maior adesão às campanhas de vacinação. Também foram observados fortalecimento do vínculo entre usuários e equipe multiprofissional, redução das consultas médicas e da necessidade de curativos. Os participantes relataram melhora da qualidade de vida, bem-estar, socialização, equilíbrio, agilidade e funcionalidade, sem registro de intercorrências relacionadas às atividades desenvolvidas. **Conclusão:** A experiência evidencia que a fisioterapia coletiva representa uma estratégia promissora para ampliar o acesso aos serviços da Atenção Primária à Saúde, fortalecer o cuidado multiprofissional e promover o envelhecimento ativo, demonstrando potencial de reprodução em outros territórios do Sistema Único de Saúde.

Palavras-chave: Funcionalidade; Promoção à Saúde; Qualidade de Vida;

DOI: 10.51161/iv-conasus/85722

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional representa um dos principais desafios para os sistemas de saúde, especialmente em países de média renda, como o Brasil. O aumento da expectativa de vida tem sido acompanhado pelo crescimento da prevalência de doenças crônicas não transmissíveis, limitações funcionais e maior demanda por cuidados contínuos, exigindo a reorganização das práticas desenvolvidas no Sistema Único de Saúde (SUS).

Nesse contexto, a Atenção Primária à Saúde (APS) ocupa posição estratégica por constituir a principal porta de entrada da Rede de Atenção à Saúde, sendo responsável pela coordenação do cuidado e pelo desenvolvimento de ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e acompanhamento longitudinal da população idosa.

Apesar dos avanços das políticas públicas voltadas ao envelhecimento saudável, ainda é frequente a presença de pessoas idosas em situação de sedentarismo, isolamento social, baixa adesão às ações preventivas e utilização predominantemente curativa dos serviços de saúde. Esses fatores favorecem a perda da capacidade funcional, comprometem a autonomia e aumentam a demanda por atendimentos de maior complexidade, reforçando a necessidade de estratégias voltadas ao cuidado integral.

A atuação da fisioterapia na APS ultrapassa o modelo tradicional centrado na reabilitação, incorporando ações coletivas de promoção da saúde, prevenção de incapacidades, educação em saúde e incentivo à participação social. Nesse cenário, os grupos de fisioterapia coletiva constituem importante estratégia para estimular o envelhecimento ativo, preservar a funcionalidade e aproximar os usuários dos diferentes serviços ofertados pela equipe multiprofissional.

Diante dessa perspectiva, a Equipe Multiprofissional na Atenção Primária à Saúde (EMULTI) da Unidade Básica de Saúde Liberdade, no município de Benevides, Pará, implantou um grupo de fisioterapia coletiva destinado à população idosa, com o objetivo de estimular hábitos saudáveis, reduzir o isolamento social, fortalecer o vínculo entre usuários e equipe de saúde e ampliar o acesso ao cuidado integral.

Assim, este trabalho tem como objetivo relatar a experiência de implantação e desenvolvimento dessa estratégia, destacando seus impactos na utilização dos serviços da Atenção Primária à Saúde e na promoção da saúde da pessoa idosa.

2 RELATO DA EXPERIÊNCIA

Trata-se de um relato de experiência desenvolvido pela Equipe Multiprofissional na Atenção Primária à Saúde (EMULTI) da Unidade Básica de Saúde Liberdade, em Benevides, Pará, com o objetivo de promover o envelhecimento ativo e ampliar o acesso da população idosa às ações de promoção da saúde na Atenção Primária à Saúde (APS).

A implantação do grupo ocorreu após a identificação de pessoas idosas com baixa participação nas atividades coletivas da unidade, sedentarismo, permanência prolongada no domicílio e reduzida adesão às ações preventivas.

O grupo é composto por seis participantes, sendo cinco mulheres e um homem, todos com idade igual ou superior a 60 anos e independentes para deambulação. Entre eles, dois possuem histórico de acidente vascular cerebral (AVC), três apresentam hipertensão arterial sistêmica e três diabetes mellitus.

Os encontros são realizados semanalmente, às segundas-feiras, com duração média de 40 a 45 minutos, totalizando mais de 50 encontros. Para fortalecer a adesão, foi criado um grupo

em aplicativo de mensagens para envio de orientações e lembretes. Nos casos de ausência, é realizada busca ativa pela equipe e pelos Agentes Comunitários de Saúde.

As intervenções incluem treinamento funcional, fortalecimento muscular, exercícios de equilíbrio, coordenação motora, memória, tempo de reação, dupla tarefa, mobilidade e caminhadas orientadas, associados a ações de educação em saúde sobre envelhecimento saudável, prevenção de quedas, alimentação, vacinação, controle de doenças crônicas, saúde mental e autocuidado.

Durante os encontros são realizadas aferições da pressão arterial e, quando indicado, glicemia capilar. A cada dois meses são realizadas reavaliações do peso corporal, circunferência da panturrilha e evolução funcional. Quando necessário, os participantes são encaminhados aos demais profissionais da equipe multiprofissional.

A experiência foi analisada por meio dos registros dos prontuários eletrônicos, fichas de acompanhamento fisioterapêutico, evoluções clínicas e observação participante, além dos relatos espontâneos dos participantes.

Os registros assistenciais evidenciaram mudanças importantes na utilização dos serviços da APS após a inserção dos participantes no grupo de fisioterapia coletiva (Tabela 1). Observou-se aumento das consultas de enfermagem (73,7%), das aferições de pressão arterial e glicemia (96,9%), das consultas com nutricionista (100%) e odontologia (200%). Também houve acesso a serviços anteriormente não utilizados, como psicologia, fisioterapia da EMULTI e Academia da Saúde. Em contrapartida, verificou-se redução de 25% nas consultas médicas, eliminação da necessidade de curativos e aumento de 66,7% no número de participantes com vacinação registrada.

Tabela 1 – Comparação da utilização dos serviços da Atenção Primária à Saúde antes e após a participação no grupo de fisioterapia coletiva (n = 6).

Indicador	Antes (n)	Após (n)	Variação
Consultas médicas	24	18	−25,0%
Consultas de enfermagem	19	33	+73,7%
Aferições de pressão arterial/glicemia	32	63	+96,9%
Consultas com nutricionista	6	12	+100,0%
Consultas odontológicas	3	9	+200,0%
Consultas com psicólogo	0	2	Novo acesso
Consultas de fisioterapia (EMULTI)	0	97	Serviço implantado
Fisioterapia – Academia da Saúde	0	20	Novo acesso
Curativos	2	0	−100,0%
Assistência social	1	0	−100,0%
Participantes com vacinação registrada*	3	5	+66,7%

Fonte: Elaborado pela autora a partir dos registros dos prontuários eletrônicos da Unidade Básica de Saúde Liberdade, Benevides-PA, Brasil (2025–2026).

Nota: Os valores representam o número absoluto de atendimentos, procedimentos ou registros realizados antes e após a participação no grupo. Para indicadores com valor inicial igual a zero, não foi calculada variação percentual.

Além dos indicadores assistenciais, os participantes relataram melhora da qualidade de vida, socialização, equilíbrio, agilidade, coordenação motora, memória e tempo de reação. Também foi observada redução de episódios de parestesia, maior participação nas atividades da Unidade Básica de Saúde e fortalecimento do vínculo com a equipe multiprofissional.

Durante todo o período de acompanhamento não foram registradas intercorrências relacionadas às atividades desenvolvidas.

3 DISCUSSÃO

A experiência evidenciou que a fisioterapia coletiva pode desempenhar papel estratégico na Atenção Primária à Saúde, ampliando sua atuação para além da reabilitação e consolidando-se como ferramenta de promoção da saúde, prevenção de agravos e fortalecimento do cuidado integral à pessoa idosa. Essa perspectiva está alinhada às recomendações da Organização Mundial da Saúde, que reconhecem o envelhecimento saudável como processo voltado à manutenção da capacidade funcional, autonomia e participação social ao longo da vida.

Os resultados demonstraram ampliação da utilização dos serviços multiprofissionais após o ingresso dos participantes no grupo, especialmente nas consultas de enfermagem, nutrição, odontologia, psicologia e fisioterapia, além do aumento das aferições de pressão arterial e glicemia. Esses achados sugerem que a fisioterapia coletiva favoreceu a aproximação dos usuários com a Unidade Básica de Saúde, fortalecendo a coordenação do cuidado e a integração entre os diferentes profissionais da equipe.

Também foi observado aumento da adesão às campanhas de vacinação e redução das consultas médicas e da necessidade de curativos. Esses resultados indicam que o acompanhamento contínuo, aliado às ações educativas e ao monitoramento clínico, pode contribuir para uma assistência mais preventiva, organizada e resolutiva na Atenção Primária.

Os benefícios funcionais observados corroboram estudos que demonstram que programas regulares de exercícios físicos promovem melhora da capacidade funcional, preservação da independência e redução do risco de incapacidades em pessoas idosas. Da mesma forma, intervenções envolvendo fortalecimento muscular, treinamento funcional e exercícios de equilíbrio constituem estratégias eficazes para prevenção de quedas na comunidade.

Além dos ganhos físicos, o fortalecimento do vínculo entre participantes e equipe multiprofissional, associado ao aumento da participação nas atividades da Unidade Básica de Saúde, reforça que o envelhecimento ativo envolve dimensões biológicas, psicológicas e sociais. Estratégias coletivas favorecem autonomia, pertencimento, convivência comunitária e melhoria da qualidade de vida.

A ausência de intercorrências durante mais de 50 encontros demonstra que programas de exercícios conduzidos por fisioterapeutas podem ser desenvolvidos de forma segura, respeitando as condições clínicas e funcionais dos participantes.

Embora se trate de uma experiência desenvolvida com número reduzido de participantes e em um único território, os resultados reforçam o potencial da fisioterapia coletiva como estratégia para ampliar o acesso aos serviços da Atenção Primária, fortalecer a integralidade do cuidado e qualificar a assistência prestada à pessoa idosa.

4 CONCLUSÃO

A experiência desenvolvida pela Equipe Multiprofissional na Atenção Primária à Saúde (EMULTI) da Unidade Básica de Saúde Liberdade evidenciou que a fisioterapia coletiva representa uma estratégia promissora para promover o envelhecimento ativo, fortalecer o cuidado multiprofissional e ampliar o acesso das pessoas idosas às ações desenvolvidas na Atenção Primária à Saúde.

DOI: 10.51161/iv-conasus/85722

Além dos benefícios relacionados à funcionalidade, equilíbrio, mobilidade, bem-estar e socialização, a iniciativa favoreceu maior utilização dos serviços multiprofissionais, fortalecimento do vínculo entre usuários e equipe de saúde e maior adesão às ações preventivas ofertadas pela Unidade Básica de Saúde.

Embora se trate de um relato de experiência desenvolvido com número reduzido de participantes e em um único território, os resultados reforçam o potencial da fisioterapia coletiva como estratégia de promoção da saúde, prevenção de agravos e qualificação da assistência à pessoa idosa na Atenção Primária. Por tratar-se de uma intervenção de baixo custo, de fácil implementação e passível de reprodução em outros territórios do Sistema Único de Saúde, a experiência demonstra potencial para subsidiar novas práticas e incentivar o desenvolvimento de estudos sobre a atuação da fisioterapia coletiva na APS.

DOI: 10.51161/iv-conasus/85722

REFERÊNCIAS

AMERICAN COLLEGE OF SPORTS MEDICINE. ***ACSM's Guidelines for Exercise Testing and Prescription*.** 11. ed. Philadelphia: Wolters Kluwer, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. ***Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa***. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. ***Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa***. Cadernos de Atenção Básica, n. 19. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. ***Guia de Atividade Física para a População Brasileira***. Brasília: Ministério da Saúde, 2021.

MATSUDO, S. M.; MATSUDO, V. K. R.; BARROS NETO, T. L. ***Atividade física e envelhecimento: aspectos epidemiológicos***. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*, v. 7, n. 1, p. 2-13, 2001.

NERI, A. L**. *Palavras-chave em Gerontologia***. 4. ed. Campinas: Alínea, 2014.

REBELATTO, J. R.; MORELLI, J. G. S. ***Fisioterapia Geriátrica: a prática da assistência ao idoso*.** 2. ed. Barueri: Manole, 2007.

SHERRINGTON, C. et al. ***Exercise for preventing falls in older people living in the community***. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, n. 1, 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. ***World report on ageing and health***. Geneva: World Health Organization, 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. ***Decade of Healthy Ageing: 2021–2030***. Geneva: World Health Organization, 2021.

DOI: 10.51161/iv-conasus/85722

CORUJÃO DA PREVENÇÃO: IMUNIZAÇÃO E TESTAGEM RÁPIDA COMO ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO DAS INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS EM PORTO VELHO (RO)

Akyla Afonso Paiva; Beatriz de Souza Castro; Ingrid Crislaine Matias Mesquita; Josiane Macedo dos Santos; Laís Regina Lira de Oliveira; Rebecca Rodrigues Cardoso; Nadyla Marina Franca Souto.

RESUMO

As Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) representam um desafio para a saúde pública, tornando necessárias ações de prevenção, diagnóstico precoce e educação em saúde. A imunização e a testagem rápida constituem estratégias fundamentais para ampliar o acesso às medidas preventivas e reduzir a ocorrência desses agravos. O presente trabalho teve como objetivo descrever a importância da imunização e da testagem rápida como estratégias de prevenção das Infecções Sexualmente Transmissíveis, destacando o papel do enfermeiro na ampliação da cobertura preventiva junto à população atendida na Atenção Primária à Saúde. Trata-se de um relato de experiência, de abordagem qualitativa, desenvolvido a partir da realização do Corujão da Prevenção, no município de Porto Velho (RO), envolvendo oferta de vacinação, testes rápidos e orientações educativas. A experiência evidenciou a relevância da integração entre assistência e educação em saúde, favorecendo o acesso da população às ações preventivas e possibilitando a identificação precoce de possíveis infecções. Destacou-se a atuação do enfermeiro no acolhimento, na execução dos procedimentos, na orientação dos usuários e na promoção de práticas de autocuidado. Conclui-se que ações estratégicas e acessíveis fortalecem a prevenção das ISTs e contribuem para a ampliação da cobertura preventiva na Atenção Primária à Saúde, reforçando a importância da atuação da enfermagem na promoção da saúde sexual e no cuidado integral à população.

Palavras-chave: Cuidado preventivo; Educação em saúde; Saúde sexual.

1 INTRODUÇÃO

As Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) permanecem entre os principais desafios da saúde pública mundial devido à elevada incidência, ao potencial de disseminação e às repercussões clínicas, sociais e econômicas decorrentes do diagnóstico tardio e do tratamento inadequado (Da Silva; Amorim; Silva, 2025). Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), mais de um milhão de pessoas adquirem diariamente uma IST curável, evidenciando que essas infecções continuam representando importante causa de morbidade, infertilidade, complicações gestacionais, neoplasias e aumento da suscetibilidade à infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) (WHO, 2024).

No Brasil, os dados epidemiológicos demonstram crescimento expressivo dos casos de sífilis adquirida, sífilis congênita, hepatites virais e infecção pelo HIV nas últimas décadas,

DOI: 10.51161/iv-conasus/85724

tornando imprescindível o fortalecimento das ações preventivas desenvolvidas na Atenção Primária à Saúde (Brasil, 2024). Nesse contexto, as estratégias de imunização e testagem rápida assumem papel fundamental por possibilitarem a prevenção de doenças imunopreveníveis, o diagnóstico precoce e o início oportuno do tratamento, contribuindo para reduzir a cadeia de transmissão e minimizar complicações clínicas e epidemiológicas.

A vacinação contra a hepatite B constitui uma das medidas preventivas mais efetivas disponíveis no Sistema Único de Saúde (SUS), apresentando elevada eficácia na prevenção da infecção crônica e de suas complicações, como cirrose hepática e carcinoma hepatocelular (Ferraz et al., 2024).

Além das tecnologias diagnósticas e preventivas, destaca-se a atuação do enfermeiro como protagonista na organização das ações de prevenção das ISTs. Conforme preconizado pela Política Nacional de Atenção Básica, compete ao enfermeiro desenvolver atividades de educação em saúde, imunização, aconselhamento, vigilância epidemiológica, realização de testes rápidos e acompanhamento longitudinal dos usuários, fortalecendo o vínculo entre os serviços de saúde e a comunidade (Brasil, 2017).

Nesse cenário, ações fora do campo institucional acadêmico com estratégias desenvolvidas em horários alternativos, direcionadas principalmente às populações em situação de maior vulnerabilidade social são fundamentadas a partir dos Direitos Humanos e representam importante instrumento para ampliar o acesso aos serviços de prevenção e reduzir barreiras relacionadas ao estigma, à discriminação e às limitações de acesso aos serviços convencionais (Florêncio et al., 2021).

Diante desse contexto, o presente trabalho tem como objetivo descrever a importância da imunização e da testagem rápida como estratégias de prevenção das Infecções Sexualmente Transmissíveis, destacando o papel do enfermeiro na ampliação da cobertura preventiva junto à população atendida na Atenção Primária à Saúde.

2 RELATO DE EXPERIÊNCIA

O presente estudo caracteriza-se como um relato de experiência, de abordagem descritiva, referente à ação extensionista Corujão da Prevenção, desenvolvida por discentes do curso de Enfermagem do Centro Universitário São Lucas Afya, em parceria com a Coordenação Estadual de Hepatites Virais de Rondônia e a equipe da Unidade Básica de Saúde Maurício Bustani, localizada no município de Porto Velho, Rondônia. A experiência teve como foco a implementação de estratégias de prevenção das Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) no âmbito da Atenção Primária à Saúde.

O público participante foi constituído por usuários da unidade de saúde que aderiram voluntariamente à ação, com ênfase em populações em situação de maior vulnerabilidade social e epidemiológica, incluindo pessoas da comunidade LGBTQIA+, profissionais do sexo, trabalhadores e demais indivíduos com dificuldade de acesso aos serviços de saúde durante o horário regular de funcionamento das unidades.

A intervenção foi estruturada em etapas sequenciais, iniciando pelo acolhimento dos participantes, seguido da realização de atividades de educação em saúde sobre formas de transmissão das ISTs, medidas preventivas, uso de preservativos, importância da vacinação e da testagem periódica. Em seguida, procedeu-se à avaliação da situação vacinal dos participantes, com administração da vacina contra hepatite B, quando indicada, conforme as recomendações do Programa Nacional de Imunizações (PNI).

Na sequência, foram realizados testes rápidos para detecção de HIV, sífilis e hepatites B e C, observando-se os protocolos técnicos estabelecidos pelo Ministério da Saúde. Todos os participantes receberam aconselhamento pré e pós-teste, pautado nos princípios da confidencialidade, escuta qualificada e acolhimento humanizado. Os usuários com resultados

reagentes foram encaminhados aos serviços de referência para confirmação diagnóstica, acompanhamento clínico e início do tratamento, conforme previsto nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (Brasil, 2022).

A ação foi executada por uma equipe multiprofissional composta por docentes, discentes de Enfermagem, enfermeiros, técnicos de enfermagem e profissionais da Atenção Primária à Saúde, favorecendo a integração entre ensino, serviço e comunidade. Os procedimentos realizados foram registrados nos sistemas oficiais do Sistema Único de Saúde, possibilitando a organização das informações referentes aos atendimentos, às imunizações, às testagens realizadas e aos encaminhamentos efetuados.

Para a sistematização da experiência, foram considerados os registros produzidos durante a ação, contemplando aspectos relacionados ao desenvolvimento das atividades, à participação dos usuários, aos procedimentos executados e à organização do processo de trabalho da equipe de enfermagem. A análise ocorreu de forma descritiva e qualitativa, buscando identificar as potencialidades da estratégia adotada e sua contribuição para as ações de prevenção das Infecções Sexualmente Transmissíveis no contexto da Atenção Primária à Saúde.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A realização do Corujão da Prevenção demonstra a relevância da ampliação do acesso às estratégias de prevenção das Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs), especialmente por meio da oferta integrada de imunização, testagem rápida e educação em saúde em um único momento assistencial. A adoção de horário alternativo favoreceu o acesso de usuários que, em razão da jornada de trabalho ou de outras barreiras organizacionais, frequentemente encontram dificuldades para utilizar os serviços de saúde durante o expediente regular das unidades, ampliando a oportunidade de diagnóstico precoce e de adoção de medidas preventivas.

Esse resultado converge com as recomendações da Organização Mundial da Saúde (WHO, 2025), que reconhece a necessidade de diversificar as estratégias de oferta dos serviços relacionados às ISTs como forma de ampliar o acesso da população, reduzir a transmissão das infecções e favorecer o diagnóstico oportuno. Da mesma forma, o Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNAIDS, 2024) destaca que a ampliação da testagem constitui uma das principais estratégias para identificar precocemente pessoas infectadas, promover o tratamento em tempo oportuno e interromper a cadeia de transmissão.

Outro aspecto relevante observado durante a ação foi a integração entre vacinação e testagem rápida como componentes da prevenção combinada. Essa abordagem amplia as oportunidades de intervenção durante um único contato do usuário com o serviço de saúde, favorecendo tanto a prevenção das hepatites virais por meio da imunização quanto o diagnóstico precoce de infecções como HIV e sífilis. Estudos apontam que a associação entre diferentes estratégias preventivas apresenta maior efetividade quando comparada à adoção isolada de medidas de prevenção, especialmente em populações mais expostas às ISTs (Brasil, 2022).

A atuação do enfermeiro mostrou-se essencial para o desenvolvimento da ação, abrangendo o acolhimento dos usuários, a educação em saúde, a administração de imunobiológicos, a realização dos testes rápidos, o aconselhamento e o encaminhamento para continuidade da assistência.

Esses achados corroboram o estudo de Lima et al. (2022), que identifica o enfermeiro como protagonista na organização da testagem rápida para ISTs na Atenção Primária à Saúde, destacando sua atuação na qualificação do cuidado, no fortalecimento do vínculo com os usuários e na ampliação do acesso ao diagnóstico precoce. Além disso, essas atribuições estão em consonância com a Política Nacional de Atenção Básica, que reconhece o enfermeiro como

profissional estratégico na coordenação das ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e vigilância em saúde (Brasil, 2017).

Outro resultado relevante foi o fortalecimento da integração entre universidade, serviços de saúde e comunidade. A participação dos acadêmicos permitiu o desenvolvimento de competências relacionadas à assistência, comunicação, trabalho em equipe e educação em saúde, ao mesmo tempo em que ampliou a capacidade operacional da unidade para ofertar ações preventivas à população.

Embora a experiência tenha apresentado resultados positivos relacionados à ampliação do acesso às ações preventivas, algumas limitações devem ser consideradas. A realização da atividade em um único cenário assistencial restringe a generalização da experiência para outros contextos, além de não permitir avaliar o impacto da intervenção em longo prazo sobre indicadores epidemiológicos, como cobertura vacinal ou redução da incidência das ISTs. Dessa forma, recomenda-se que iniciativas semelhantes sejam implementadas de maneira periódica e acompanhadas por estudos que possibilitem mensurar seus impactos na saúde da população.

4 CONCLUSÃO

A realização do Corujão da Prevenção evidenciou a importância de ampliar o acesso às estratégias de prevenção das Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs), por meio da integração entre imunização, testagem rápida e educação em saúde. A oferta desses serviços em horário alternativo demonstrou-se uma estratégia relevante para reduzir barreiras de acesso, favorecendo a participação de usuários que possuem limitações relacionadas à rotina de trabalho e outros compromissos durante o horário convencional de atendimento.

A atividade possibilitou fortalecer a promoção da saúde e a prevenção de agravos, contribuindo para a identificação precoce de infecções, atualização do calendário vacinal e disseminação de informações qualificadas sobre práticas de autocuidado e prevenção combinada das ISTs. Dessa forma, a ação reforça a importância da atuação da Atenção Primária à Saúde como espaço estratégico para a ampliação da cobertura preventiva e para a aproximação entre os serviços de saúde e a comunidade.

Como limitações, destaca-se que a realização da ação esteve condicionada ao período específico de execução e à adesão espontânea da população, não permitindo avaliar de forma longitudinal os impactos das estratégias implementadas na redução da ocorrência de ISTs. Além disso, fatores como desinformação, estigmas relacionados às infecções sexualmente transmissíveis e dificuldades persistentes de acesso aos serviços de saúde permanecem como desafios a serem enfrentados.

Como perspectiva futura, recomenda-se a continuidade de ações semelhantes, com ampliação da divulgação, fortalecimento das parcerias institucionais e realização periódica de atividades em horários flexíveis, visando alcançar diferentes grupos populacionais. Assim, iniciativas como o Corujão da Prevenção apresentam-se como ferramentas importantes para consolidar políticas públicas de prevenção, promover o cuidado integral e contribuir para o enfrentamento das ISTs no município de Porto Velho (RO).

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 20 jul. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis** (IST). Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/centrais-de-conteudo/pcdts. Acesso em: 12 jul. 2026.

CECCIM, R.B; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis:* **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004. DOI: 10.1590/S0103-73312004000100004. Disponível em: https://www.scielo.br/j/physis/a/GtNSGFwY4hzh9G9cGgDjqMp/. Acesso em: 19 jul. 2026.

CZERESNIA, Dina. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: CZERESNIA, Dina; FREITAS, Carlos Machado de (org.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões e tendências**. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

FERRAZ, L. K. G. A.; MARQUES, C. F.; RUFATTO, L.; VIEIRA, L. B.; QUINTANILHA, P. G. F.; CORRÊA, L. M. dos S.; DA CUNHA, L. F. B.; NOGUEIRA, C. B.; MATTOS, A. A. M.; DE ALCÂNTARA, L. L.; DETTOGNI, G.; SPERANDIO, I. C.; DA SILVA, D. H. N.; AGUIAR, B. D. C.; VIEGAS, S. M. de A.; SILVA, N. F.; GONDIM, L. M. ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DAS INTERNAÇÕES POR HEPATITE B NO BRASIL, ENTRE 2019 E 2023. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences** , *[S. l.]*, v. 6, n. 9, p. 1234–1248, 2024. DOI: 10.36557/2674-8169.2024v6n9p1234-1248. Disponível em: https://bjihs.emnuvens.com.br/bjihs/article/view/3430. Acesso em: 18 jul. 2026.

FERRAZ, Lanna Karen Galvão Araújo et al. ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DAS INTERNAÇÕES POR HEPATITE B NO BRASIL, ENTRE 2019 E 2023. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, v. 6, n. 9, p. 1234-1248, 2024.

FLORÊNCIO, R.S; CESTARI, V.R.F; PESSOA, V.L.M de P.; SILVA, M.R .F da; BORGES, J.W.P; SANTIAGO, J.C dos S.; MATTOS, S.M; AZEVEDO, S.G.V; PEREIRA, M.L.D; MOREIRA, T.M.M Significados do conceito de vulnerabilidade em saúde: uma revisão de escopo/ Significados do conceito de vulnerabilidade em saúde: uma revisão de escopo **Revista Brasileira de Revisão de Saúd** , *[S. l.]* , v. 3, pág. 12817–12834, 2021. DOI: 10.34119/bjhrv4n3-243. Disponível em: https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/31156. Acesso em: 16 jul. 2026.

LIMA, Reângela Cíntia Rodrigues de Oliveira; BRITO, Amanda Delmondes de; GALVÃO, Marli Teresinha Gimeniz; MAIA, Ivana Cristina Vieira de Lima. Percepções de enfermeiros sobre aconselhamento e testagens rápidas para infecções sexualmente transmissíveis. **Rev Rene**, Fortaleza, v. 23, p. e71427, 2022. DOI: 10.15253/2175-6783.20222371427. Disponível em: https://periodicos.ufc.br/rene/article/view/71427. Acesso em: 20 jul. 2026.

SILVA, A. S. da; AMORIM, A. C. D.; SILVA, S. M. M. Os desafios e estratégias de prevenção das infecções sexualmente transmissíveis com ênfase no HIV no estado do Acre-uma revisão integrativa. **Revista JRG de Estudos Acadêmicos**, v. 8, n. 19, p. e082683-e082683, 2025. Disponível em: https://revistajrg.com/index.php/jrg/article/view/2683. Acesso em: 14 jul. 2026.

UNAIDS. The Urgency of Now: AIDS at Crossroads – Global AIDS Update 2024. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, 2024. Disponível em:

https://www.unaids.org/en/resources/documents/2024/global-aids-update-2024. Acesso em: 20 jul. 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Sexually transmitted infections (STIs). Geneva: World Health Organization, 2025. Disponível em:https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis). Acesso em: 17 jul. 2026.

PSICOMOTRICIDADE ALIADA AO YOGA NO TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA E OUTRAS CONDIÇÕES DO NEURODESENVOLVIMENTO: RELATO DE EXPERIÊNCIA DE UM PROJETO DE EXTENSÃO EM TERAPIA OCUPACIONAL

JULIANA PINHEIRO PEREIRA

Introdução: O Transtorno do Espectro Autista (TEA) e outras condições do neurodesenvolvimento podem repercutir sobre aspectos motores, sensoriais, cognitivos, emocionais e sociais, impactando a funcionalidade, a participação ocupacional e a qualidade de vida das crianças e de seus familiares. Nesse contexto, a Terapia Ocupacional, articulada à Psicomotricidade e ao Yoga, pode contribuir para o desenvolvimento global, a autorregulação e a participação em atividades significativas. **Objetivo:** Relatar a experiência de um projeto de extensão do Curso de Terapia Ocupacional da Universidade de Vassouras, desenvolvido com crianças de 6 a 12 anos com TEA e outras condições do neurodesenvolvimento, utilizando a integração entre Psicomotricidade e Yoga como estratégia de cuidado. **Relato de experiência:** As atividades foram realizadas em grupo e contemplaram práticas de integração sensorial, circuitos psicomotores, exercícios respiratórios, posturas adaptadas de Yoga, técnicas de relaxamento e momentos de acolhimento e orientação aos familiares. As propostas foram planejadas considerando as necessidades e possibilidades funcionais das crianças, com foco no engajamento, na autorregulação e na participação ocupacional. O acompanhamento ocorreu por meio de observação clínica e relatos espontâneos dos familiares. Durante a experiência, foram observados maior permanência e engajamento nas atividades, melhora da atenção e concentração, ampliação da interação social, fortalecimento do vínculo entre crianças e cuidadores e utilização de estratégias de respiração e relaxamento na rotina familiar. Os participantes demonstraram receptividade às atividades e interesse na continuidade do projeto. **Conclusão:** A experiência evidenciou a aplicabilidade da integração entre Terapia Ocupacional, Psicomotricidade e Yoga como estratégia complementar para favorecer aspectos psicomotores, autorregulação, interação social e participação ocupacional de crianças com TEA e outras condições do neurodesenvolvimento. A proposta mostrou-se acessível, humanizada e de baixo custo, apresentando potencial de aplicação na Atenção Primária à Saúde, nos Centros Especializados em Reabilitação (CER) e na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência do Sistema Único de Saúde (SUS), fortalecendo práticas interdisciplinares centradas na funcionalidade, participação e cuidado integral.

Palavras-chave: **TERAPIA OCUPACIONAL; TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA; SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE; YOGA; PSICOMOTRICIDADE; NEURODESENVOLVIMENTO**

DOI: 10.51161/iv-conasus/85729

CONTRIBUIÇÕES DO PET- INFORMAÇÃO E SAÚDE DIGITAL PARA A FORMAÇÃO DE PROFISSIONAIS DO SUS: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA.

JACKELINE PINHEIRO DO NASCIMENTO; LAÍS AUGUSTA SANTOS DE SANTANA; RAFAEL MONTEIRO BARBOSA; ORTELINA MAIARA FARIAS FERREIRA; MARIA DO CARMO DE OLIVEIRA

RESUMO

Este relato de experiência descreve a vivência do Grupo Tutorial 7 do PET- Informação e Saúde Digital – Conecte-se, um programa financiado pelo Ministério da Saúde. O projeto foi desenvolvido pela Universidade Federal de Sergipe em parceria com a Secretaria de Estado da Saúde de Sergipe, no período de agosto a novembro de 2025. O G7 é formado por 16 integrantes, a saber: docentes e discentes dos cursos de Enfermagem, Odontologia e Computação da Universidade e profissionais da Secretaria de Estado da Saúde. O objetivo foi relatar como os estudos e as discussões iniciais do PET-Saúde Digital contribuíram para a construção de uma visão crítica sobre o SUS, fortalecendo a Educação Permanente em Saúde, a integração ensino-serviço-comunidade, a interdisciplinaridade e a preparação para as ações em saúde digital. As atividades incluíram leitura orientada, rodas de discussão e participação em cursos e seminário sobre temas relacionados à organização do SUS, rede de dados, legislação sanitária, direitos dos usuários e sistemas de informação em saúde. Conclui-se que a experiência favoreceu o desenvolvimento de competências interprofissionais, ampliou a compreensão sobre a organização do sistema público de saúde, possibilitou o conhecimento sobre a rede estadual de saúde e fortaleceu a articulação entre formação acadêmica e prática nos serviços.

Palavras-chave: Educação permanente em saúde; Saúde digital; Saúde pública.

1 INTRODUÇÃO

A consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) depende de processos formativos que articulem teoria, prática e compromisso social. Nesse contexto, o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde: Informação e Saúde Digital (PET-Saúde/I&SD), financiado pelo Ministério da Saúde, constitui uma estratégia relevante para aproximar estudantes, docentes e profissionais dos serviços, favorecendo a integração ensino-serviço-comunidade e a produção de aprendizagem situada nas necessidades reais do SUS. Além disso, o programa busca fortalecer a integração entre educação, serviço e tecnologia, promovendo o uso ético, inclusivo e inteligente da informação em saúde. Na área de informação e saúde digital, essa aproximação torna-se ainda mais necessária, haja vista que a transformação digital envolve organização de dados, interoperabilidade, qualificação de processos de trabalho e fortalecimento da gestão pública. (BRASIL, 2025)

O PET-Saúde/I&SD na Universidade Federal de Sergipe é constituído por 10 grupos tutoriais, os quais contemplam alunos da graduação de cursos da saúde e ciências da informação, bem como professoras da universidade, também das respectivas áreas, assim

DOI: 10.51161/iv-conasus/85732

como trabalhadores da Secretaria de Estado da Saúde de Sergipe (SES) que atuarão como preceptores e orientadores do serviço durante a vigência do Programa. Dividido em eixos, que contemplam objetivos distintos, o Programa de extensão é dividido de tal modo: eixo 1 (Cultura de saúde digital, formação e educação permanente em saúde), eixo 2 (soluções tecnológicas e serviços de saúde digital no SUS) e eixo 3 (interoperabilidade e disseminação de dados). Dentre os objetivos elencados no escopo do projeto, estão como metas de todos os grupos tutoriais, a formação de profissionais de saúde e tecnologias em Sergipe, promoção da ampliação e transformação digital do SUS, fortalecimento de bases físicas e tecnológicas do ecossistema da saúde digital e expansão da transformação digital com foco no controle social (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE, 2025).

O G7, um dos 10 grupos tutoriais, inserido no eixo 3, desenvolveu suas primeiras atividades na SES, com participação de docentes da Universidade Federal de Sergipe, profissionais da Secretaria de Estado da Saúde e discentes de Enfermagem, Odontologia e Computação. A composição interprofissional do grupo ampliou a troca de saberes e favoreceu a construção coletiva de interpretações sobre o SUS, especialmente no que tange à Educação Permanente em Saúde e ao uso estratégico da informação em saúde (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE, 2025).

A etapa inicial do projeto foi dedicada ao estudo de temas estruturantes para a compreensão do sistema de saúde e da organização do trabalho em saúde. Foram discutidos marcos legais, direitos dos usuários, redes de informação e instrumentos de gestão, buscando situar os participantes no contexto da prática e fortalecer a leitura crítica sobre a realidade dos serviços. Assim, este relato tem como finalidade apresentar a experiência vivenciada nessa fase inicial, destacando sua contribuição para a formação acadêmica e para a inserção qualificada no SUS.

2 RELATO DE EXPERIÊNCIA

As atividades iniciais ocorreram entre agosto e novembro de 2025 e foram organizadas em momentos de estudo, socialização de conteúdos e discussão coletiva. O grupo contou com 16 participantes, sendo duas professoras da Universidade Federal de Sergipe, quatro profissionais da SES e dez discentes distribuídos entre os cursos de Enfermagem, Odontologia e Computação. Essa composição ampliou a diversidade de olhares sobre os temas abordados e favoreceu a construção de uma perspectiva interprofissional sobre o SUS.

No primeiro momento, realizamos leituras orientadas e debates sobre temas considerados fundamentais para a atuação em saúde digital e para a compreensão da organização do SUS. Entre os conteúdos estudados, destacaram-se a Rede Nacional de Dados em Saúde, fluxogramas em Bizagi, o aplicativo Meu SUS Digital, o índice de maturidade digital de serviços públicos, os sistemas utilizados na vigilância epidemiológica e o Tabulador de Informações em Saúde (TabNet). Também foram estudadas a Lei nº 8.080/1990, a Lei nº 8.142/1990 e a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, além de materiais sobre a reforma sanitária e gerencial do SUS em Sergipe.

Esses estudos foram complementados pela participação em cursos como "Introdução à Saúde Digital" da Fiocruz e "Longitudinalidade do cuidado e o uso de tecnologias de informação na APS" do UNA-SUS, além do seminário da Fundação Estadual de Saúde de Sergipe (FUNESA) sobre Educação Permanente no SUS. As discussões promovidas nesses espaços possibilitaram relacionar o arcabouço legal e conceitual do SUS com a vivência cotidiana dos serviços. A participação de profissionais vinculados ao Núcleo de Educação Permanente em Saúde, ao setor de Recursos Humanos e à Tecnologia da Informação da Secretaria de Estado da Saúde contribuiu para aproximar os conteúdos estudados da realidade institucional, favorecendo o diálogo entre formação e serviço.

DOI: 10.51161/iv-conasus/85732

Durante as reuniões, o grupo buscou interpretar de forma crítica como a prática em saúde é permeada por processos de gestão, informação e organização do trabalho. Ao discutir os fluxos de dados, os princípios de universalidade, integralidade e participação social, bem como os direitos dos usuários, tornou-se possível compreender que a saúde digital não se limita ao uso de tecnologias, mas envolve também planejamento, padronização de processos e fortalecimento da governança do sistema. Nesse sentido, a experiência proporcionou reflexão sobre a importância da interoperabilidade, da qualificação da informação e humanização com o paciente como elementos necessários para o aprimoramento do cuidado e da gestão no SUS. Além disso, a troca entre estudantes de diferentes áreas possibilitou a articulação entre saberes da saúde e da computação, o que contribuiu para ampliar a visão do grupo sobre soluções possíveis para problemas identificados na rotina dos serviços. As discussões em conjunto permitiram que os participantes relacionassem legislação, organização da rede e ferramentas digitais com os desafios concretos da prática profissional, construindo uma linha de raciocínio crítica mais preparada para as etapas seguintes do projeto.

3 DISCUSSÃO

A experiência vivenciada pelo grupo mostra a relevância da Educação Permanente em Saúde como estratégia de qualificação profissional e de fortalecimento da integração entre ensino e serviço. Ao envolver diferentes cursos e trabalhadores do serviço, o PET- Informação e Saúde Digital favoreceu a construção de espaços de aprendizagem coletiva, nos quais o conhecimento deixou de ser tratado como algo restrito à academia e passou a ser elaborado em diálogo com a realidade institucional e com as demandas do SUS.

O estudo inicial sobre o aplicativo Meu SUS Digital foi de fundamental importância para que os discentes entendessem a finalidade do PET-Saúde/I&SD, pois ao navegarmos pelo aplicativo como usuários identificamos as fragilidades, os potenciais e o que não funcionava para a realidade do Sistema Único de Saúde, uma vez que para unir a saúde às inovações digitais é preciso popularizar e letrar os usuários do SUS nas funcionalidades do aplicativo, caminho esse que perpassa por muitos obstáculos dado que é preciso assegurar que o atendimento básico à população funcione integralmente e com qualidade, antes mesmo de pensar em aprimorar as ferramentas com o uso da tecnologia (BRASIL, s.d.).

A imersão nos sistemas de informação em saúde, em especial naqueles voltados à vigilância epidemiológica como o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), enriqueceu o olhar do grupo acerca do uso estratégico dos dados públicos. Ao explorar o TabNet, uma plataforma web gratuita que organiza essas métricas, foi possível visualizar como esses indicadores sustentam o diagnóstico sanitário, a tomada de decisão baseada em evidências e o planejamento das ações em saúde. Contudo, ao constatar que em nosso Estado, os sistemas de informação ainda se apresentam de forma fragmentada, ficou evidente que o maior desafio atual não é apenas a coleta, mas a integração dos dados, o que reforça a centralidade da interoperabilidade, presente em um dos eixos norteadores do nosso grupo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, [20--]).

Os conteúdos estudados foram especialmente importantes para dar consistência teórica à experiência. A Lei nº 8.080/1990 reafirma a saúde como direito de todos e dever do Estado, além de prever a organização do SUS com base na regionalização, hierarquização, integralidade e participação social. Também destaca a ordenação da formação de recursos humanos em saúde e a articulação com as instituições de ensino, o que reforça a pertinência de iniciativas como o PET-Saúde/I&SD na formação de profissionais mais preparados para atuar no sistema público (BRASIL, 1990a). A Lei nº 8.142/1990, por sua vez, dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais

de recursos, consolidando a importância do controle social e da gestão compartilhada (BRASIL, 1990b).

Somado a isso, a participação de alunos do curso de Odontologia contribuiu para ampliar o olhar sobre a importância da saúde bucal, uma vez que essa é também um dos direitos fundamentais do usuário e dever do Estado, conforme estipulado pela Política Nacional de Saúde Bucal. Tornou-se pertinente, durante as discussões, refletir e debater sobre os cenários atuais em que a odontologia tem um papel mais interventivo do que preventivo, e como as tecnologias hoje disponíveis podem vir a somar nessa inovação em Saúde digital para propiciar um atendimento integral do usuário em todas as suas necessidades. (CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA, 2024)

A Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde também contribuiu para o debate ao explicitar direitos como acesso ordenado aos serviços, atendimento humanizado, informação clara, sigilo, continuidade do cuidado e participação nos mecanismos de controle social. Esses princípios ajudaram o grupo a compreender que o trabalho em saúde deve estar orientado não apenas pela eficiência organizacional, mas também pela defesa da dignidade, da autonomia e da cidadania dos usuários. No âmbito da saúde digital, isso implica pensar sistemas e fluxos de informação que facilitem o acesso, a coordenação do cuidado e a transparência na gestão. (BRASIL, 2011).

O material sobre reforma sanitária e gerencial do SUS em Sergipe ampliou a compreensão do grupo sobre a trajetória histórica da descentralização e da construção interfederativa do sistema. Ao abordar os desafios da regionalização, do financiamento e da organização dos serviços, o texto ajudou a situar a saúde digital como parte de um processo mais amplo de modernização da gestão pública, no qual dados, sistemas e processos precisam ser articulados para responder às necessidades concretas da população. Assim, a discussão ultrapassou a dimensão técnica e alcançou uma compreensão política e histórica do SUS em Sergipe (SANTOS et al., 2011).

Nesse percurso, a participação de estudantes de Enfermagem, Odontologia e Computação foi um diferencial importante. A presença dos discentes de Computação favoreceu o diálogo sobre linguagem técnica, organização de dados e necessidades de desenvolvimento de ferramentas digitais, bem como fez a introdução deste no contexto SUS, uma vez que eles não possuem essas temáticas na graduação. Da mesma forma, para os discentes de Odontologia, houve a ampliação do olhar para o Sistema Único de Saúde, visto que a estrutura curricular não aprofunda a atuação do aluno nesse âmbito. Além disso, a experiência foi importante para aumentar a comunicação com outras áreas da saúde, permitindo a multidisciplinaridade.

No caso da enfermagem, a vivência no PET-Saúde/I&SD ampliou a compreensão sobre aspectos concretos da prática nos cenários de atenção, permitindo observar como os usuários chegam aos serviços, como se organiza o acolhimento, quais orientações são oferecidas após o atendimento e como a humanização se materializa no cotidiano do cuidado. Essa experiência mostrou que, embora a graduação em enfermagem esteja fortemente vinculada ao SUS, o PET-Saúde/I&SD proporciona uma inserção mais crítica e ampliada na realidade do sistema, especialmente ao discutir a organização do SUS em Sergipe, a logística dos serviços, os fluxos de atendimento e a importância de um cuidado centrado na pessoa. Assim, a atuação da enfermagem foi compreendida não apenas como execução técnica, mas também como mediação entre usuário, serviço e rede de atenção, contribuindo para uma leitura mais sensível e qualificada da prática profissional.

Ao mesmo tempo, a participação dos discentes e profissionais da saúde reforçou a centralidade do cuidado, da educação e da gestão na construção de soluções adequadas ao contexto do serviço. Essa articulação interprofissional demonstrou que a saúde digital exige colaboração entre áreas distintas e capacidade de integrar saberes complementares.

4 CONCLUSÃO

A vivência inicial do PET-Saúde/I&SD mostrou-se relevante para a formação dos integrantes do Grupo 7, pois possibilitou ampliar o entendimento sobre o SUS, seus fundamentos legais, sua organização e seus desafios contemporâneos. O processo de estudo e discussão coletiva fortaleceu a Educação Permanente em Saúde como eixo de aprendizagem e contribuiu para preparar o grupo para as atividades futuras do projeto.

A experiência também evidenciou que a integração ensino-serviço-comunidade se fortalece quando há participação de diferentes áreas do conhecimento e de profissionais vinculados ao serviço. Nesse sentido, o diálogo entre Enfermagem, Odontologia, Computação e os trabalhadores da Secretaria de Estado da Saúde de Sergipe possibilitou uma leitura mais crítica da realidade e ampliou a compreensão sobre o papel da informação e da tecnologia na qualificação do cuidado e da gestão no SUS.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 19 set. 1990.

BRASIL. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 28 dez. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde**. 3. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Informação e Saúde Digital. **Meu SUS Digital**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, s.d. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/seidigi/meususdigital. Acesso em: 19 jul. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Informação e Saúde Digital; Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Edital Conjunto SEIDIGI/SGTES-MS nº 1/2025**. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 26 fev. 2025. p. 114. (Seção 3).

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA (CFO). **Política Nacional de Saúde Bucal: ações**. Brasília, DF: CFO, . Disponível em: https://website.cfo.org.br/wp-content/uploads/2024/09/politica_nacional_saude_bucal_acoes.pdf. Acesso em: 19 jul. 2026.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BRASIL). Departamento de Informática do SUS (DATASUS). **Informações de Saúde (TABNET)**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, [20--]. Disponível em: https://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude-tabnet/. Acesso em: 19 jul. 2026.

SANTOS, Cláudia Menezes et al. **A reforma sanitária e gerencial do SUS no Estado de Sergipe: saberes e tecnologias para implantação de uma política.** Aracaju: FUNESA, 2011.

DOI: 10.51161/iv-conasus/85732

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE. **Edital nº 01/2025, de 17 de junho de 2025**. Processo seletivo para estudantes do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – PET Informação e Saúde Digital. São Cristóvão: UFS, 2025.

DOI: 10.51161/iv-conasus/85732

LIDERANÇA TRANSFORMACIONAL E EDUCAÇÃO PERMANENTE NA GESTÃO DE MUDANÇAS: CONSTRUÇÃO DE VALOR PÚBLICO NO SUS

PRISCILA PEREIRA PASSOS; PAULA ANDRÉA FIGUEIREDO DE OLIVEIRA; ELAYDE HEIDE MELO DA SILVA; MARIA DE FÁTIMA FERREIRA DA SILVA; ROSA MARIA ARAGÃO FREIRE

RESUMO

O Sistema Único de Saúde (SUS) apresenta um cenário organizacional complexo e dinâmico, que demanda modelos de gestão eficientes voltados à sustentabilidade dos serviços e à geração de valor público. Diante de estruturas administrativas tradicionalmente fragmentadas, a liderança transformacional e a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) emergem como eixos estratégicos para a inovação e a valorização do capital humano. O presente estudo tem como objetivo relatar a experiência de integração entre liderança transformacional e Educação Permanente em Saúde, utilizando a Metodologia da Problematização por meio do Arco de Maguerez como estratégia de gestão de mudanças em um hospital público de alta complexidade. Trata-se de um relato de experiência, de natureza qualitativa e caráter descritivo-analítico, desenvolvido no Núcleo de Educação Permanente (NEP) do Hospital da Restauração Governador Paulo Guerra (HR), em Recife/PE, durante o biênio de 2022 a 2023. O eixo metodológico baseou-se na Metodologia da Problematização apoiada no Arco de Maguerez, operacionalizada em cinco etapas consecutivas: observação da realidade, determinação de pontos-chave, teorização, hipóteses de solução e aplicação prática no cenário institucional. Como resultado, observou-se maior integração entre as equipes multiprofissionais, fortalecimento da cultura de aprendizagem significativa e engajamento na melhoria contínua, culminando na formulação e validação de seis documentos institucionais regulamentadores e de fluxo para a unidade hospitalar. A discussão aponta que o modelo de liderança transformacional promove a autoeficácia e a autonomia responsável das equipes, superando o modelo transacional focado apenas em metas. Contudo, evidenciou-se como desafio operacional o reduzido quantitativo de profissionais no NEP para atender à demanda da instituição, limitando o monitoramento sistemático pós-treinamento e priorizando intervenções em setores estratégicos ou decorrentes de notificações de eventos adversos. Conclui-se que a articulação da tríade composta por liderança transformacional, EPS e práticas baseada na realidade dos serviços fortaleceu a gestão do conhecimento e a capacidade adaptativa do hospital, gerando valor público ao transformar problemas cotidianos em dispositivos de aprendizagem organizacional e segurança do paciente.

Palavras-chave: Aprendizagem institucional; Gestão em saúde; Inovação organizacional.

1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) caracteriza-se por ambiente organizacional dinâmico e de elevada complexidade, marcado por transformações demográficas, epidemiológicas, tecnológicas, normativas e sociais. Nesse contexto, as organizações públicas de saúde precisam ser capazes de desenvolver um modelo de gestão apto a responder de forma eficiente às

demandas crescentes da população, conciliando qualidade assistencial / segurança do paciente, sustentabilidade dos serviços e uso racional dos recursos públicos. Entretanto, a permanência de modelos administrativos centrados em estruturas hierarquizadas, processos fragmentados e ações educativas desvinculadas da realidade cotidiana ainda constitui importante obstáculo para a consolidação de mudanças organizacionais sustentáveis (BRASIL, 2017).

Nas últimas décadas, a valorização do capital humano passou a ocupar posição estratégica na administração pública, especialmente nos serviços de saúde, onde a assistência ao paciente depende diretamente da atuação integrada das equipes multiprofissionais e interdisciplinares. Portanto, a liderança transformacional emerge como modelo de gestão essencial para essas organizações que buscam inovação e resultados de melhoria de processos, além de sua manutenção, é caracterizada pela presença de um líder que atua como agente de mudança capaz de transformar o ambiente e mudar a realidade, desenvolvendo o potencial humano focado na coletividade (BRASIL, 2017; VERRE, 2024). É pautada por quatro pilares: (1) influência idealizada; (2) motivação inspiradora; (3) estimulação intelectual, e; (4) consideração individualizada. Nesse modelo, os líderes e os liderados se ajudam mutuamente almejando o mesmo objetivo em comum, trabalhando lado a lado tanto na identificação quanto na implementação das mudanças necessárias. Tal conexão entre líder e seus colaboradores, incluindo o fato de o líder ser inspiração e exemplo, promove a elevação da moral e motivação do time (GRIMES; MIRANDA; LOPES, 2023; VERRE, 2024).

Complementarmente, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) funciona como uma força motriz que estimula o aprendizado no trabalho e sua história acompanha a própria organização e o fortalecimento do SUS. Instituída pela Portaria n°198/2004, posteriormente regulamentada pela Portaria n°1.996/2007 e consolidada pela Portaria de Consolidação n°2, de 28 de setembro de 2017, reconhece o trabalho como espaço privilegiado para produção do conhecimento e transformação das práticas profissionais. Diferentemente dos modelos tradicionais de capacitação, a Educação Permanente em Saúde (EPS) fundamenta-se na aprendizagem significativa, na problematização do cotidiano dos serviços, na integração entre ensino, serviço, gestão e comunidade e na construção coletiva de soluções voltadas às necessidades concretas do SUS. Dessa forma, o processo educativo deixa de representar atividade pontual para constituir instrumento estratégico de gestão, qualificação da assistência e fortalecimento institucional (BRASIL, 2004; BRASIL, 2007, BRASIL, 2017). Entre as metodologias ativas compatíveis com os pressupostos da EPS, destaca-se a Metodologia da Problematização operacionalizada pelo Arco de Maguerez (BORDENAVE; PEREIRA, 1989; GRIMES; MIRANDA; LOPES, 2023).

Sob a perspectiva da administração pública, essas estratégias dialogam diretamente com o conceito de valor público, definido como "produtos e resultados gerados, preservados ou entregues pelas atividades de uma organização que representem respostas efetivas e úteis às necessidades ou demandas de interesse público e modifiquem aspectos do conjunto da sociedade ou de alguns grupos específicos reconhecidos como destinatários legítimos de bens e serviços públicos" (BRASIL, 2017, art. 2º, II). Sendo assim, o presente estudo tem como objetivo relatar a experiência de integração entre liderança transformacional e Educação Permanente em Saúde, utilizando a Metodologia da Problematização por meio do Arco de Maguerez como estratégia de gestão de mudanças em um hospital público de alta complexidade.

2 RELATO DE EXPERIÊNCIA

O presente estudo caracteriza-se como um relato de experiência, de natureza qualitativa, caráter descritivo-analítico, desenvolvido a partir da vivência profissional no Núcleo de Educação Permanente (NEP) do Hospital da Restauração Governador Paulo Guerra (HR),

hospital público terciário, referência em atendimento de alta complexidade no Estado de Pernambuco e maior hospital de urgência e emergência do Norte-Nordeste brasileiro, localizado em Recife/PE. A experiência ocorreu no período de 2022 a 2023, envolvendo gestores e profissionais da equipe multiprofissional, no contexto de ações voltadas ao fortalecimento da gestão, da qualidade assistencial e da Educação Permanente em Saúde (EPS).

As atividades foram conduzidas em conformidade com os princípios do PNEPS, compreendendo o cotidiano do trabalho como espaço principal para produção de conhecimento, reflexão crítica e transformação das práticas profissionais. Diferentemente de ações educativas centradas na transmissão vertical de conteúdos, adotou-se uma perspectiva participativa, em que os problemas identificados pelos próprios trabalhadores constituíram o ponto de partida para o planejamento das intervenções. Buscando favorecer a articulação entre teoria e prática e o estímulo a aprendizagem significativa, como eixo metodológico utilizou-se a Metodologia da Problematização, por meio do Arco de Maguerez (Figura 1; BRASIL, 2018). Foi utilizada inteligência artificial generativa (ChatGPT, OpenAI) como ferramenta de apoio à redação e ao aprimoramento visual da figura, sem substituição da criação intelectual dos autores.

Figura 1. Aplicação do Arco de Maguerez na condução da Educação Permanente para a gestão de mudanças no Hospital da Restauração. A figura ilustra como a metodologia do Arco de Maguerez era aplicada pelo Núcleo de Educação Permanente do Hospital da Restauração (NEP/HR) no Biênio 2022-2023. Fonte: Adaptado de BORDENAVE; PEREIRA, 1989 e aplicado pelos autores à experiência da Educação Permanente do Hospital da Restauração.

O Arco de Maguerez foi operacionalizado em 5 (cinco) etapas consecutivas: (1) Observação da realidade – realizava-se o diagnóstico situacional participativo mediante recordação dos processos de trabalho do setor de lotação, sempre voltado a temática do treinamento do dia, comparavam expectativa *versus* realidade; (2) Pontos-chave – informações obtidas na etapa anterior, permitiam identificar os fatores determinantes que comprometiam a eficiência dos processos organizacionais, assim eram eleitos os dois principais problemas, sob a perspectiva dos colaboradores, que necessitavam maior urgência para resolução para serem o foco do estudo; (3) Teorização – única etapa conduzida pelo facilitador, consistia na apresentação das evidências científicas, diretrizes ministeriais, protocolos institucionais e referenciais atualizados relacionados o tema do estudo, fazendo o "*link*" entre a teoria e a prática

trazida pelos colaboradores; (4) Hipóteses de solução – desenvolvida de maneira conjunta entre gestores e colaboradores e/ou facilitador e colaboradores, considerando a viabilidade operacional e as necessidades específicas dos diferentes setores do hospital, formulavam-se propostas de intervenções para intervir no problema, e, por fim; (5) Aplicação à realidade – os trabalhadores retornavam ao cenário inicial e para executar as estratégias planejadas, promovendo uma transformação prática. Eles eram orientados a compartilhar com os gestores locais bem como os demais colegas de trabalho.

Paralelamente, a condução das ações fundamentou-se nos princípios da liderança transformacional, priorizando comunicação horizontal, escuta ativa e qualificada, incentivo ao protagonismo dos profissionais, valorização das competências individuais e fortalecimento da corresponsabilização das equipes. Entretanto, como nem sempre o gestor estava presente nos treinamentos, por vezes o NEP assumiu nessas ocasiões, o papel de facilitador dos processos de mudança, estimulando o desenvolvimento de lideranças locais e promovendo ambiente favorável à inovação, ao diálogo e à construção coletiva de soluções. Nesse contexto, o NEP tanto auxiliava quanto promovia os processos de mudança, em concordância com a premissa da EPS como caminho para formação de competência para o SUS.

Como resultado da experiência, observou-se maior integração entre equipes que participaram dos treinamentos, fortalecimento da cultura de Educação Permanente, ampliação das ações educativas realizadas no próprio ambiente de trabalho, introdução e/ou padronização de processos institucionais, fortalecimento da gestão do conhecimento e maior engajamento dos profissionais nas iniciativas de melhoria contínua. O Arco de Maguerez possibilitou transformar problemas cotidianos em oportunidades de aprendizagem organizacional, aproximando teoria e prática, favorecendo intervenções contextualizadas à realidade institucional.

No decorrer dessa vivência, ainda foram elaborados e/ou validados pelo Núcleo de Apoio à Qualidade Hospitalar, os seguintes documentos institucionais que REG.DIGER.001 – REGIMENTO INTERNO DO NÚCLEO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE – Versão 001 – Emissão 15/04/2022; FOR.DIGER.020 – FREQUÊNCIA DE TREINAMENTO INTERNO – Versão 001 – Emissão 10/05/2023; FOR.DIGER.021 – FREQUÊNCIA DE TREINAMENTO IN LOCO – Versão 001 – Emissão 10/05/2023; FOR.DIGER.022 – ARCO DE MAGUEREZ – Versão 001 – Emissão 10/05/2023; FOR.DIGER.023 – LEVANTAMENTO DE NECESSIDADE DE TREINAMENTO ANUAL – Versão 001 – Emissão 06/06/2023; FOR.DIGER.025 – CADASTRO DE DOCENTE FACILITADOR – Versão 001 – Emissão 06/06/2023.

3 DISCUSSÃO

A experiência relatada demonstra que a gestão de mudanças nas organizações públicas de saúde depende mais da capacidade institucional de mobilizar pessoas, construir conhecimento coletivo e transformar o cotidiano de trabalho em espaço permanente de aprendizagem do que quando comparado às ações isoladas de instrumentos gerenciais. Sob essa óptica, a integração entre liderança transformacional, EPS e metodologias ativas mostrou-se relevante estratégia para o fortalecimento da capacidade adaptativa da instituição e promoção de mudanças sustentáveis nos processos organizacionais.

A relevância desse estilo de liderança reside em sua capacidade de promover a autoeficácia da equipe e elevar a qualidade da assistência, alinhando-se diretamente aos objetivos estratégicos do Sistema Único de Saúde (SUS). Portanto, transcende o modelo tradicional, a liderança transacional, cujo foco visa apenas metas e recompensas através da manutenção de processos, enquanto o modelo transformacional estimula todos os envolvidos à evolução constante de cultura e desenvolvimento de competências e habilidades profissionais,

de modo que toda a equipe procura sempre entregar o seu melhor na busca por resultados cada vez mais estimulantes e gratificantes, o que fomenta maior engajamento, estímulo à inovação, desenvolvimento de novos líderes e retenção de talentos, reduzindo o *turnover* de funcionários. Por esse motivo, no modelo de liderança transformacional, os colaboradores devem ter autonomia para tomar decisões por conta própria, pois há um vínculo de confiança uma vez que todos receberam treinamento e são devidamente capacitados para suas funções.

A EPS mostrou-se elemento estruturante desse processo ao deslocar o foco das capacitações tradicionais para a aprendizagem construída no próprio ambiente de trabalho. Conforme preconizado pela PNEPS, os problemas vivenciados pelas equipes passaram a constituir o ponto de partida para reflexão crítica, produção do conhecimento e reorganização das práticas profissionais. Essa abordagem favoreceu maior contextualização das ações educativas, fortalecendo sua aplicabilidade e sustentabilidade no cotidiano institucional. Ao passo que a utilização da Metodologia da Problematização, operacionalizada pelo Arco de Maguerez, revelou-se plenamente compatível com os pressupostos da PNEPS, ao possibilitar que as intervenções fossem desenvolvidas a partir da realidade concreta dos serviços. Mais do que um instrumento pedagógico, o Arco de Maguerez constituiu uma ferramenta de gestão capaz de integrar análise crítica, planejamento participativo e melhoria contínua.

Entretanto, a experiência também evidenciou desafios importantes relacionados à operacionalização. O reduzido quantitativo de profissionais do NEP/HR para atender aproximadamente quatro mil trabalhadores da instituição limitava a execução sistemática das etapas subsequentes ao desenvolvimento das capacitações. Após a realização dos treinamentos, nem sempre era possível processar todos os formulários produzidos durante as atividades, consolidar os dados, elaborar diagnósticos situacionais e apresentar relatórios devolutivos referentes a cada temática abordada. Dessa forma, a análise estruturada das informações coletadas era priorizada em situações específicas, sobretudo quando solicitada por gestores assistenciais ou estratégicos, como ocorreu nas intervenções desenvolvidas junto ao setor de Queimados, ou quando decorrente de notificações de eventos adversos encaminhadas pelo Núcleo de Segurança do Paciente como parte dos planos de ação destinados à redução da recorrência / mitigar desses eventos.

Esse achado evidencia que a efetividade da Educação Permanente não depende exclusivamente da adoção de metodologias ativas ou da atuação das lideranças, mas também da disponibilidade de capacidade técnico-operacional para transformar os dados produzidos nas atividades educativas em informações úteis à gestão. A limitação de recursos humanos restringe a retroalimentação contínua dos processos de aprendizagem, dificultando o monitoramento sistemático das necessidades institucionais e a avaliação dos impactos das intervenções realizadas. Ainda assim, quando empregado de forma direcionada para problemas prioritários, o Arco de Maguerez mostrou elevado potencial para subsidiar a tomada de decisão, apoiar o planejamento de ações corretivas e fortalecer a cultura de melhoria contínua e segurança do paciente.

Outro aspecto relevante observado foi o fortalecimento da gestão do conhecimento institucional. A elaboração compartilhada de documentos técnicos, que permitiu transformar conhecimentos individuais em patrimônio organizacional, reduzindo a variabilidade dos processos, favorecendo o início e/ou a padronização das práticas assistenciais e contribuindo para maior segurança do paciente e eficiência administrativa. Dessa forma, os produtos desenvolvidos deixaram de representar apenas instrumentos normativos, passando a constituir dispositivos permanentes de aprendizagem organizacional.

Sob a perspectiva da administração pública, os resultados também podem ser analisados à luz do conceito de valor público. A experiência demonstrou que investimentos em liderança, Educação Permanente e desenvolvimento das pessoas produzem benefícios que ultrapassam os limites da qualificação profissional, repercutindo diretamente na melhoria da capacidade

institucional, no fortalecimento da governança, na eficiência dos processos internos, na inovação organizacional e, sobretudo, na qualidade dos serviços ofertados à população. Assim, a geração de valor público decorre não apenas da utilização eficiente dos recursos disponíveis, mas também da capacidade de desenvolver organizações que aprendem continuamente e respondem de maneira mais resolutiva às necessidades sociais.

Embora este relato esteja circunscrito à realidade de um hospital público de alta complexidade, seus resultados apresentam potencial de transferência para outras instituições do SUS que enfrentam desafios semelhantes relacionados à gestão de mudanças, desenvolvimento de equipes e fortalecimento da Educação Permanente. Entretanto, por tratar-se de um relato de experiência, os achados não possuem finalidade de generalização estatística, constituindo evidências contextualizadas que podem subsidiar novas investigações e estimular a adoção de modelos gerenciais centrados na aprendizagem organizacional.

A análise da experiência permite compreender que liderança transformacional, Educação Permanente em Saúde e metodologias ativas não representam estratégias independentes, mas dimensões complementares de um mesmo processo de transformação institucional. Enquanto a liderança cria condições para o engajamento das pessoas, a Educação Permanente organiza o processo educativo e o Arco de Maguerez operacionaliza a mudança a partir da problematização da realidade. Entretanto, a consolidação desse modelo requer investimento permanente em capacidade institucional, especialmente no dimensionamento das equipes responsáveis pela Educação Permanente, de modo que seja possível transformar os resultados das ações educativas em conhecimento organizacional e em suporte contínuo à tomada de decisão. A articulação desses elementos constitui um modelo consistente para qualificar a gestão de mudanças, fortalecer a cultura organizacional e ampliar a capacidade do SUS de produzir inovação, aprendizagem contínua e valor público.

4 CONCLUSÃO

A experiência demonstra que a integração entre liderança transformacional, Educação Permanente em Saúde (EPS) e metodologias ativas é uma estratégia consistente para conduzir mudanças organizacionais no SUS. Ao protagonizar o trabalhador, o modelo promoveu ambientes colaborativos e soluções alinhadas às necessidades institucionais. A Metodologia da Problematização, por meio do Arco de Maguerez, mostrou-se compatível com a PNEPS ao favorecer a análise crítica da realidade e a incorporação de intervenções contextualizadas, ampliando o engajamento profissional, a gestão do conhecimento e a melhoria contínua dos fluxos.

Os resultados evidenciam que o valor público em saúde depende do desenvolvimento de pessoas, do aprendizado organizacional e de modelos gerenciais participativos. Como limitações, apontam-se o delineamento circunscrito a uma única instituição e a necessidade de maior suporte técnico-operacional para monitoramento contínuo. Ainda assim, a estratégia possui alto potencial de transferência para a rede do SUS. Recomenda-se que investigações futuras avaliem, por estudos multicêntricos e métodos mistos, os impactos dessa abordagem sobre indicadores de desempenho, segurança do paciente e satisfação das equipes.

Conclui-se que a tríade liderança transformacional, EPS e prática baseada na realidade dos serviços configura um modelo de gestão capaz de robustecer a capacidade institucional para inovar e responder de forma sustentável às demandas sociais. Ao converter o cotidiano laboral em espaço permanente de reflexão, essa integração consolida organizações públicas resilientes e corrobora que a eficiência do sistema de saúde depende diretamente do fortalecimento de uma cultura de aprendizado contínuo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BORDENAVE, Juan Díaz; PEREIRA, Adair Martins. **Estratégias de ensino-aprendizagem**. 11. ed. Petrópolis: Vozes, 1989.

BRASIL. **Decreto nº 9.203, de 22 de novembro de 2017**. Dispõe sobre a política de governança da administração pública federal direta, autárquica e fundacional. Brasília, DF: Presidência da República, [2017]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/decreto/d9203.htm. Acesso em: 21 jul. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 9.262, de 30 de dezembro de 2025. Institui a Política Nacional de Regulação em Saúde do Sistema Único de Saúde - SUS e revoga o Anexo XXVI da Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 28 de setembro de 2017. **Diário Oficial da União**: seção 1, p. 371, Brasília, DF, 31 dez. 2025. Disponível em: https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-9.262-de-30-de-dezembro-de-2025-678996477. Acesso em: 10 jul. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e revoga a Portaria MGB/MS nº 198, de 13 de fevereiro de 2004. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 22 ago. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 198, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 16 fev. 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**: PNEP-SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 84 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/educacao-e-pesquisa/qualificacao-profissional-em-vigilancia-sanitaria/politica-nacional-de-educacao-permanente-em-saude.pdf/view. Acesso em: 10 jul. 2026.

GRIMES, Lorrana Nascimento; MIRANDA, Nayara Garcez; LOPES, Cleide Alves de Andrade. Identificação visual de uma Unidade Básica de Saúde do Distrito Federal. **Health Residencies Journal (HRJ)**, Brasília, v. 4, n. 21, p. 87-95, 2023. DOI: https://doi.org/10.51723/hrj.v4i21.909. Disponível em: emnuvens.com.br. Acesso em: 14 jul. 2026.

VERRE, Caroline. **ARTIGO – Liderança transformacional: o que é, objetivos e exemplos**. Publicado por Tiago Merlone. Campo Grande: Secretaria de Estado de Administração (SAD/MS), 24 jul. 2024. Disponível em: https://www.sad.ms.gov.br/artigo-lideranca-transformacional-o-que-e-objetivos-e-exemplos/. Acesso em: 21 jul. 2026.

VIVENCIANDO O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

FERNANDA KUMPFER

RESUMO

Esse relato de experiência é resultado das reflexões e discussões sobre as vivências de uma estudante de psicologia no projeto Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS), realizado em 2026 no norte do Rio Grande do Sul. Nesse sentido, foram realizadas visitas aos territórios, cine-debates, palestras, aulas e rodas de conversa, reunindo inúmeros estudantes da área da saúde. Trata-se de um relato de abordagem qualitativa, pautado nas anotações e trocas realizadas durante o período de seis dias de estágio não obrigatório na realidade do Sistema Único de Saúde. Portanto, o estudo buscou aprofundar-se sobre a atenção primária à saúde, saúde do indígena, saúde mental, pautas sociais e trabalhistas, entre outras temáticas. Ainda assim, o relato explorou a organização da atenção à saúde, a falta de profissionais, materiais e infraestrutura, bem como a relevância do Sistema Único de Saúde no norte do Rio Grande do Sul, suas potencialidades e a necessidade de estudos acerca das projeções futuras. Ademais, ao aproximar estudantes da realidade do sistema a experiência contribui para a formação profissional. Por meio de uma abordagem interdisciplinar e participativa, evidenciando a importância dessa atuação multidisciplinar e nesse caso, buscando compreender o papel do psicólogo nesses contextos. Assim sendo, o relato também buscou descrever e compreender os sentimentos que surgiram no decorrer das vivências. Por fim, a vivência foi extremamente proveitosa e enriquecedora, promovendo o desenvolvimento do pensamento crítico, da sensibilidade social e do compromisso ético com a defesa da saúde pública, da cidadania e do fortalecimento do Sistema Único de Saúde.

Palavras-chave: Psicologia; Estágio; Política Pública

1 INTRODUÇÃO

O SUS (Sistema Único de Saúde) é uma política pública que foi criada em 1988, por meio da Constituição Federal, com o objetivo de tornar o acesso à saúde um direito de todos os cidadãos e um dever do Estado. Atualmente, ele oferece serviços gratuitos que abrangem desde a atenção primária até procedimentos de alta complexidade, consolidado como um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, baseado nos princípios da universalidade, da integralidade e da equidade e trabalhando na promoção, prevenção e recuperação da saúde (Souza; Brustolin, 2025). Sendo assim, o VER-SUS consiste em um programa de Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde que tem o propósito de unir a teoria com a prática, proporcionando a estudantes das mais diversas áreas, uma imersão em vários territórios nos quais o SUS atua. Trata-se de um programa feito por estudantes e para estudantes, reconhecendo esses espaços como ambientes de aprendizagem. Por isso, é uma vivência que observa, analisa e valoriza, mas que também pontua os aspectos negativos relacionados ao sistema, isso tudo com o intuito de estudar, compreender e melhorar esse sistema tão importante para a população brasileira.

DOI: 10.51161/iv-conasus/85757

Nesse sentido, essa experiência é enriquecedora para os estudantes da área da saúde, porque é imprescindível entender como a saúde pública funciona, mesmo que não seja sua área de atuação. Inegavelmente, o VER-SUS contribuiu para o aprendizado dos alunos, promovendo trocas, reflexões, quebra de paradigmas e desenvolvimento do pensamento crítico. Em suma, o presente estudo tem como objetivo descrever e refletir sobre a experiência de uma estudante do curso de Psicologia, participante como vivente do projeto VER-SUS no ano de 2026. Por meio de registros e análises sistemáticas sobre a vivência no território, articulando experiência, teoria, prática e evidenciando as principais dificuldades bem como as potencialidades do SUS na região norte do Rio Grande do Sul.

2 RELATO DE EXPERIÊNCIA

As vivências promovidas pelo VER-SUS ocorreram em duas cidades do norte do Rio Grande do Sul, com duração de seis dias, nos quais os viventes e facilitadores ficaram imersos 24 horas durante esses dias. Nesse sentido, foram realizadas visitas aos territórios,
cine-debates, palestras, rodas de conversa e aulas, reunindo inúmeros estudantes da área da saúde. Por meio de uma abordagem interdisciplinar e participativa, integrando ensino, serviço de saúde e comunidade, estimulando práticas colaborativas e fomentando o desenvolvimento de competências, os participantes tiveram contato com diversos profissionais e locais, contribuindo para o projeto que visa o fortalecimento do SUS. Sendo assim, a coleta de dados ocorreu a partir do relato de uma estudante de Psicologia que participou do programa no ano de 2026, por meio de uma análise descritiva e exploratória, de caráter qualitativo. O estudo, portanto, é resultado das anotações, experiências e trocas realizadas durante as vivências.

Portanto, no primeiro dia de vivência houve um momento de apresentação do programa junto a uma cerimônia de abertura. Além disso, os viventes e facilitadores participaram de uma atividade de Aromaterapia e Auriculoterapia como Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) no SUS, nas quais os participantes puderam inteirar-se sobre essas práticas e sua importância na vida das pessoas, além de uma oficina de fotografia. No segundo dia de vivência houve uma visita ao MST (Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra) em uma antiga fazenda. Durante o cine-debate, assistimos ao documentário "Terra para Rose" (Comissão de Direitos Humanos de Passo Fundo, 2017). Já no terceiro dia, conhecemos um Hospital Beneficente e também visitamos uma Unidade Básica de Saúde (UBS) e um CAIS (Centro de Atenção Integral à Saúde). Para finalizar tivemos uma roda de conversa com profissionais da área, na qual pudemos debater as experiências vividas durante o dia, trocar ideias e pontos de vista, além de aprender um pouco mais sobre saúde pública.

No quarto dia de vivência, assistimos ao documentário "Ocupar: mulheres, terra e luta" (Projeto de formação ocupa: mulheres, terra e luta, 2024) e também tivemos uma roda de conversa com a líder de uma ocupação. No dia seguinte, alguns participantes conheceram um Ambulatório Indígena e outros foram para a SESAI (Secretaria da Saúde Indígena), já durante a tarde tivemos o privilégio de conhecer uma aldeia indígena urbana e acompanhar atendimentos médicos. No último dia de vivência, desfrutamos de uma conversa com a 6ª Coordenadoria de saúde que diz respeito à macrorregião norte. Após isso, fomos divididos em dois grupos, um grupo visitou o Centro de Atenção Psicossocial infantil (CAPSi) e Centro Atenção Psicossocial adulto (CAPS II), já o outro grupo conheceu o Centro de Referência LGBTI+ e da mulher.

3 DISCUSSÃO

As chamadas PICS são práticas terapêuticas baseadas em conhecimentos tradicionais, que auxiliam na prevenção e complementação de tratamentos das mais diversas doenças.

DOI: 10.51161/iv-conasus/85757

Essas práticas são de custo baixo e fácil acesso, contribuindo para melhorar a relação usuário-profissional-serviço, valorizando conhecimentos populares e a visão do paciente sobre seu processo de cuidado. Essa perspectiva rompe com o padrão de medicina moderna, baseada na fragmentação do corpo e na medicalização excessiva, propondo assim, um modelo centrado no bem-estar integral. Apesar de sua importância e seus avanços, a conservação das PICS enfrenta inúmeros desafios, como por exemplo, a carência de investidura pública, insuficiência de evidências científicas sobre sua eficácia e a relutância por parte da comunidade médica. Portanto, durante a vivência foi possível entender e praticar a auriculoterapia, prática que utiliza a estimulação de pontos na orelha promovendo uma ação analgésica, usada no combate da dor, ansiedade, entre outros. Já na prática de aromaterapia, são utilizados óleos essenciais retirados de plantas, como forma de manter o bem-estar, diminuir sintomas físicos, aumentar a imunidade e restaurar o equilíbrio. É importante salientar ainda, que essas práticas não excluem a necessidade do tratamento convencional, servem apenas como um complemento. Para algumas pessoas essas práticas são percebidas como eficazes, entretanto, para outras são compreendidas apenas como um efeito placebo.

Em relação às pautas sociais, o MST é considerado o maior e mais importante movimento social brasileiro, presente em 24 estados e tendo reconhecimento por toda a américa latina, ele apresenta três grandes objetivos: a terra, a reforma agrária e a justiça social. Sem dúvida, sua relevância faz dele um importante ator social na luta pela concretização do direito à saúde, a luta do movimento inclui superar o modo capitalista de produção e reorganizar a sociedade sob novas bases. Lutar pela reforma agrária é lutar pelo direito à vida, lutar pela saúde também é lutar pela vida, portanto trata-se de uma via de mão dupla. Dessa maneira, na visita a esse território foi possível observar o senso de coletividade, participação e cooperação da comunidade, trabalhando para um bem comum entre todos. O território estimula a formação do bem-estar físico, psíquico e social, buscando a qualidade de vida no campo, por meio da construção de comunidades saudáveis visando a minimização e prevenção dos prejuízos causados pela pobreza dos serviços em saúde. Ao mesmo tempo em que os assentamentos promovem saúde por meio da produção de uma alimentação orgânica, também sofrem da falta de saneamento básico, tratamento de água e também dificuldades de acesso aos cuidados básicos em saúde por conta de barreiras geográficas. O acesso à saúde é, de certa forma, um modo de política e controle social (Souza; Sawaia, 2016).

Posteriormente, tivemos uma roda de conversa com a líder de uma ocupação urbana e assistimos a um documentário que relata a luta e resiliência de mulheres que vivem nesse espaço, mostrando o protagonismo feminino e a importância da militância ativa. Outrossim, foram abordados temas como a especulação imobiliária, a falta de saneamento e água, a insegurança, abuso de poder, entre muitas outras questões. Essas trocas são extremamente válidas, porque alguns aspectos problemáticos em um local se explicam por meio dos procedimentos em outros locais. Isso se exemplifica quando, segundo relatos da líder, os indivíduos das ocupações não conseguem atendimento médico por não possuírem comprovante de endereço. Nesse sentido, quando visitamos a UBS pudemos compreender o porquê isso acontece, segundo os gestores, a UBS deve prestar informações e esclarecimentos sobre os atendimentos para que possa receber verba para tal, precisa comprovar que os indivíduos de seu território estão sendo atendidos, não há o atendimento de indivíduos de outros territórios. Segundo o Ministério da Saúde, é preciso uma "definição precisa do território de atuação, mapeamento e reconhecimento da área adstrita, que compreenda o segmento populacional determinado, com atualização contínua". Logo, quando as pessoas não têm comprovante de endereço, tecnicamente não pertencem àquele território. Ainda assim, nessa ocupação em específico a liderança não permite a entrada de mais indivíduos pois trata-se de um local de preservação ambiental, respeitando assim, o espaço da natureza.

A visita a SESAI possibilitou compreender como é feita as práticas de saúde com essa

DOI: 10.51161/iv-conasus/85757

população, a importância da educação em saúde para a população no geral e a educação permanente feita para os profissionais. Essa secretaria conta com uma equipe multidisciplinar da qual profissionais são concursados ou temporários, já os médicos a maioria são contratados pelo programa Mais Médicos. Segundo os próprios coordenadores, algumas aldeias indígenas tratam a saúde mental utilizando o termo "Bem viver", e em inúmeros atendimentos os indígenas passam primeiro pela sua entidade para depois procurar atendimento, segundo relatos da psicóloga do local. Os povos indígenas afirmam por meio do conceito de Bem Viver a possibilidade de vida fora dos padrões de bem-estar proferidos pela modernidade ocidental capitalista e eurocêntrica, fugindo da lógica da colonialidade. Esse termo diz respeito aos saberes dos povos indígenas, tanto enquanto afirmação política de suas maneiras de viver, quanto como maneira de resistência e contestação à hegemonia moderna eurocêntrica, que ao longo de muitos anos tem lhes imposto modos de vida distantes de sua realidade, valores e identidade. Ainda assim, o Bem Viver possui natureza polissêmica, isto é, passível de diferentes perspectivas (Lacerda; Feitosa, 2015).

Sob essa perspectiva, durante a visita às aldeias, foi perceptível a falta de preparo junto ao descaso de alguns profissionais para atender esse público e a falta de estrutura para os atendimentos. Em contrapartida, percebeu-se a riqueza da cultura de união, educação e simplicidade do povo. Dessa forma, é imprescindível destacar a importância desses atendimentos junto à aldeia, pois a maioria dos usuários não tem condições ou não conseguem se locomover até a UBS ou ao CAIS quando necessitam de atendimento. A criação de uma secretaria especializada na assistência desse público é de extrema relevância no cenário brasileiro, tendo em vista que os povos indígenas, ao longo da história do nosso país, foram torturados, escravizados e mortos por muito tempo. Outro ponto importante a destacar é a presença de indígenas como funcionários e coordenadores desta secretaria, fato que indica uma certa preocupação em fazer com que a secretaria tenha sucesso em seus objetivos e propósitos. A proteção dessas pessoas é essencial para que sua cultura, seu povo e seus ensinamentos se mantenham vivos na história brasileira. Portanto, essa vivência foi uma quebra de paradigmas muito grande para quem não possuía conhecimento e base sobre esse cenário, ainda como fechamento tivemos um cine-debate que retratou a cultura e dificuldades dos povos indígenas atualmente.

Na visita ao hospital beneficente, compreendemos como funciona uma autarquia 100% SUS, que possui atendimento 24 horas e conta com um pronto atendimento, unidades de internação, leitos e um centro de diagnóstico. Segundo a equipe diretiva, o hospital atende média complexidade, conta com uma equipe multiprofissional e atualmente a maioria dos pacientes são de classe média e baixa. Diante disso, umas das principais dificuldades do hospital diz respeito aos funcionários com contrato temporário, que acarreta em uma rotatividade muito grande, o que prejudica o funcionamento interno. Mesmo assim, tivemos o prazer de conhecer profissionais muito competentes e prestativos. Além disso, outro aspecto apresentado foi a demora para compra de materiais, visto que ocorre por meio de licitação e muitas vezes o processo que já é muito burocrático, e deve ser, acaba ficando ainda mais demorado e complexo.

Na visita ao CAIS, os participantes conheceram e conversaram com funcionários de todos os setores, ouvindo histórias de atendimentos e principais dificuldades encontradas. Nesse território foi possível observar a gratidão dos pacientes atendidos, enfatizando a importância desse atendimento gratuito para a população. Ademais, os gestores observaram uma alta procura por atestados, fato que segundo eles prejudica o local, pois essas pessoas geram um gasto para a prefeitura e na realidade não precisam desse atendimento naquele momento, tirando a vaga de alguém que realmente esteja doente. Em contrapartida, é pertinente analisar como o excesso de trabalho é uma questão presente em nossa sociedade, tornando-se prejudicial em diversos aspectos. Nesse mesmo dia, tivemos o privilégio de

DOI: 10.51161/iv-conasus/85757

conhecer também uma UBS, com isso foi possível analisar as diferenças entre os dois e quando devemos utilizar cada serviço. Portanto, o CAIS tem uma abrangência municipal, conta com farmácia, médicos, enfermeiros, dentistas auxiliares, entre outros. Além disso, ele possui uma lógica curativa, atendimento por 18 horas em dias úteis e 12 horas em finais de semana, funcionando como pronto atendimento. Em contrapartida, a UBS contém uma abrangência territorial, acompanhamento de famílias, livre demanda e agendamentos. Ademais, conta com uma equipe de médicos, enfermeiros, agente de saúde, agentes de endemias, entre outros. A UBS funciona por uma lógica preventiva e funciona por 8 horas apenas em dias úteis.

Atualmente vivemos em uma sociedade capitalista, na qual o lucro é visto como prioridade, por meio de um viés neoliberalista, o trabalho é visto como o ponto central da vida de muitos indivíduos. Dessa forma, o bem-estar dos trabalhadores é, muitas vezes, deixado de lado em relação ao lucro e às horas de trabalho. Por isso, a busca de atestados é vista como uma "fuga" na qual o sujeito pode recorrer quando não há brechas no ambiente de trabalho. Em contrapartida, os indivíduos estão adoecendo por excesso de trabalho, altos índices de estresse, riscos psicossociais, sobrecarga, baixos salários, crise econômica, entre outros fatores, prejudicando não só a saúde física, mas também a saúde mental (Antunes, 2014). Logo, é imprescindível analisar a situação de maneira mais profunda e detalhada, levando todos esses aspectos em consideração, justamente para que tanto o SUS quanto outras políticas públicas sejam, de fato, eficientes.

Ainda assim, durante a vivência visitamos o CAPSi e CAPS II. Logo, foi possível observar que os espaços físicos não foram construídos com esse objetivo, possuindo muitas vezes estruturas não muito adequadas para esse fim. Segundo informações da coordenadora, as maiores fragilidades do local dizem respeito a deficiência de recursos pedagógicos, estrutura física e a falta de psiquiatra. Além disso, ocorre também alta rotatividade por conta de contratos temporários. Nesse território surgiram inúmeros sentimentos de tristeza, compaixão e angústia, mas fica perceptível o quanto esse espaço é importante para as pessoas e o quanto esses profissionais devem ser exaltados pelo trabalho realizado. Segundo relato dos próprios profissionais, o CAPS é o único local seguro e a única rede de apoio de muitos usuários, por isso o trabalho de alta enfrenta dificuldades, pois a maioria deles não quer receber alta. Essa situação é preocupante pois esse espaço tem o objetivo de auxiliar as pessoas por algum tempo, não sendo um local de permanência permanente. Essa prolongação de uso do local acaba aumentando os seus gastos, que não foram planejados com essa finalidade. A proposta desses espaços é baseada em ações que se destinam à reabilitação psicossocial, buscando autonomia e cidadania desses indivíduos, lhes oferecendo as condições necessárias para a reinserção do sujeito ao seu território, à sua família e comunidade.

Como fechamento, tivemos uma aula com a 6ª Coordenadoria de saúde que diz respeito à macrorregião norte do Rio Grande do Sul, da qual 62 municípios fazem parte. Durante a conversa debatemos questões sobre as políticas do ciclo de vida, as maiores dificuldades da região e programas utilizados. Nesse viés, segundo a coordenadoria, a alta demanda de trabalho administrativo e a falta de pessoal para esse trabalho são aspectos que merecem atenção. Além disso, segundo a coordenadoria trata-se de uma região com alto índice de malformações ao nascimento e a região com o maior número de indígenas, o que pede por políticas adequadas ao público, concordando com o que foi visto na experiência com a SESAI. Ainda assim, também foi possível capacitar-se sobre a teoria de como funcionam programas como o PIM (Primeira Infância Melhor), TEAcolhe, Rede bem cuidar, políticas transversais, tratamento diretamente observado, entre outras políticas. Inúmeros desses programas são exclusivos ou tiveram origem no RS, assim como o próprio VER-SUS, que teve sua primeira edição neste estado. O pioneirismo do estado com esses programas deve ser motivo de orgulho e alegria para os gaúchos usuários e estudantes da área da saúde, pois ele

DOI: 10.51161/iv-conasus/85757

nos mostra como a saúde é vista.

Em suma, a atenção primária diz respeito ao saneamento básico, a educação em saúde, programas materno-infantil, incluindo imunização e planejamento familiar, o tratamento apropriado das doenças e danos mais comuns, oferecimento de medicamentos essenciais, promoção de alimentação saudável e valorização das práticas complementares, além de ser uma estratégia de organização do SUS. Segundo Mendes *et al*. (2019), uma atenção primária à saúde adequada, tem a capacidade de captar e resolver grande parte dos problemas que se apresentam nos cuidados primários, sem direcionamento aos outros níveis do sistema. A normativa do SUS institui três níveis de atenção: atenção básica, de baixa complexidade, atenção de média complexidade e atenção de alta complexidade. Essa segmentação se baseia no nível das tecnologias utilizadas para uma melhor organização e manutenção dos serviços. Sendo assim, o SUS não diz respeito apenas à saúde, é um sistema que engloba outras esferas de nossa sociedade, o sujeito precisa ser visto em sua totalidade para que o sistema seja realmente universal, integral e com equidade. É muito interessante, portanto, como a saúde e as pautas sociais andam lado a lado e tem uma interdependência, como retratado anteriormente nas demais temáticas.

Desse modo, para a área da psicologia é muito interessante conhecer e entender como funcionam esses espaços e a importância deles na luta pela saúde mental. A partir da constituição do SUS, o psicólogo passou a ter uma inserção mais profunda, por meio de uma proposta de atenção à saúde mental pautada em um trabalho multiprofissional. Com o tempo, percebeu-se que o modelo de clínica tradicional da psicologia não considera as diferenças referente aos pacientes apresentados no cenário do SUS. Portanto, o trabalho desses profissionais pode estar voltado a intervenções grupais, visitas domiciliares, orientação de equipes, atendimento individual, avaliação da demanda, estudos de caso e a mediação entre comunidade e equipe de saúde. Além disso, as intervenções estão ligadas à prevenção de doenças por meio da mudança de hábitos e comportamentos, a educação em saúde e a promoção de qualidade de vida a partir das experiências grupais (Poupel, 2014).

Como foi visto no estágio, para muitos brasileiros, as políticas públicas do SUS são a única maneira de acessar a saúde e consequentemente obter qualidade de vida. Também foi possível observar por meio das visitas e conversas, que na atualidade há um senso comum entre parte da população de que o serviço do SUS é ruim. Entretanto vendo de perto como é sua organização e funcionamento, podemos ver como ele é importante e muito bem planejado, mas como nossa população é muito grande e o SUS muito abrangente, é compreensível que apareçam percalços como superlotação e demora de atendimento, até mesmo porque todos os cidadãos têm direito a esses serviços. Durante as vivências presenciou-se um enorme protagonismo feminino nesses espaços, tanto na gestão, na militância, e na própria organização das visitas. Sob essa perspectiva, é necessário valorizar esse protagonismo e a importância das mulheres na construção do SUS. O feminismo surgiu em um contexto no qual as mulheres eram desprovidas de direitos básicos, vendo o posicionamento delas sempre à frente desses espaços nos mostra a evolução desse movimento social também importante em nosso país (Davis, 2016).

4 CONCLUSÃO

A participação no VER-SUS possibilitou uma compreensão ampliada do funcionamento do Sistema Único de Saúde, revelando suas potencialidades e fragilidades. Dessa maneira, a experiência colabora para a qualificação profissional, a reflexão e a troca de conhecimentos entre áreas distintas. Além disso, quando a experiência promove a integração entre graduandos de cursos e lugares diferentes, ela possibilita a aprendizagem de inúmeros saberes que não necessariamente envolvem somente os locais visitados e amplia o olhar dos

DOI: 10.51161/iv-conasus/85757

estudantes como usuários também. A partir do momento que o sujeito entende o porquê dos processos, campanhas e projetos, passa a esforçar-se para colaborar para um bom funcionamento dos serviços públicos. Sendo assim, devem-se trabalhar ideias a fim de atenuar as fragilidades, bem como estudar as projeções futuras para que talvez se possa evitar outros problemas maiores, além de valorizar os acertos e os bons profissionais. Enquanto usuários e futuros profissionais, também temos os deveres de fiscalizar, cobrar e agir para aperfeiçoar o sistema e não o prejudicar. Trata-se de um trabalho do usuário em conjunto com a administração e os profissionais, porque é preciso entender que defender o SUS significa defender o direito à saúde, à cidadania e à justiça social.

A ideia norteadora deste relato de experiência foi incentivar a busca por conhecimento e a valorização do funcionamento da saúde pública, por meio de discussões e reflexões acerca das vivências. De igual modo, ainda, estimular os estudantes a participar das vivências do VER-SUS, bem como de outros projetos relacionados à saúde pública, porque todas as experiências durante o período de graduação são importantes e proveitosas de alguma maneira. Por fim, concluiu-se que o VER-SUS ao aproximar estudantes da realidade do sistema, torna-se um importante mecanismo de formação. Além de contribuir para os conhecimentos técnicos, o estágio favoreceu o desenvolvimento de competências fundamentais. Espera-se que as reflexões produzidas possam auxiliar na construção de profissionais preparados, sensíveis à necessidade da população e comprometidos com o fortalecimento do Sistema Único de Saúde.

REFERÊNCIAS

ANTUNES, R. Desenhando a nova morfologia do trabalho no Brasil. **Estudos Avançados**, 2014.

Brasil. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília: Diário Oficial da União; 1988.

DAVIS, A. **Mulheres, raça e classe.** Editora Boitempo, 2016.

LACERDA, R. F.; FEITOSA,S. F. Bem Viver: Projeto U-tópico e De-colonial. **Revista de Educação Universidade Federal de Pernambuco Caruaru**, v. 1, n. 1, 2015.

MENDES, E. V.; MATOS, M. A. B.; EVANGELISTA, M. J. O.; BARRA, R. P. **A construção social da atenção primária à saúde**. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2019.

OCUPAR: Mulheres, terra e luta. Direção: Projeto de formação ocupa: mulheres, terra e luta, 2024.

POUPEL, P. F. Psicologia na saúde pública. **Estudos contemporâneos da subjetividade**, v. 4, n.2, 2014.

SOUZA, A. S. A.; SAWAIA, B. B. A Saúde como Potência de Ação: uma análise do coletivo e de Comuna do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST). **Psicologia Política**, v. 16, n. 37, p. 305-320, 2016.

SOUZA, L. H. C.;BRUSTOLIN, R. D. Vivendo o Sistema Único de Saúde: relato de experiência de uma estudante de medicina no programa VER-SUS. **Revista Saúde em Redes,** v.11, n.5, 2025.

TERRA para Rose. Direção: Comissão de Direitos Humanos de Passo Fundo, 2017.

DOI: 10.51161/iv-conasus/85757

ENVELHECIMENTO POPULACIONAL E A IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS NA AMAZÔNIA OCIDENTAL: DESAFIOS E PERSPECTIVAS PARA A INTEGRALIDADE DO CUIDADO

SARA ELIS WINCKLER BOROWSKI; DENNIS PEREGRINO RODRIGUES ALVES

RESUMO

O envelhecimento populacional brasileiro tem ampliado a demanda por cuidados paliativos e evidenciado a necessidade de reorganização da assistência às pessoas com doenças crônicas avançadas no âmbito do Sistema Único de Saúde. Nesse contexto, a instituição da Política Nacional de Cuidados Paliativos representa um importante avanço para a organização da rede assistencial, embora sua implementação ainda enfrente desafios, especialmente na Amazônia Ocidental, em razão das desigualdades territoriais, das dificuldades de acesso aos serviços de saúde e da fragmentação da Rede de Atenção à Saúde. Diante desse cenário, o presente trabalho teve como objetivo analisar os principais desafios e perspectivas para a implementação da Política Nacional de Cuidados Paliativos na Amazônia Ocidental, considerando os impactos do envelhecimento populacional e a necessidade de fortalecimento da coordenação do cuidado. Trata-se de uma revisão de literatura, com abordagem qualitativa e caráter descritivo, realizada por meio de busca nas bases de dados PubMed, Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), utilizando descritores relacionados aos cuidados paliativos, envelhecimento populacional, idosos, cuidado integrado e região amazônica. Foram incluídos estudos publicados entre 2019 e 2026, em português e inglês, sendo os dados analisados de forma descritiva. Os resultados evidenciaram que a consolidação da política depende do fortalecimento da Atenção Primária à Saúde como coordenadora do cuidado, da integração entre os diferentes níveis assistenciais, da qualificação permanente das equipes multiprofissionais e da adaptação das estratégias de atenção às especificidades geográficas, sociais e culturais da Amazônia Ocidental. Em contrapartida, persistem desafios relacionados à fragmentação dos serviços, à insuficiente articulação da rede, às limitações estruturais e às dificuldades de acesso às populações residentes em áreas remotas. Conclui-se que a implementação efetiva da Política Nacional de Cuidados Paliativos poderá contribuir para a ampliação do acesso, a integralidade e a humanização da assistência à população idosa, embora sejam necessários investimentos na organização da rede de serviços, na capacitação profissional e na produção de evidências sobre sua aplicação na realidade amazônica.

Palavras-chave: Coordenação do cuidado; Sistema de Saúde; Transição Demográfica;

1 INTRODUÇÃO

A transição demográfica em curso no Brasil impõe ao sistema de saúde a necessidade de reorganizar a atenção às doenças crônicas, com destaque para os cuidados paliativos e de fim de vida. De acordo com projeções do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

DOI: 10.51161/iv-conasus/85764

(IBGE, 2024), a população com 60 anos ou mais poderá representar 37,8% da população brasileira em 2070. Esse cenário evidencia o aumento da demanda por cuidados paliativos e reforça a necessidade de fortalecimento das políticas voltadas à assistência de pessoas com doenças crônicas avançadas. Em resposta a essa demanda, o Ministério da Saúde instituiu, por meio da Portaria GM/MS nº 3.681/2024, a Política Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP), com o objetivo de ampliar e organizar a oferta desses cuidados no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2024). Entretanto, sua implementação ainda enfrenta desafios relacionados às desigualdades regionais, à escassez de profissionais qualificados e às dificuldades de acesso aos serviços de saúde, especialmente na Amazônia Ocidental, onde a extensa dimensão territorial e a dispersão populacional dificultam a organização da rede assistencial. Além disso, a fragmentação dos serviços e a ausência de integração entre os níveis de atenção comprometem a coordenação do cuidado e a qualidade da assistência em cuidados paliativos (WONG et al., 2020). Diante desse cenário, o presente trabalho tem como objetivo analisar os desafios e as perspectivas para a implementação da PNCP na Amazônia Ocidental, considerando os impactos da transição demográfica e a necessidade de fortalecimento da coordenação do cuidado à população idosa.

2 MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de uma revisão da literatura, com abordagem qualitativa e caráter descritivo. A busca bibliográfica foi realizada nas bases de dados PubMed, Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), utilizando os descritores "Palliative Care", "Population Aging", "Older Adults", "Integrated Care" e "Amazon Region". Foram incluídos artigos científicos publicados em português e inglês, no período de 2019 a 2026, relacionados aos desafios e às perspectivas para a implementação da Política Nacional de Cuidados Paliativos na Amazônia Ocidental. A seleção dos estudos foi realizada por meio da leitura dos títulos e resumos, seguida da leitura na íntegra dos artigos elegíveis. Os dados obtidos foram analisados de forma descritiva, possibilitando a síntese das evidências disponíveis sobre a temática.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise dos estudos selecionados evidenciou que a implementação da Política Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP) na Amazônia Ocidental enfrenta desafios relacionados à organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS), à coordenação do cuidado, à qualificação dos profissionais e às particularidades geográficas e socioculturais da região. Em contrapartida, as evidências apontam que o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS), a integração entre os diferentes níveis assistenciais e a adaptação das estratégias de cuidado ao contexto amazônico representam importantes perspectivas para a efetivação da política.

Carlini et al. (2022) identificaram que a continuidade do cuidado, a atuação de equipes multiprofissionais qualificadas e a comunicação efetiva entre profissionais, pacientes e familiares favorecem maior autonomia dos pacientes e melhor articulação dos serviços de saúde. Em contrapartida, falhas na coordenação assistencial estão associadas à fragmentação do cuidado, à indefinição de responsabilidades entre os profissionais e às dificuldades no manejo de sintomas, comprometendo a qualidade da assistência prestada no fim da vida. Esses achados corroboram os resultados de Wong et al. (2020), que destacam a fragmentação dos serviços e a insuficiente integração entre os diferentes pontos da rede como importantes obstáculos para a efetivação dos cuidados paliativos, além da necessidade de capacitação permanente dos profissionais e do fortalecimento da comunicação sobre prognóstico e planejamento antecipado dos cuidados.

No contexto brasileiro, Rodrigues et al. (2022) ressaltam que a Atenção Primária à Saúde ocupa posição estratégica na coordenação dos cuidados paliativos, sendo responsável pela identificação precoce das necessidades dos pacientes, pelo acompanhamento longitudinal e pela articulação entre os diferentes níveis da Rede de Atenção à Saúde. Entretanto, Silva et al. (2022) apontam que a implementação dos cuidados paliativos ainda enfrenta limitações importantes, como insuficiente qualificação das equipes, fragilidade na integração dos serviços, ausência de protocolos assistenciais e limitações estruturais da APS, fatores que dificultam a consolidação dessa assistência no Sistema Único de Saúde.

Ao relacionar esses achados à realidade da Amazônia Ocidental, observa-se que tais desafios tornam-se ainda mais expressivos em razão das especificidades territoriais da região. Segundo Garnelo (2019), a Amazônia Legal caracteriza-se por grandes extensões territoriais, baixa densidade populacional, dificuldades de transporte e comunicação, concentração dos serviços especializados nos centros urbanos e elevada diversidade sociocultural, com significativa presença de comunidades indígenas, ribeirinhas e rurais localizadas em áreas de difícil acesso. Essas condições dificultam a continuidade da assistência e a articulação da Rede de Atenção à Saúde, aspectos fundamentais para a implementação da PNCP.

Nesse cenário, experiências como as Unidades Básicas de Saúde Fluviais (UBSF) e as Equipes de Saúde da Família Fluvial demonstram a importância da adaptação das políticas públicas às especificidades amazônicas, ampliando o acesso às ações e aos serviços de saúde em localidades remotas (GARNELO, 2019). Essas estratégias mostram-se compatíveis com os princípios estabelecidos pela Política Nacional de Cuidados Paliativos, instituída pela Portaria GM/MS nº 3.681/2024, que propõe a integração dos cuidados paliativos em todos os níveis de atenção do SUS, fortalecendo a coordenação do cuidado e a assistência centrada nas necessidades dos pacientes e familiares (BRASIL, 2024). Dessa forma, a implementação da PNCP apresenta como principais vantagens a ampliação do acesso aos cuidados paliativos, o fortalecimento da coordenação da Rede de Atenção à Saúde, a qualificação da assistência ofertada pela Atenção Primária e a promoção de um cuidado mais integral, humanizado e centrado nas necessidades dos pacientes e familiares.

Outro aspecto recorrente na literatura refere-se ao impacto do envelhecimento populacional sobre a crescente demanda por cuidados paliativos. O aumento da expectativa de vida e da prevalência de doenças crônicas, multimorbidades e condições ameaçadoras da vida exige a reorganização da assistência em saúde. Nesse contexto, Mrejen et al. (2023) destacam que a acelerada transição demográfica brasileira impõe novos desafios ao Sistema Único de Saúde, reforçando a necessidade de políticas públicas voltadas ao cuidado da população idosa. Assim, a implementação da Política Nacional de Cuidados Paliativos configura-se como uma estratégia essencial para garantir cuidado integral, humanizado e contínuo à população idosa.

Como limitação desta revisão, destaca-se a reduzida quantidade de estudos que abordam especificamente a implementação da Política Nacional de Cuidados Paliativos na Amazônia Ocidental, uma vez que sua instituição é recente. Dessa forma, a discussão fundamentou-se na integração de evidências referentes à organização dos cuidados paliativos no Brasil, às especificidades da região amazônica e aos desafios relacionados ao envelhecimento populacional.

Em síntese, os estudos analisados demonstram que a implementação da PNCP na Amazônia Ocidental dependerá do fortalecimento da Atenção Primária à Saúde, da qualificação permanente das equipes, da integração efetiva da Rede de Atenção à Saúde e da

adaptação das estratégias assistenciais às características geográficas, sociais e culturais da região. Nesse sentido, os achados desta revisão reforçam a relevância da PNCP como instrumento capaz de promover maior integralidade, equidade e qualidade da assistência paliativa, especialmente diante do acelerado envelhecimento populacional e das desigualdades de acesso aos serviços de saúde observadas na Amazônia Ocidental.

4 CONCLUSÃO

O presente estudo permitiu analisar os principais desafios e perspectivas relacionados à implementação da Política Nacional de Cuidados Paliativos na Amazônia Ocidental, considerando o contexto do envelhecimento populacional e a necessidade de fortalecimento da integralidade do cuidado no Sistema Único de Saúde. A literatura analisada evidenciou que a coordenação do cuidado, a integração entre os diferentes níveis da Rede de Atenção à Saúde, a qualificação permanente dos profissionais e a adaptação das estratégias assistenciais às especificidades amazônicas são elementos fundamentais para a efetivação da política. Em contrapartida, a fragmentação dos serviços, as desigualdades territoriais e as dificuldades de acesso e comunicação permanecem como importantes obstáculos à consolidação da PNCP na região. Assim, conclui-se que o objetivo proposto foi alcançado, ao identificar os principais fatores que favorecem e dificultam sua implementação. Como limitação, destaca-se a escassez de estudos específicos sobre a implementação da PNCP na Amazônia Ocidental, decorrente de sua recente instituição. Dessa forma, recomenda-se o desenvolvimento de pesquisas que avaliem sua implementação, seus impactos na organização da Rede de Atenção à Saúde e seus efeitos sobre a qualidade da assistência prestada à população idosa, subsidiando o aprimoramento das políticas públicas de cuidados paliativos na região.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3.681, de 7 de maio de 2024. Institui a Política Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da alteração da Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 28 de setembro de 2017. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 22 maio 2024. Disponível em: https://www.in.gov.br/. Acesso em: 21 jul. 2026.

CARLINI, J.; BAHUDIN, D.; MICHALEFF, Z. A.; PLUNKETT, E.; SHÉ, É. N.; CLARK, J.; CARDONA, M. Discordance and concordance on perception of quality care at end of life between older patients, caregivers and clinicians: a scoping review. European Geriatric Medicine, v. 13, n. 1, p. 87-99, 2022. DOI: 10.1007/s41999-021-00549-6.

GARNELO, Luiza. Especificidades e desafios das políticas públicas de saúde na Amazônia. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 35, n. 12, e00220519, 2019. DOI: 10.1590/0102-311X00220519.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Projeções da população do Brasil e Unidades da Federação: 2000-2070. Rio de Janeiro: IBGE, 2024. Disponível em: https://www.ibge.gov.br/. Acesso em: 21 jul. 2026.

MREJEN, Matías; NUNES, Letícia; GIACOMIN, Karla. Envelhecimento populacional e saúde dos idosos: o Brasil está preparado? Estudo Institucional n. 10. São Paulo: Instituto de Estudos para Políticas de Saúde (IEPS), 2023. Disponível em: https://ieps.org.br/. Acesso em: 21 jul. 2026.

RODRIGUES, Luis Fernando; SILVA, João Felipe Marques da; CABRERA, Marcos. Cuidados paliativos: percurso na atenção básica no Brasil. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 38, n. 9, e00130222, 2022. DOI: 10.1590/0102-311XPT130222.

SILVA, T. C.; NIETSCHE, E. A.; COGO, S. B. et al. Cuidados paliativos na Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa de literatura. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v. 75, n. 1, e20201335, 2022. DOI: 10.1590/0034-7167-2020-1335.

WONG, Eliza Lai-Yi; KIANG, Nicole; CHUNG, Roger Yat-Nork; LAU, Janice; CHAU, Patsy Yuen-Kwan; WONG, Samuel Yeung-Shan; WOO, Jean; CHAN, Emily Ying-Yang; YEOH, Eng-Kiong. Quality of Palliative and End-Of-Life Care in Hong Kong: Perspectives of Healthcare Providers. International Journal of Environmental Research and Public Health, v. 17, n. 14, p. 5130, 2020. DOI: 10.3390/ijerph17145130.

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES NOTIFICADAS EM MARÍLIA(SP): ESTUDO COMPARATIVO COM O ESTADO DE SÃO PAULO (2021 - 2025)

STELLA DANTAS DE MELO; ISABELLE DA SILVA RAMOS; MARIA CLARA REBERTE PEREIRA; MARIELLA GOMES BERNARDI DE CARVALHO; GIOVANA AMORIM DA SILVA; PAULA SALES RODRIGUES

Introdução: A violência contra as mulheres representa um importante problema de saúde pública devido à sua elevada magnitude e às repercussões na saúde física, mental e social das vítimas. A caracterização do perfil epidemiológico, a partir das notificações do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) de casos suspeitos ou confirmados, permite identificar grupos mais vulneráveis e subsidiar o planejamento de políticas públicas voltadas à prevenção, vigilância e assistência. Nesse contexto, estudos comparativos entre diferentes territórios tornam-se fundamentais para compreender especificidades locais e orientar intervenções mais efetivas. **Objetivo:** Descrever e analisar o perfil epidemiológico das mulheres notificadas por caso suspeito ou confirmado de violência em Marília (SP) e compará-lo ao perfil observado no Estado de São Paulo entre 2021 e 2025. **Metodologia:** Trata-se de um estudo observacional, transversal, descritivo e comparativo, realizado com dados de domínio público, obtidos no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). As variáveis incluídas compreenderam faixa etária, escolaridade e etnia. O estudo comparou o perfil epidemiológico de violência contra a mulher na cidade de Marília (SP) com o estado de São Paulo no período de 2021 a 2025. **Resultados:** Foram analisadas 1.532 notificações de violência contra mulheres em Marília e 321.489 no estado de São Paulo, no período de 2021 a 2025. Em ambos os locais, predominou a faixa etária de 20 e 29 anos, correspondendo a 26,10% das notificações em Marília e 26,5% no estado. Quanto à escolaridade, o ensino médio completo foi a categoria mais frequente, representando 38,3% dos casos em Marília e 40,5% em São Paulo. Ao analisar a etnia/cor, observou-se predomínio de notificações por mulheres brancas, com maior proporção em Marília (59,9%) em comparação ao estado (51,7%) , seguidas pelas mulheres pardas, que correspondem a 31,3% e 36,9% das notificações, respectivamente. **Conclusão:** O perfil epidemiológico descrito nas notificações de violência contra as mulheres em Marília foi similar ao observado no estado de São Paulo, fortalecendo a necessidade de ações livres de julgamentos no acolhimento, prevenção, vigilância e assistência, contribuindo para o aprimoramento de políticas públicas de enfrentamento à violência contra a mulher.

Palavras-chave: **VIGILÂNCIA EM SAÚDE; VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER; NOTIFICAÇÃO DE AGRAVOS**

DOI: 10.51161/iv-conasus/85770

PROMOÇÃO DE SAÚDE RESPIRATÓRIA E LINHA DE CUIDADO DO CÂNCER DE PULMÃO NO SUS

SANDRA SILVA MARQUES; TALITA GOBBI; RODRIGO CHIARANTANO; GUSTAVO FAIBISCHEW PRADO; LETICIA LEONE LAURICELLA

RESUMO

Os sistemas de saúde em todo o mundo enfrentam desafios crescentes que ameaçam sua sustentabilidade e resiliência. O aumento da carga das doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs) contribuem diretamente para esse cenário. No Brasil, o câncer representa a segunda principal causa de morte, sendo o câncer de pulmão (CP) o tipo mais letal. Apesar de sua elevada taxa de mortalidade, a maioria dos casos de CP é prevenível, uma vez que o tabagismo é responsável por aproximadamente 85% dos casos. Por conta da inexistência de uma política nacional de detecção precoce e uma linha de cuidado do CP no Sistema Único de Saúde (SUS), cerca de 85% dos pacientes ainda são diagnosticados em estágios avançados. Diretrizes médicas nacionais e internacionais recomendam o rastreamento de populações de alto risco por meio de tomografia computadorizada de baixa dosagem (TCBD), estratégia capaz de reduzir a mortalidade por CP, especialmente quando associada ao programa de cessação do tabagismo. Para endereçar esse desafio, este manuscrito propõe uma linha de cuidado inédita para CP no SUS, desenvolvida por meio de metodologia em múltiplas etapas, que incluiu análise de programas de rastreamento no Estado de São Paulo, entrevistas com especialistas e oficinas de validação com gestores de saúde nos níveis estadual e municipal. A proposta integra ações de prevenção, rastreamento, diagnóstico, tratamento e acompanhamento, posicionando a Atenção Primária à Saúde (APS) como coordenadora central dos fluxos de cuidado na Rede de Atenção à Saúde. A experiência enfatiza a sinergia entre os programas de cessação do tabagismo e a implementação do rastreamento de CP, aproveitando a capilaridade da APS para identificar indivíduos elegíveis, promover saúde respiratória e garantir a continuidade do cuidado. Para isso, também foram definidos indicadores-chave de desempenho para monitorar a implantação da linha de cuidado e apoiar a organização dos serviços no SUS.

Palavras-chave: Cessação do tabagismo; Tomografia computadorizada; Atenção primária.

1 INTRODUÇÃO

Os sistemas de saúde em todo o mundo enfrentam desafios que ameaçam sua sustentabilidade e resiliência. Assim como outros países que passam por transições demográficas e epidemiológicas, o Brasil apresenta expressivo crescimento da carga de doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs). O câncer é um dos principais componentes dessa mudança, sendo a segunda causa de morte após as doenças cardiovasculares e já é a principal causa de mortalidade em 10% dos municípios brasileiros (OMS, 2023; Brasil, 2021b; Observatório da Oncologia, 2022).

DOI: 10.51161/iv-conasus/85774

O câncer de pulmão (CP) é o câncer mais letal no Brasil e ocupa a terceira posição em incidência entre os homens e a quarta entre as mulheres (IARC, [s.d.]; INCA, 2022). Apesar de sua elevada taxa de mortalidade, a maioria dos casos de CP é prevenível, uma vez que o tabagismo é responsável por aproximadamente 85% dos casos.

Por conta da inexistência de uma política nacional de detecção precoce e uma linha de cuidado do CP no Sistema Único de Saúde (SUS), cerca de 85% dos pacientes ainda são diagnosticados em estágios avançados, resultando em sobrevida em cinco anos inferior a 20% (SBPT, 2024). Esse diagnóstico tardio não apenas agrava os desfechos clínicos, como também gera alto impacto socioeconômico no Brasil. Um estudo estimou custos totais (diretos e indiretos) de CP no valor de R$ 1,3 bilhão em 2019 e um terço dos óbitos ocorreram em indivíduos abaixo da idade de aposentadoria, resultando em perdas significativas de produtividade para o País (Insper, 2023).

Diretrizes de sociedades científicas nacionais e internacionais recomendam o rastreamento de populações de alto risco por meio de tomografia computadorizada de baixa dosagem (TCBD), capaz de reduzir a mortalidade por CP em pelo menos 20% e em até 38% quando combinada à cessação do tabagismo. No Brasil, o consenso recomenda TCBD para indivíduos de alto risco, com idade entre 50 e 80 anos, sendo eles fumantes com carga tabágica de mais de 20 anos-maço ou ex-fumantes que cessaram há menos de 15 anos (SBPT, 2024).

No que tange às estratégias de políticas públicas de saúde, a detecção precoce tem se tornado um dos elementos cada vez mais relevantes. A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2025), por meio da Resolução de Saúde Pulmonar de 2025, reconhece a saúde respiratória como componente essencial da saúde pública e defende estratégias abrangentes que abordem fatores de risco, prevenção, detecção precoce e tratamento, fortalecendo a atenção primária e promovendo sistemas de saúde mais equitativos e sustentáveis.

No contexto brasileiro, a Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer reforça a necessidade de integrar promoção da saúde, rastreamento, diagnóstico e cuidado em rede, com papel estratégico da APS (Brasil, 2023). O programa “Tem Especialistas” prevê Ofertas de Cuidados Integrados (OCI) para agilizar exames e consultas especializadas, promovendo o manejo oportuno de diversos tipos de câncer (CONASEMS, 2024).

Além disso, o Ministério da Saúde estabelece linhas de cuidado como diretrizes clínicas e organizacionais, desde a atenção primária até os serviços especializados para definir o itinerário ideal do usuário dentro do SUS (Brasil, [s.d.]). No âmbito de doenças respiratórias, embora existam linhas de cuidado para tabagismo, doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), asma e tuberculose, ainda não há uma linha específica para CP (Brasil, 2025).

Considerando esse cenário desafiador para CP e as políticas públicas nacionais e internacionais que promovem detecção precoce, este manuscrito tem como objetivo apresentar uma proposta inédita de linha de cuidado para CP no SUS, reforçando políticas de controle do tabaco, incorporando a detecção precoce e ampliando a promoção da saúde respiratória na APS.

2 MATERIAIS E MÉTODOS

A proposta do manuscrito foi desenvolvida por meio de abordagem qualitativa e participativa, estruturada em etapas de consulta e validação técnica, entre elas: (1) mapeamento estruturado de iniciativas existentes de rastreio de CP no Estado de São Paulo; (2) entrevistas semiestruturadas com representantes de sociedades científicas para a criação da linha de cuidado; e (3) oficinas de workshop com gestores municipais de saúde, especificamente representantes da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Botucatu e da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP) para validação da proposta.

Este estudo foi financiado pela AstraZeneca, sendo que parte das entrevistas e oficinas foram conduzidas com apoio de duas consultorias externas: PEV Healthcare Consulting e Patient Centricity Consulting. Os resultados das entrevistas, mapeamentos e oficinas foram

sintetizados pelos autores e revalidados para assegurar consistência, confiabilidade e coerência da proposta. Registra-se que nenhum representante da SMS de Botucatu ou da SES-SP recebeu qualquer pagamento financeiro da empresa, garantindo a isenção do conteúdo.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Sobre o mapeamento de iniciativas de prevenção e rastreio de CP já existentes, foram identificados dois programas de destaque no Estado de São Paulo. Em Barretos, o Hospital de Amor implementou, em 2019, um programa integrado utilizando uma unidade móvel de tomografia computadorizada de baixa dose (TCBD), associada a ações de cessação do tabagismo. A iniciativa identificou 233 indivíduos de alto risco, sendo que 13% interromperam o tabagismo após um ano de acompanhamento, e três casos de CP foram diagnosticados em estágio inicial (Chiarantano et al., 2022).

Em Botucatu, o Programa INSPIRE, lançado em 2023 pelo Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu, oferece serviços multidisciplinares voltados à prevenção e à detecção precoce de doenças respiratórias, incluindo CP. O programa disponibiliza exames diagnósticos, como espirometria e TCBD, além de realizar acompanhamento longitudinal dos pacientes (UNESP, 2023).

Com base nessas experiências locais, a linha de cuidado proposta posiciona a APS como principal porta de entrada e coordenadora do cuidado na Rede de Atenção à Saúde (RAS). A capilaridade da APS e proximidade com as comunidades tornam esse nível de atenção um componente estratégico do sistema de saúde. Os especialistas identificaram a APS como o nível mais adequado para coordenar linhas de cuidado voltadas às doenças respiratórias, posicionando a linha de cuidado de tabagismo como eixo central, por meio do fortalecimento dos programas de cessação do tabagismo.

Os participantes enfatizaram o papel estratégico dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e dos profissionais de saúde dos programas de cessação do tabagismo na identificação de indivíduos elegíveis para detecção precoce de doenças respiratórias. Por meio de ações territoriais e visitas domiciliares, esses profissionais contribuem para a promoção da saúde, orientação dos usuários e garantia da continuidade do cuidado. Nesse sentido, a capacitação contínua de equipes multiprofissionais, incluindo médicos, enfermeiros, psicólogos, nutricionistas, farmacêuticos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, cirurgiões-dentistas, entre outros, foi identificada como componente essencial para a implementação efetiva.

Com o objetivo de evitar a sobrecarga dos serviços diagnósticos e reduzir as filas de espera, os especialistas ressaltaram a importância de otimizar a organização dos encaminhamentos na RAS. Para otimizar o acesso aos exames diagnósticos, especialmente à espirometria e à TCBD, foi sugerida a adoção de estratégias simples de convocação populacional na APS. A distribuição das atividades ao longo do ano é fundamental para prevenir concentrações de procura e favorecer o uso mais eficiente dos recursos disponíveis. Entre as alternativas apontadas, destaca-se o convite aos indivíduos elegíveis de acordo com o mês de nascimento, medida que pode contribuir para uma demanda mais equilibrada e melhor organização dos serviços. Outra possibilidade é a integração das ações de rastreamento a campanhas já consolidadas, como o Outubro Rosa e o Novembro Azul.

As tecnologias digitais também foram consideradas elementos estratégicos para apoiar a identificação, o acompanhamento e a gestão dos usuários. Sistemas de informação com alertas automáticos, por exemplo, poderiam sinalizar às equipes da APS os períodos de reavaliação dos pacientes, favorecendo um seguimento mais sistemático e oportuno. Soluções de saúde digital como o aplicativo Poupatempo, disponibilizado pelo Governo do Estado de São Paulo, ilustram o potencial dessas tecnologias para aprimorar a comunicação, facilitar o acesso aos serviços e fortalecer a coordenação do cuidado em toda a RAS.

Abordagem mínima: conexão entre cessação do tabagismo e CP

Segundo o Ministério da Saúde, a abordagem do programa de cessação inclui quatro etapas, e os especialistas deste manuscrito sugerem acrescentar um quinto item na interação com o usuário do SUS: (1) Perguntar sobre o uso de tabaco; (2) Avaliar a disposição para parar; (3) Aconselhar a cessação do tabagismo com mensagens claras e personalizadas; (4) Preparar para a cessação (5) Convidar para um programa de check-up de saúde respiratória.

Como parte da abordagem mínima, independentemente de o usuário do SUS estar ou não disposto a parar de fumar, o profissional de saúde deve considerar os critérios a seguir para convidá-lo ao check-up respiratório, incluindo o programa de rastreamento de CP (Tabela 1).

Tabela 1 – Abordagem mínima integrada para usuários tabagistas na APS

Situação do Usuário: Não disposto a parar de fumar	Situação do Usuário: Disposto a parar de fumar
Conduta Profissional e Ações Recomendadas: • Discutir riscos e benefícios; • Estimular reflexão; • Convidar para o check-up respiratório conforme critérios de idade.	Conduta Profissional e Ações Recomendadas: • Pactuar data; • Orientar estratégias de manejo de fissura/abstinência; • Encaminhar ao grupo de apoio; • Convidar para o check-up respiratório.

Nessa abordagem, gestores municipais e estaduais defenderam a implementação de um programa estruturado de detecção precoce, incluindo rastreio de CP, com foco na promoção da saúde, tirando o foco da doença. Essa estratégia de comunicação emergiu como elemento central desse processo e foi apontada como uma estratégia capaz de ampliar o engajamento e a participação da população em iniciativas de prevenção e detecção precoce. Em vez de enfatizar a detecção de doenças ou do câncer, os participantes destacaram os benefícios de mensagens voltadas à saúde respiratória e ao bem-estar.

Aconselhamento para pacientes elegíveis ao rastreamento de CP

Quando um paciente atende aos critérios de idade e histórico de tabagismo para rastreamento de CP, o profissional de saúde deve determinar se o paciente é sintomático ou assintomático (Tabela 2).

Tabela 2 – Critérios de rastreamento e encaminhamento para Atenção Especializada

Encaminhamento Especializado (Sintomáticos/Fora de Perfil)	Check-up e Rastreamento por TCBD (Assintomáticos)
• Idade > 80 anos; • Cessação > 15 anos; • Sintomas: tosse persistente, hemoptise, dispneia, dor torácica, perda ponderal.	• Idade: 50 a 80 anos; • Tabagista atual com carga ≥ 20 anos-maço; • Ex-tabagista com carga ≥ 20 anos-maço e cessação < 15 anos.

Quanto à avaliação dos processos de encaminhamento e seguimento na APS, recomenda-se a adoção de ações de pactuação de metas de cuidado, monitoramento de recaídas e satisfação do paciente registradas em prontuário eletrônico.

Encaminhamento para Atenção Especializada (AE)

Para usuários encaminhados pela APS para rastreamento de CP, o Ambulatório Médico de Especialidades (AME) ou uma unidade com serviço de radiologia será responsável pela realização da TCBD. Após o exame, a atenção especializada é responsável pela padronização dos laudos via Lung-RADS, exames de confirmação/estadiamento (PET-CT, RM) e discussão multidisciplinar prévia ao tratamento.

Indicadores de Monitoramento da Linha de Cuidado do Câncer de Pulmão

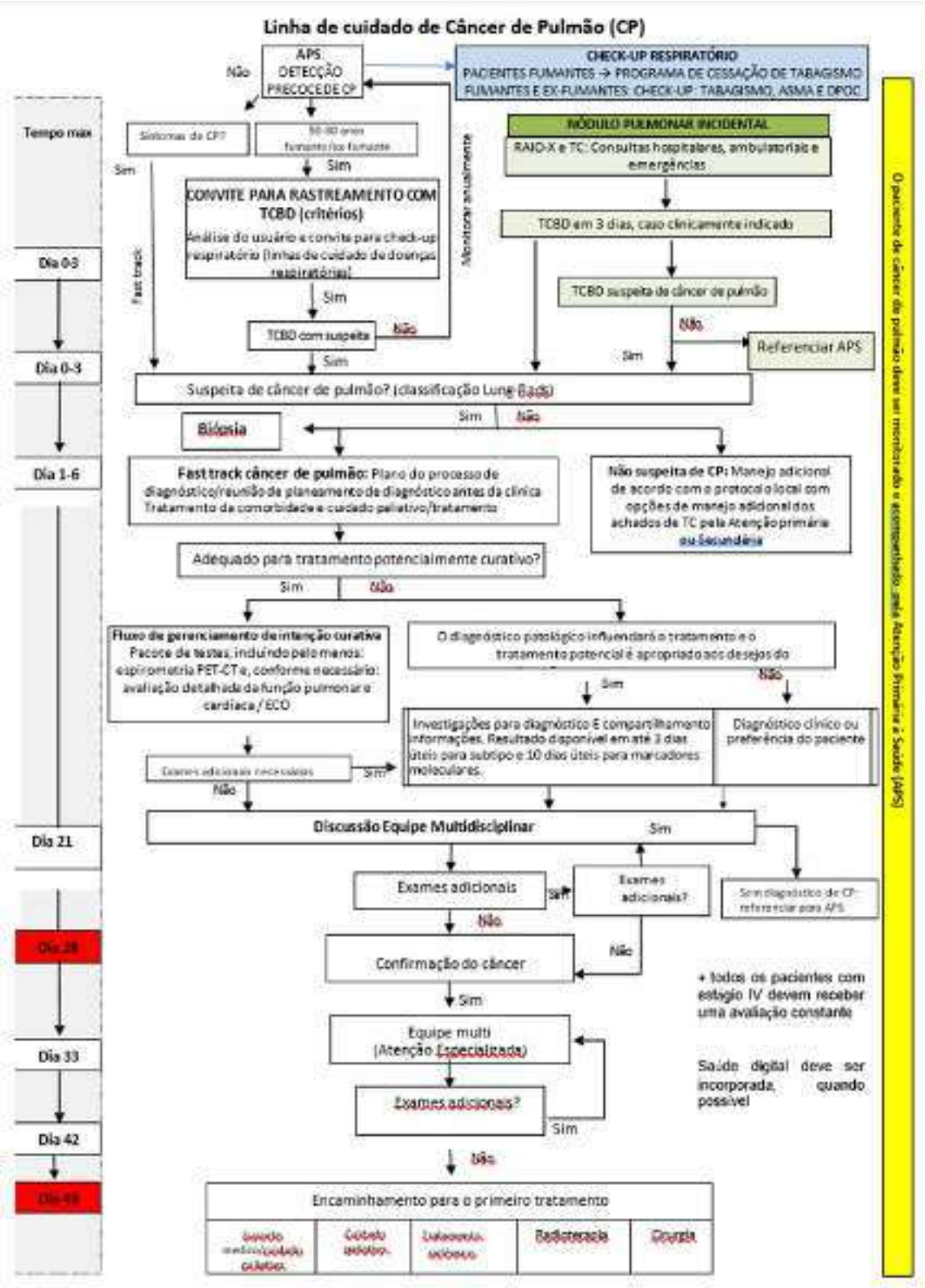
A gestão da linha de cuidado orienta-se por 7 indicadores fundamentais: (1) proporção de elegíveis identificados; (2) cobertura de rastreamento por TCBD; (3) taxa de exames alterados (Lung-RADS 3/4); (4) taxa de seguimento de exames alterados; (5) taxa de cessação do tabagismo; (6) taxa de detecção precoce (estágios I/II); e (7) taxa de mortalidade por CP.

DOI: 10.51161/iv-conasus/85774

Fluxo da linha de cuidado de câncer de pulmão

A fim de otimizar o percurso do paciente com CP, a linha de cuidado estabelece um fluxo integrado com acompanhamento transversal pela APS e prazos operacionais definidos, conforme representado na Figura 1 a seguir.

Figura 1 – Fluxograma da Linha de Cuidado do Câncer de Pulmão (CP) no SUS



Fonte: Elaborado pelos autores.

DOI: 10.51161/iv-conasus/85774

4 CONCLUSÃO

A implementação de uma linha de cuidado integrada de câncer de pulmão no SUS, coordenada pela Atenção Primária e articulada à cessação do consumo do tabaco, representa um avanço estrutural para a saúde pública brasileira. Ao articular a busca ativa, a TCBD e prazos assistenciais bem delimitados, a proposta oferece um modelo factível para elevar a detecção em estágios iniciais, reduzir custos em saúde e transformar os índices de sobrevida dessa neoplasia no Brasil.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Lei nº 14.758, de 29 de dezembro de 2023. Institui a **Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília, DF: Presidência da República, 2023. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2023/lei/l14758.htm. Acesso em: 15 jul. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Indicadores de saúde: conceitos e aplicações**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Linha de cuidado da asma**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, [s.d.]. Disponível em: https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/asma/. Acesso em: 15 jul. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Linha de cuidado da doença pulmonar obstrutiva crônica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, [s.d.]. Disponível em: https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/doenca-pulmonar-obstrutiva-cronica/unidade-de-atencao-primaria/. Acesso em: 15 jul. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Linha de cuidado da tuberculose**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/publicacoes/2021/linha-de-cuidado-da-tuberculose/view. Acesso em: 15 jul. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Linha de cuidado do tabagismo**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, [s.d.]. Disponível em: https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/tabagismo/definicao-tabagismo/. Acesso em: 15 jul. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Linhas de cuidado: portal**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, [s.d.]. Disponível em: https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/. Acesso em: 15 jul. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas e agravos não transmissíveis no Brasil 2021-2030**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: https://www.gov.br/saude. Acesso em: 15 jul. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/atencao-basica/pnab. Acesso em: 15 jul. 2026.

CHIARANTANO, R. S.; VAZQUEZ, F. L.; FRANCO, A.; FERREIRA, L. C.; COSTA, M. C.; TALARICO, T. **Implementation of an integrated lung cancer prevention and screening**

program using a mobile computed tomography unit in Brazil. *Cancer Control*, v. 29, p. 1-10, 2022.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE**. Programa Mais Acesso a Especialistas**. Brasília, DF: CONASEMS, [s.d.]. Disponível em: https://cosemsgo.org.br/wp-content/uploads/2024/06/apresentacao-do-programa-mais-acesso-a-especialistas.pdf. Acesso em: 15 jul. 2026.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Estimativa 2023: incidência de câncer no Brasil.** Rio de Janeiro: INCA, 2022. Disponível em: https://www.inca.gov.br/estimativa. Acesso em: 15 jul. 2026.
INSPER. Núcleo de Saúde e Políticas Públicas. *Relatório*. São Paulo: Insper, 2023. Disponível em: https://www.insper.edu.br/wp-content/uploads/2023/08/Relatorio-Nucleo-Saude-Politicas-Publicas-agosto-2023.pdf. Acesso em: 15 jul. 2026.

INTERNATIONAL AGENCY FOR RESEARCH ON CANCER. **Global Cancer Observatory: Cancer Today – Brazil.** Lyon: IARC, [s.d.]. Disponível em: https://gco.iarc.fr/. Acesso em: 15 jul. 2026.

NHS ENGLAND. **Implementing a timed lung cancer diagnostic pathway**. Londres: NHS England, [s.d.]. Disponível em: https://www.england.nhs.uk/long-read/implementing-a-timed-lung-cancer-diagnostic-pathway/. Acesso em: 15 jul. 2026.

OBSERVATÓRIO DE ONCOLOGIA. **Câncer como a primeira causa de morte nos municípios brasileiros**. São Paulo: Observatório de Oncologia, 2022. Disponível em: https://observatoriodeoncologia.com.br/estudos/outros-estudos/mortalidade/2022/cancer-como-a-primeira-causa-de-morte-nos-municipios-brasileiros/. Acesso em: 15 jul. 2026.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Resolution WHA78.5: integrated emergency, critical and operative care**. Geneva: WHO, 2025. Disponível em: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA78/A78_R5-en.pdf. Acesso em: 15 jul. 2026.

POUPATEMPO. **Carta de serviços ao usuário**. São Paulo: Poupatempo, [s.d.]. Disponível em: https://www.poupatempo.sp.gov.br/carta/A67F1A42-E65E-46EF-B9B8-23979DD5E960. Acesso em: 15 jul. 2026.

SÃO PAULO (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. **Política estadual de controle do tabagismo**. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde, 2024. Disponível em: https://ses.sp.bvs.br/wp-content/uploads/2024/01/E_R-SS-9_230124.pdf. Acesso em: 15 jul. 2026.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA. **Rastreamento do câncer de pulmão no Brasil**: recomendações da Sociedade Brasileira de Cirurgia Torácica, Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia e Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem. Jornal Brasileiro de Pneumologia, Brasília, v. 50, n. 4, e20230233, 2024. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jbpneu/a/HnjpJqTxKc5Fbyh7KCYq7hN/>. Acesso em: 15 jul. 2026.

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA. Faculdade de Medicina de Botucatu. **Programa INSPIRE: avanços em saúde respiratória.** Botucatu: UNESP, [s.d.]. Disponível em:

https://www.fmb.unesp.br/#!/noticias/v/id::3366/programa-inspire-saude-respiratoria-avanca-em-capacitacao/. Acesso em: 15 jul. 2026.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. TelessaúdeRS-UFRGS. **Nódulo pulmonar incidental: abordagem clínica.** Porto Alegre: TelessaúdeRS-UFRGS, 2024. Disponível em: https://www.ufrgs.br/telessauders/perguntas/o-que-e-o-nodulo-pulmonar-incidental-e-qual-a-conduta-diante-da-sua-identificacao/. Acesso em: 15 jul. 2026.

ORGANIZAÇÃO DA PORTA DE ENTRADA PARA REABILITAÇÃO INFANTIL BASEADA NA FUNCIONALIDADE: RELATO DE EXPERIÊNCIA EM UM SERVIÇO PÚBLICO

BIANCA APARECIDA RODRIGUES NASCIMENTO

RESUMO

O aumento da demanda por serviços públicos de reabilitação infantil, especialmente relacionado ao acompanhamento de crianças com suspeita ou diagnóstico de Transtorno do Espectro Autista e outros transtornos do neurodesenvolvimento, tem evidenciado desafios na organização do acesso, definição de prioridades e direcionamento terapêutico. Este trabalho tem como objetivo relatar a experiência de implantação de um modelo de organização da porta de entrada baseado na funcionalidade em um serviço municipal de reabilitação infantil. Trata-se de um relato de experiência desenvolvido em um Núcleo de Assistência Inclusiva do município de Ibiúna/SP, com implantação iniciada em janeiro de 2026. O modelo estruturou um fluxo composto por cadastro inicial, preenchimento de questionário pelos responsáveis, avaliação físico-funcional global fundamentada nos princípios da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), aplicação complementar da Autism Behavior Checklist (ABC) e definição de prioridades assistenciais por meio de critérios funcionais e clínicos. A avaliação possibilitou direcionar cada criança para as modalidades terapêuticas mais compatíveis com suas necessidades, considerando a atuação integrada das diferentes categorias profissionais. Entre janeiro e junho de 2026, 81 crianças foram avaliadas pelo novo fluxo, resultando na organização de 105 atendimentos terapêuticos semanais distribuídos entre Terapia Ocupacional, Fisioterapia, Psicomotricidade e Psicologia. No período, foram registradas altas terapêuticas em diferentes áreas e todas as crianças avaliadas iniciaram acompanhamento em pelo menos uma modalidade terapêutica, com tempo entre avaliação e início do atendimento variando de zero a três semanas. A implantação do fluxo também possibilitou a criação de indicadores assistenciais, critérios para revisão dos planos terapêuticos e maior organização da gestão do cuidado. A experiência demonstra que uma porta de entrada estruturada e baseada na funcionalidade pode qualificar o acesso aos serviços de reabilitação, favorecer decisões clínicas mais assertivas e contribuir para uma assistência multiprofissional mais integrada, com potencial de adaptação para outros serviços públicos de características semelhantes.

Palavras-chave: Acesso aos serviços de saúde; Cuidado multiprofissional; Desenvolvimento infantil

1 INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, os serviços públicos de reabilitação infantil têm enfrentado um aumento expressivo da demanda por atendimento, impulsionado principalmente pelo

DOI: 10.51161/iv-conasus/85775

crescimento da procura por avaliação e intervenção de crianças com suspeita ou diagnóstico de Transtorno do Espectro Autista (TEA) e outros transtornos do neurodesenvolvimento. Paralelamente, tornou-se cada vez mais frequente a emissão de encaminhamentos com indicação de acompanhamento multiprofissional, muitas vezes sem especificação das necessidades funcionais da criança ou dos critérios para definição das prioridades assistenciais.

Esse cenário tem desafiado os serviços na estruturação do acesso, favorecendo filas prolongadas, distribuição desigual das demandas entre as diferentes categorias profissionais e dificuldades na definição do plano terapêutico mais adequado. Modelos de organização do cuidado baseados predominantemente no diagnóstico podem não contemplar integralmente a variabilidade funcional apresentada pelas crianças, uma vez que condições clínicas semelhantes podem apresentar diferentes impactos na funcionalidade, participação e autonomia.

A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), proposta pela Organização Mundial da Saúde (OMS), apresenta um modelo biopsicossocial que amplia a compreensão da saúde ao considerar não apenas a condição de saúde, mas também as funções e estruturas corporais, atividades, participação e fatores ambientais envolvidos no desempenho funcional (WHO, 2001). Para a população infantil, a versão da CIF para Crianças e Jovens (CIF-CY) reforça a importância de compreender o desenvolvimento considerando o contexto de vida da criança e suas possibilidades de participação (WHO, 2007).

Nesse contexto, a organização de uma porta de entrada qualificada torna-se estratégica para garantir um acesso oportuno, equitativo e centrado nas necessidades dos usuários. A Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde destaca a importância da organização dos fluxos assistenciais e da definição de critérios que favoreçam o acesso equânime aos serviços, contribuindo para a utilização adequada dos recursos disponíveis (Brasil, 2008). O cuidado baseado na funcionalidade e na participação aproxima-se das recomendações atuais para o atendimento de crianças com deficiência e transtornos do neurodesenvolvimento, valorizando práticas integradas, centradas na criança e na família (Rosenbaum; Gorter, 2012).

Diante desse cenário, o presente trabalho tem como objetivo relatar a experiência de implantação de um modelo de organização do acesso baseado na funcionalidade em um serviço municipal de reabilitação, descrevendo sua estrutura, os critérios de priorização adotados e suas contribuições para a qualificação do acesso, da tomada de decisão clínica e da organização do cuidado multiprofissional.

2 RELATO DE CASO/EXPERIÊNCIA

O relato refere-se à implantação de um modelo de organização do acesso em um serviço municipal de reabilitação localizado no município de Ibiúna, São Paulo, destinado prioritariamente ao atendimento de crianças de 0 a 11 anos com deficiência, embora também assista adolescentes e adultos. A implantação teve início em janeiro de 2026 e permanece em processo de consolidação, constituindo atualmente o protocolo institucional de porta de entrada do serviço.

Anteriormente, os encaminhamentos eram organizados predominantemente por ordem cronológica, sem critérios padronizados de classificação funcional ou priorização clínica. O aumento da demanda por crianças com suspeita ou diagnóstico de Transtorno do Espectro Autista (TEA) e outros transtornos do neurodesenvolvimento, aliado à crescente emissão de encaminhamentos com indicação inespecífica de acompanhamento multiprofissional, evidenciou a necessidade de estruturar uma porta de entrada capaz de identificar as reais

necessidades funcionais dos usuários e direcioná-los de forma mais assertiva às diferentes especialidades da equipe.

O fluxo inicia-se com o cadastro da criança e o preenchimento, pelos responsáveis, de um questionário estruturado, cujas respostas geram uma matriz inicial de identificação das necessidades assistenciais, representando hipóteses iniciais sobre as necessidades assistenciais e a possível prioridade de atendimento. Essas hipóteses não definem o encaminhamento, sendo posteriormente confirmadas, complementadas ou refutadas por meio de uma avaliação físico-funcional global fundamentada na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). Diferentemente de uma avaliação direcionada à queixa específica, esse processo busca compreender a funcionalidade da criança de forma integral, subsidiando a tomada de decisão clínica independentemente do diagnóstico ou da especialidade inicialmente sugerida.

A avaliação foi estruturada utilizando testes clínicos padronizados e instrumentos de domínio público, incluindo instrumentos relacionados aos domínios de mobilidade, força, equilíbrio e desenvolvimento motor, conforme faixa etária e condição clínica. Essa estratégia permitiu a implantação de um protocolo factível, reprodutível e compatível com a realidade do serviço público, sem dependência de instrumentos patenteados ou de alto custo. O protocolo foi desenvolvido para aplicação por profissionais da área do movimento previamente capacitados, favorecendo sua sustentabilidade e potencial de replicação em outros serviços com características semelhantes.

Como suporte à classificação funcional, foi desenvolvida uma matriz de priorização própria do serviço, baseada em domínios relacionados à mobilidade, controle postural, coordenação motora global, autocuidado, participação escolar e regulação sensorial com impacto motor. Cada domínio recebe pontuação proporcional ao grau de comprometimento funcional, permitindo estratificar a prioridade assistencial de forma padronizada.

Além da pontuação funcional, foram estabelecidos critérios adicionais de priorização clínica, contemplando crianças menores de dois anos, doenças neurodegenerativas, risco de deformidades, regressão funcional documentada e risco de perda de habilidades previamente adquiridas. Também foram definidos critérios administrativos para situações de maior vulnerabilidade, incluindo solicitações técnicas provenientes da rede escolar, casos acompanhados pela rede de proteção ou pelo Ministério Público e outras condições sociais que justificassem priorização no acesso.

Como complemento à avaliação inicial, é aplicada a Autism Behavior Checklist (ABC) - versão brasileira, utilizada exclusivamente como instrumento auxiliar para compreensão do perfil comportamental e apoio à definição das prioridades terapêuticas, especialmente quanto à necessidade de acompanhamento psicológico, não sendo empregada como instrumento diagnóstico para o Transtorno do Espectro Autista.

A partir da integração dessas informações, a criança é encaminhada para a especialidade ou combinação de especialidades mais compatível com suas necessidades funcionais e com a expertise de cada categoria profissional. Cada área realiza avaliação específica e elabora o plano terapêutico individualizado. O fluxo prevê, ainda, a possibilidade de reavaliação por outro profissional em casos de discordância técnica quanto ao encaminhamento inicialmente proposto, fortalecendo a segurança do processo decisório e a qualidade da assistência prestada.

Além de reorganizar a porta de entrada, a implantação do fluxo passou a produzir indicadores assistenciais anteriormente inexistentes, possibilitando o monitoramento da demanda, a distribuição dos encaminhamentos entre as especialidades, a revisão sistemática dos planos terapêuticos, a definição de critérios para alta e o acompanhamento da qualidade do cuidado ofertado. Embora o processo ainda esteja em fase de consolidação, esses

mecanismos passaram a subsidiar decisões clínicas e gerenciais, contribuindo para o planejamento das ações do serviço e para a utilização mais racional dos recursos disponíveis.

3 DISCUSSÃO

A organização dos serviços de reabilitação infantil representa um desafio crescente diante do aumento da demanda por acompanhamento especializado, especialmente relacionada aos transtornos do neurodesenvolvimento. Diretrizes nacionais destacam a necessidade de uma atenção integral, articulada e multiprofissional para crianças com TEA, considerando suas necessidades individuais e os diferentes níveis de suporte requeridos ao longo do desenvolvimento (Brasil, 2015).

Os resultados observados após a implantação do fluxo demonstram uma mudança na lógica de organização do acesso ao serviço. O encaminhamento deixou de ser definido exclusivamente pela ordem cronológica ou pelo diagnóstico apresentado e passou a considerar aspectos funcionais, clínicos e contextuais, alinhando-se ao modelo biopsicossocial proposto pela CIF (WHO, 2001). Essa mudança torna-se relevante diante da heterogeneidade das necessidades funcionais presentes na população atendida em reabilitação infantil, uma vez que a organização da demanda baseada exclusivamente em filas cronológicas pode não responder adequadamente às diferentes prioridades clínicas e assistenciais apresentadas pelas crianças.

A utilização da funcionalidade como eixo norteador permitiu compreender que diferentes crianças com diagnósticos semelhantes podem apresentar necessidades terapêuticas distintas, tornando necessário um planejamento individualizado. Essa perspectiva está relacionada ao conceito de participação e às dimensões de funcionalidade propostas pela CIF-CY, que reconhece o desenvolvimento infantil como resultado da interação entre características da criança e seu ambiente (WHO, 2007).

Entre janeiro e junho de 2026, 81 crianças foram avaliadas pelo novo fluxo de organização do acesso, resultando na organização de 105 atendimentos terapêuticos semanais distribuídos entre as diferentes especialidades do serviço. Nesse período, foram registradas altas terapêuticas e todas as crianças avaliadas iniciaram acompanhamento em pelo menos uma modalidade terapêutica, sugerindo a capacidade do modelo em direcionar demandas conforme as necessidades identificadas.

Além da reorganização assistencial, a implantação do fluxo possibilitou a criação de indicadores anteriormente inexistentes, permitindo monitoramento da demanda, revisão dos projetos terapêuticos e planejamento de novas estratégias assistenciais. A literatura aponta que modelos de cuidado centrados na funcionalidade e participação favorecem uma abordagem mais integrada, superando práticas fragmentadas e fortalecendo a atuação multiprofissional (Rosenbaum; Gorter, 2012).

Embora ainda não tenham sido realizadas comparações quantitativas com o período anterior devido à ausência de indicadores estruturados previamente, a experiência demonstra mudanças relevantes na organização do serviço, com potencial para qualificar o acesso e contribuir para uma utilização mais eficiente dos recursos disponíveis.

4 CONCLUSÃO

A implantação de um modelo de organização do acesso baseado na funcionalidade mostrou-se uma estratégia viável para qualificar a porta de entrada de um serviço municipal de

DOI: 10.51161/iv-conasus/85775

reabilitação infantil. A utilização da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), associada a critérios objetivos de priorização clínica e administrativa, permitiu direcionar os usuários de forma mais compatível com suas necessidades funcionais, favorecendo maior integração entre as especialidades, melhor aproveitamento dos recursos disponíveis e fortalecimento da gestão do cuidado.

Além da reorganização do acesso, a experiência possibilitou a implantação de indicadores assistenciais, mecanismos de revisão dos planos terapêuticos e critérios para acompanhamento e alta, ampliando a capacidade de monitoramento e planejamento do serviço. Esses elementos contribuíram para uma assistência mais organizada, transparente e centrada nas necessidades funcionais das crianças, favorecendo benefícios tanto para a equipe quanto para os usuários.

Embora o processo ainda esteja em fase de consolidação, os resultados obtidos demonstram que o modelo apresenta potencial para ser adaptado e implementado em outros serviços públicos de reabilitação com características semelhantes, especialmente por utilizar instrumentos clínicos padronizados, critérios objetivos de tomada de decisão e ferramentas de domínio público, tornando sua aplicação compatível com a realidade do Sistema Único de Saúde.

Mais do que reorganizar filas de espera, esta experiência demonstrou que uma porta de entrada estruturada, baseada na funcionalidade, pode transformar a forma como o cuidado é planejado, distribuído e monitorado, fortalecendo a integralidade, a equidade, a eficiência e a resolutividade da assistência em reabilitação.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.559, de 1º de agosto de 2008. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde – SUS.** Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Linha de Cuidado para a Atenção às Pessoas com Transtorno do Espectro Autista e suas Famílias na Rede de Atenção Psicossocial do SUS.** Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

HYMAN, S. L.; LEVY, S. E.; MYERS, S. M. Identification, Evaluation, and Management of Children With Autism Spectrum Disorder. **Pediatrics**, v.145, n.1, 2020.

ROSENBAUM, P.; GORTER, J. W. The "F-words" in childhood disability: I swear this is how we should think! **Child: Care, Health and Development**, v.38, n.4, p.457-463, 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **International Classification of Functioning, Disability and Health: ICF.** Geneva: WHO, 2001.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **International Classification of Functioning, Disability and Health: Children & Youth Version (ICF-CY).** Geneva: WHO, 2007.

DOI: 10.51161/iv-conasus/85775

EDUCAÇÃO ALIMENTAR E NUTRICIONAL SOBRE INGESTÃO HÍDRICA EM GRUPO DE CONTROLE DE PESO: RELATO DE EXPERIÊNCIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

PATRÍCIA NEUKAMP

Introdução: A ingestão adequada de água é essencial para a manutenção das funções fisiológicas do organismo, contribuindo para o transporte de nutrientes, regulação da temperatura corporal e prevenção de agravos à saúde. Entretanto, muitos usuários da Atenção Primária à Saúde apresentam consumo hídrico insuficiente, frequentemente relacionado à falta de hábito e de informações sobre sua importância. Nesse contexto, ações de educação alimentar e nutricional constituem estratégias relevantes para a promoção da saúde, estimulando mudanças de comportamento e o autocuidado. **Objetivo:** Relatar a experiência de uma atividade de educação em saúde voltada ao incentivo da ingestão hídrica junto a participantes de um grupo de controle de peso em uma policlínica municipal. **Relato de experiência:** A atividade foi desenvolvida durante o estágio curricular do curso de Nutrição, na policlínica municipal, com a participação de 15 usuários do grupo de Controle de Peso. Inicialmente, foi realizada uma atividade educativa dialogada abordando a importância da hidratação e o cálculo da recomendação hídrica individual, permitindo que cada participante estimasse sua necessidade diária de água. Como estratégia educativa, promoveu-se a degustação de água aromatizada, acompanhada da demonstração do preparo, como alternativa para favorecer a aceitação e estimular o consumo de água. Também foi apresentado um aplicativo para auxiliar no monitoramento da ingestão hídrica. Durante a atividade, os participantes esclareceram dúvidas sobre água com gás, chás, chimarrão e tempo de conservação da água aromatizada. A maioria relatou dificuldade em manter a ingestão hídrica adequada devido à ausência de hábito, falta de tempo e baixa aceitação da água. A participação ativa dos usuários possibilitou a troca de experiências e o esclarecimento de dúvidas sobre hidratação. Como ação permanente, foi confeccionado um banner educativo para permanecer exposto na unidade de saúde, reforçando as orientações fornecidas. **Conclusão:** A experiência evidenciou que atividades educativas desenvolvidas na Atenção Primária à Saúde favorecem o diálogo entre profissionais e usuários, estimulam a reflexão sobre hábitos de vida e fortalecem a adoção de práticas saudáveis. Estratégias simples, participativas e contextualizadas mostraram-se importantes para incentivar o consumo de água, ampliar o conhecimento dos participantes e promover a autonomia no autocuidado.

Palavras-chave: **HIDRATAÇÃO; EDUCAÇÃO ALIMENTAR E NUTRICIONAL; ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

DOI: 10.51161/iv-conasus/85777

REESTRUTURAÇÃO DO NUCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE EIMPACTOS NA CULTURA DE SEGURANÇA EM REDE: IMPACTOS NA CULTURA DE SEGURANÇA E NO PROCESSO DE ACREDITAÇÃO QMENTUM

SILVANE BATISTA DO NASCIMENTO; ANA LUIZA INÁCIO RODRIGUES

Introdução: A Missão Sal da Terra (MSDT), gestora de uma rede assistencial complexa (primária, secundária e terciária), reestruturou seu Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) a partir de março de 2024. Inserida na acreditação internacional Qmentum (Quality Global Alliance), a instituição identificou que a fragmentação prévia dos processos comprometía a análise sistêmica de incidentes e a cultura de aprendizagem, tornando essencial a integração institucional das práticas de segurança. **Objetivo:** Descrever a reestruturação do NSP em rede na MSDT e analisar seus impactos na cultura de segurança, na notificação de incidentes e no avanço da acreditação Qmentum. **Metodologia:** Estudo descritivo do tipo relato de experiência. As estratégias incluíram: vinculação do NSP à Diretoria de Redes; implantação de canal único de notificação; padronização de fluxos e planos de ação; auditorias sistêmicas baseadas nas Práticas Organizacionais Requeridas (ROPs) do Qmentum; e ferramentas de melhoria contínua em três níveis de atenção. **Resultados:** Houve expressiva expansão na maturidade institucional. A média mensal de notificações saltou de 149 (2023) para 629 (2024) e 966 em 2025 (totalizando 11.591 no ano), consolidando a cultura de transparência. O canal único e o Protocolo de Londres impulsionaram a investigabilidade, gerando 2.710 planos de ação em 2025 (76% concluídos). Auditorias em 49 unidades revelaram média de conformidade de 70,56% nas ROPs, com destaque positivo para o uso seguro de medicamentos (82,69%) e maior desafio na prevenção de infecções (40,73%). **Conclusão:** A reestruturação do NSP em rede fortaleceu a governança clínica e a gestão de riscos. O crescimento sustentado das notificações e a capilaridade dos planos de ação evidenciam a consolidação da cultura de segurança e dão suporte decisivo à acreditação Qmentum, demonstrando que modelos integrados sustentam transformações organizacionais em redes de saúde complexas.

Palavras-chave: **SEGURANÇA; ACREDITAÇÃO; CULTURA**

DOI: 10.51161/iv-conasus/85781

REDE DE TRANSPLANTES E CIRURGIAS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: PROMOVENDO ESPERANÇA, EQUIDADE E CUIDADO NA ASSISTÊNCIA ESPECIALIZADA

PATRÍCIA FIDELIS DE MOURA

Introdução: Para milhares de brasileiros, um transplante ou uma cirurgia de alta complexidade representa muito mais que um procedimento médico: significa a possibilidade de recomeçar, recuperar a qualidade de vida e permanecer ao lado de suas famílias. Nesse contexto, o Sistema Único de Saúde (SUS) desempenha um papel essencial ao garantir acesso gratuito e igualitário à assistência especializada, reafirmando a saúde como um direito de todos. **Objetivo:** Discutir a importância da Rede de Transplantes e Cirurgias no SUS, destacando sua contribuição para a promoção do cuidado humanizado, do acesso equitativo e da melhoria da qualidade de vida dos pacientes. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão narrativa, de caráter descritivo, elaborada a partir da análise de documentos oficiais e publicações científicas relacionadas à organização da Rede de Transplantes e Cirurgias no SUS. **Resultados:** Verificou-se que o SUS possui uma rede estruturada para organizar a captação, a distribuição de órgãos e a realização de transplantes, respeitando critérios técnicos, éticos e de transparência definidos pelo Sistema Nacional de Transplantes. Além disso, oferece cirurgias de média e alta complexidade em diversas especialidades, contribuindo para reduzir a mortalidade, restaurar a funcionalidade e proporcionar melhores condições de vida aos pacientes. Apesar dos avanços, persistem desafios relacionados à baixa taxa de doação de órgãos, às desigualdades regionais e ao tempo de espera por procedimentos especializados. **Conclusão:** A Rede de Transplantes e Cirurgias do SUS representa uma das mais importantes expressões do compromisso do sistema público com a vida e a dignidade humana. Mais do que realizar procedimentos, essa política pública oferece esperança, acolhimento e novas oportunidades para milhares de pessoas. Fortalecer a conscientização sobre a doação de órgãos e ampliar o acesso aos serviços especializados são ações fundamentais para consolidar um SUS cada vez mais humano, resolutivo e comprometido com as necessidades da população.

Palavras-chave: **ASSISTÊNCIA À SAÚDE; SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE; TRANSPLANTES**

DOI: 10.51161/iv-conasus/85785

PERFIL MICROBIOLÓGICO E DE ANTIMICROBIANOS EM PACIENTES ONCOLÓGICOS COM NEUTROPENIA FEBRIL EM UM HOSPITAL DO SUL DO BRASIL

EVELYN POLIANA CANDIDO; RAFAELE MARIA TIROLLA; JULIA DA SILVA PIMENTA; GERUSA LUCIANA GOMES MAGALHÃES; ELIANA CAROLINA VESPERO

RESUMO

O câncer constitui um problema mundial de saúde pública, e a neutropenia figura entre as complicações mais graves decorrentes do tratamento quimioterápico, aumentando de forma expressiva o risco de infecções bacterianas e fúngicas potencialmente fatais. O conhecimento do perfil microbiológico e do padrão de utilização de antimicrobianos em pacientes neutropênicos é essencial para orientar a terapia empírica e reduzir a morbimortalidade associada a esse quadro. Este trabalho teve como objetivo caracterizar os microrganismos isolados em culturas microbiológicas e o perfil de antimicrobianos administrados a pacientes oncológicos com neutropenia internados em um hospital de referência no Sul do Brasil. Foi realizado um estudo transversal, retrospectivo e descritivo, com 190 pacientes neutropênicos, apresentando contagem de leucócitos inferior a 1.000 células/mm³, atendidos entre março de 2024 e janeiro de 2025. Os dados clínicos e os resultados das culturas microbiológicas (hemoculturas, uroculturas e secreções) foram obtidos por meio de prontuários eletrônicos e do sistema laboratorial da instituição, sendo analisados descritivamente no programa SPSS versão 20. Os resultados mostraram que apenas 15,8% das culturas coletadas apresentaram isolamento microbiano com identificação, com predomínio de bacilos Gram-negativos, destacando-se Klebsiella pneumoniae (2,6%) e Escherichia coli (1,1%), além de fungos do gênero Candida spp. (2,1%). Grande parcela das amostras não foi coletada (37,8%) ou resultou negativa (42,6%). Quanto à terapêutica, observou-se predomínio do uso de antimicrobianos de amplo espectro, com destaque para vancomicina (41,6%) e meropenem (27,4%), seguidos por piperacilina associada a tazobactam, cefepime e antifúngicos como fluconazol e voriconazol. Conclui-se que o perfil microbiológico identificado reflete a vulnerabilidade imunológica típica de pacientes oncológicos neutropênicos, com predomínio de patógenos Gram-negativos e fúngicos oportunistas, enquanto a elevada frequência de antibioticoterapia empírica de amplo espectro reforça a necessidade de protocolos institucionais fundamentados no perfil local de resistência, bem como de estratégias que ampliem a taxa de coleta e identificação microbiológica, qualificando a assistência prestada a essa população.

Palavras-chave: Infecção hospitalar; Multirresistência bacteriana; Quimioterapia.

1 INTRODUÇÃO

O câncer resulta de alterações genéticas que promovem crescimento celular descontrolado, podendo evoluir para neoplasias malignas invasivas e metastáticas. Entre as complicações mais graves associadas ao tratamento quimioterápico está a neutropenia, decorrente da ação mielossupressora dos agentes citotóxicos sobre a medula óssea, o que

DOI: 10.51161/iv-conasus/85791

compromete diretamente a resposta imunológica do paciente frente a agentes infecciosos (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA, 2020).

A neutropenia febril acomete de 10% a 50% dos pacientes com tumores sólidos e até 80% daqueles com neoplasias hematológicas, constituindo uma emergência oncológica que exige o início imediato de terapia antimicrobiana empírica de amplo espectro, mesmo antes da confirmação microbiológica, dado o risco de evolução rápida para sepse e choque séptico (WIJERATNE et al., 2021). Essa condição pode refletir tanto processos infecciosos quanto não infecciosos, e sua complexidade de manejo decorre da escassez de sinais clínicos específicos, da baixa frequência de documentação microbiológica e da ampla gama de patógenos potencialmente envolvidos (CONTEJEAN et al., 2023).

Historicamente, observa-se um comportamento cíclico no perfil de microrganismos isolados em pacientes neutropênicos: predomínio de cocos Gram-positivos até o final da década de 1960, seguido pelo aumento de bacilos Gram-negativos de origem gastrointestinal, nova ascensão de Gram-positivos a partir da década de 1990 e, desde o início do século XXI, o ressurgimento dos Gram-negativos como principais agentes, acompanhado do aumento preocupante da resistência antimicrobiana (ELLIS, 2008). Nesse cenário, cada instituição deve conhecer o próprio perfil de patógenos e o padrão de suscetibilidade local, uma vez que não existem protocolos universais aplicáveis a todos os contextos hospitalares (SIPSAS; BODEY; KONTOYIANNIS, 2005).

Em países em desenvolvimento, o cenário epidemiológico das infecções em pacientes com neutropenia febril apresenta particularidades relacionadas à disponibilidade de recursos diagnósticos, ao acesso a exames de cultura e à circulação local de cepas multirresistentes, fatores que podem influenciar tanto a taxa de identificação microbiológica quanto a escolha do esquema antimicrobiano empírico (JOUDEH et al., 2023). Além do impacto clínico, a neutropenia febril representa também elevado custo assistencial, decorrente de internações prolongadas, exames complementares e uso extensivo de antimicrobianos de amplo espectro, o que reforça a importância de estudos locais capazes de subsidiar protocolos institucionais mais custo-efetivos (SCHELENZ; GILES; ABDALLAH, 2012).

Diante da relevância clínica e epidemiológica do tema, este estudo teve como objetivo caracterizar o perfil microbiológico das culturas coletadas e o padrão de utilização de antimicrobianos em pacientes oncológicos com neutropenia internados no Hospital do Câncer de Londrina, Paraná, referência no Sul do Brasil.

2 MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, retrospectivo e descritivo, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina (CAAE 84234824.8.0000.5231) e autorizado pelo setor de Pesquisa Clínica do Hospital do Câncer de Londrina, Paraná.

Foram selecionadas amostras de pacientes neutropênicos, com contagem de leucócitos inferior a 1.000 células/mm³, no período de 20 de março de 2024 a 10 de janeiro de 2025, totalizando 190 prontuários válidos após exclusão de um caso com dados incompletos. Os dados clínicos, laboratoriais e microbiológicos foram coletados a partir do sistema de gestão hospitalar TASY e dos laudos de cultura (hemoculturas, uroculturas, secreções traqueais, entre outros materiais biológicos) processados pelo laboratório prestador de serviços da instituição.

Foram consideradas variáveis o tipo de tumor (sólido ou não sólido), o microrganismo isolado nas culturas, a condição da amostra (positiva com identificação, positiva sem identificação, negativa ou não coletada) e a classe de antimicrobiano prescrita durante a internação. Os dados foram compilados e analisados de forma descritiva no programa Statistical Package for Social Sciences (SPSS, IBM Corp., versão 20 para Windows), com variáveis categóricas expressas em frequências absolutas e relativas.

DOI: 10.51161/iv-conasus/85791

As culturas microbiológicas foram classificadas conforme o material biológico de origem (hemocultura, urocultura, secreção traqueal, ponta de cateter, entre outros) e o resultado laboratorial, sendo consideradas positivas apenas as amostras com crescimento microbiano confirmado e identificação do agente por métodos automatizados de rotina do laboratório prestador de serviços. Os antimicrobianos administrados durante a internação foram registrados a partir das prescrições médicas constantes no prontuário eletrônico, independentemente da confirmação microbiológica, permitindo caracterizar tanto o uso empírico quanto o direcionado por antibiograma.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

No período estudado, 190 pacientes oncológicos com neutropenia tiveram amostras biológicas encaminhadas para cultura microbiológica. Do total, apenas 30 amostras (15,8%) apresentaram isolamento microbiano com identificação do agente, enquanto 72 (37,8%) não foram coletadas, 81 (42,6%) resultaram negativas e 2 (1,1%) foram positivas sem identificação laboratorial do microrganismo, conforme detalhado na Tabela 1.

Entre os agentes identificados, observou-se predomínio de bacilos Gram-negativos, com destaque para *Klebsiella pneumoniae* (5 casos; 2,6%) e *Escherichia coli* (2 casos; 1,1%), além de registros de *Acinetobacter baumannii, Enterobacter cloacae, Enterobacter aerogenes, Citrobacter freundii, Stenotrophomonas maltophilia e Pseudomonas aeruginosa*, esta última em associação com outro agente. Entre os fungos, destacou-se *Candida spp*., isolada em quatro amostras (2,1%), exclusivamente no grupo de tumores não sólidos. Cocos Gram-positivos também estiveram presentes, como *Staphylococcus aureus, Staphylococcus epidermidis, Staphylococcus hominis, Staphylococcus capitis e Staphylococcus haemolyticus*, além de infecções polimicrobianas envolvendo combinações de Gram-negativos e Gram-positivos.

Tabela 1 – Análise de culturas microbiológicas: isolamentos, negativos e não coletados

DADOS MICROBIOLÓGICOS	Tumor Sólido (N 14)	Tumor Não Sólido (N 21)	Total (N 190)
Klebsiella pneumoniae	1	4	5 (2,6%)
Candida spp.	0	4	4 (2,1%)
Staphylococcus epidermidis	1	1	2 (1,1%)
Enterobacter cloacae	0	2	2 (1,1%)
Staphylococcus aureus	2	0	2 (1,1%)
Escherichia coli	1	1	2 (1,1%)
Acinetobacter baumannii	0	1	1 (0,5%)
Stenotrophomonas maltophilia	1	0	1 (0,5%)
Staphylococcus capitis	1	0	1 (0,5%)
Staphylococcus hominis	1	1	2 (1,1%)
Staphylococcus haemolyticus	1	0	1 (0,5%)
Pantoea spp.	0	1	1 (0,5%)
Enterobacter aerogenes	1	0	1 (0,5%)
Citrobacter freundii	1	0	1 (0,5%)
BGN (não especificado)	1	1	2 (1,1%)
Pseudomonas aeruginosa + S. hominis	1	0	1 (0,5%)
Klebsiella pneumoniae + Proteus mirabilis	1	0	1 (0,5%)

DOI: 10.51161/iv-conasus/85791

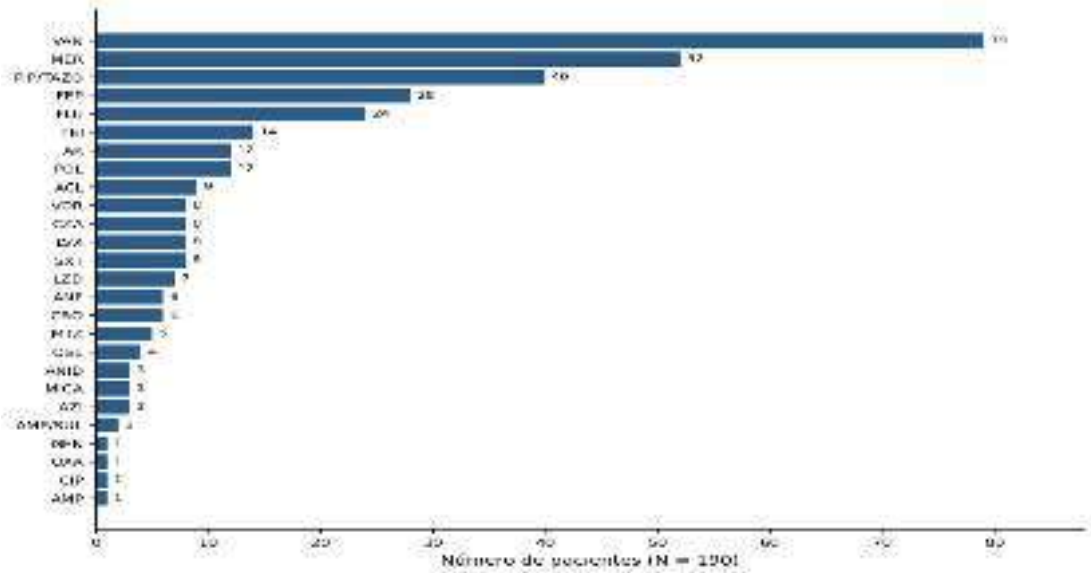
Klebsiella pneumoniae + Pseudomonas aeruginosa	0	1	1 (0,5%)
Acinetobacter spp. + S. epidermidis	0	1	1 (0,5%)
Escherichia coli + S. epidermidis (secreção)	0	1	1 (0,5%)
Escherichia coli + S. epidermidis (hemocultura)	0	1	1 (0,5%)
Streptococcus mitis + Streptococcus oralis	0	1	1 (0,5%)
Total de microrganismos identificados	**14**	**21**	**30 (15,8%)**
Cultura não coletada	39	33	72 (37,8%)
Cultura negativa	38	43	81 (42,6%)
Cultura positiva sem identificação	2	0	2 (1,1%)

Fonte: CANDIDO, 2025.

Comparativamente, o grupo de tumores não sólidos (neoplasias hematológicas) concentrou maior número de isolamentos positivos (21 casos) em relação ao grupo de tumores sólidos (14 casos), o que é compatível com a maior imunossupressão e o maior tempo de exposição hospitalar observados nesse perfil de pacientes. Já o grupo de tumores sólidos apresentou proporção discretamente maior de culturas não coletadas, o que pode indicar menor suspeição clínica de infecção ou menor tempo de internação, limitando a indicação de coleta.

Esse padrão dialoga parcialmente com o comportamento cíclico descrito por Ellis (2008), que relata o ressurgimento de bacilos Gram-negativos como principais agentes em pacientes neutropênicos desde o início do século XXI, acompanhado do surgimento de patógenos oportunistas associados a dispositivos vasculares e à mucosite induzida por quimioterapia. A presença concomitante de estafilococos coagulase-negativos, como *S. epidermidis* e *S. hominis*, também é compatível com a tendência de emergência desses agentes descrita pelo mesmo autor, frequentemente relacionados a infecções associadas a cateteres e outros dispositivos invasivos.

Gráfico 1 – Perfil de antimicrobianos utilizados em pacientes com neutropenia durante a internação.



Fonte: CANDIDO, 2025.

Em relação ao perfil terapêutico, o Gráfico 1 apresenta a frequência de utilização dos antimicrobianos prescritos durante a internação dos 190 pacientes estudados. Observa-se predomínio expressivo de agentes de amplo espectro, com destaque para a vancomicina, utilizada em 79 pacientes (41,6%), e o meropenem, em 52 pacientes (27,4%), refletindo esquemas empíricos voltados à cobertura simultânea de Gram-positivos multirresistentes e bacilos Gram-negativos. A associação piperacilina e tazobactam (40 pacientes; 21,1%) e o cefepime (28 pacientes; 14,7%) também figuraram entre os agentes mais utilizados, reforçando a adoção de esquemas robustos diante da gravidade clínica do quadro neutropênico.

Chama atenção, ainda, a utilização relevante de antifúngicos, como fluconazol (24 pacientes; 12,6%), voriconazol (8 pacientes; 4,2%), anidulafungina e micafungina, o que reflete a preocupação institucional com infecções fúngicas invasivas, sobretudo em pacientes com mucosite severa decorrente de regimes quimioterápicos intensivos. Antimicrobianos de uso mais restrito, como polimixina, teicoplanina, linezolida, amicacina e ceftazidima associada a avibactam, também estiveram presentes no perfil terapêutico, sinalizando a necessidade de cobertura para microrganismos multirresistentes em casos selecionados.

Esses achados estão em consonância com a recomendação de Sipsas, Bodey e Kontoyiannis (2005), segundo a qual o manejo da neutropenia febril deve seguir o princípio da intervenção imediata, com terapia empírica de amplo espectro instituída mesmo antes da confirmação microbiológica, dado o risco de evolução rápida para choque séptico em infecções por bacilos Gram-negativos não tratadas adequadamente. Os autores destacam, contudo, que não existem protocolos universais aplicáveis a todas as instituições, sendo fundamental que cada serviço conheça o próprio perfil de patógenos e padrões de suscetibilidade para orientar esquemas empíricos mais assertivos.

A elevada proporção de culturas não coletadas (37,8%) ou negativas (42,6%) evidencia, por outro lado, uma lacuna relevante na vigilância microbiológica institucional, o que pode comprometer o direcionamento da terapia dirigida e favorecer a manutenção prolongada de esquemas empíricos de amplo espectro, com consequente risco de seleção de cepas resistentes. Tal cenário reforça a importância de protocolos padronizados de coleta, transporte e processamento de amostras, especialmente em pacientes de alto risco, como aqueles com neoplasias hematológicas.

Esse cenário se assemelha ao descrito por Joudeh et al. (2023) em um estudo conduzido em um país em desenvolvimento, no qual a taxa de identificação microbiológica em pacientes com neutropenia febril também foi limitada, com predomínio de bacilos Gram-negativos entre os agentes identificados e elevada proporção de episódios febris sem confirmação etiológica. Os autores destacam que, mesmo diante da baixa positividade das culturas, a instituição precoce de antibioticoterapia empírica de amplo espectro permanece indispensável, dado o risco de deterioração clínica rápida associado a esse tipo de infecção.

No que se refere ao impacto assistencial, Schelenz, Giles e Abdallah (2012) demonstraram que episódios de neutropenia febril estão associados a custos hospitalares elevados, decorrentes principalmente do tempo de internação, da realização de exames complementares e do uso prolongado de antimicrobianos de amplo espectro, muitas vezes mantidos mesmo na ausência de confirmação microbiológica. Esse achado reforça a relevância econômica e assistencial de investimentos em vigilância microbiológica e em protocolos de descalonamento antimicrobiano guiados por resultado de cultura e evolução clínica, de modo a reduzir a exposição desnecessária a antimicrobianos de amplo espectro sem comprometer a segurança do paciente.

4 CONCLUSÃO

O perfil microbiológico identificado neste estudo evidencia predomínio de bacilos Gram-negativos, com destaque para *Klebsiella pneumoniae* e *Escherichia coli*, além de

infecções fúngicas por *Candida spp*., especialmente entre pacientes com neoplasias hematológicas. A baixa taxa de positividade das culturas coletadas, associada à elevada proporção de amostras não coletadas, aponta para limitações operacionais na vigilância microbiológica institucional. O perfil terapêutico caracterizou-se pelo uso predominante de antimicrobianos de amplo espectro, sobretudo vancomicina e meropenem, em consonância com as recomendações internacionais para o manejo empírico da neutropenia febril.

Esses achados, semelhantes aos descritos em outros contextos assistenciais, incluindo países em desenvolvimento, reforçam que a baixa positividade das culturas não deve postergar o início da terapia empírica, mas sim estimular investimentos institucionais em vigilância microbiológica, capacitação para coleta adequada de amostras e implementação de estratégias de descalonamento antimicrobiano guiadas por evolução clínica. Recomenda-se, assim, a elaboração de protocolos institucionais fundamentados no perfil local de resistência, associados a indicadores de acompanhamento da taxa de coleta e positividade de culturas, contribuindo para o uso mais racional dos antimicrobianos, a redução de custos assistenciais e a mitigação do risco de resistência bacteriana nessa população vulnerável.

REFERÊNCIAS

CONTEJEAN, A. et al. **Advances in antibacterial treatment of adults with high-risk febrile neutropenia.** Journal of Antimicrobial Chemotherapy, v. 78, n. 9, p. 2109-2120, 2023. DOI: https://doi.org/10.1093/jac/dkad166.

DICKTER, J.; LOGAN, C.; TAPLITZ, R. **Neutropenia and antibiotics: when, what, how and why?** Current Opinion in Infectious Diseases, v. 36, n. 4, p. 218-227, ago. 2023. DOI: https://doi.org/10.1097/qco.0000000000000932.

ELLIS, Michael. **Febrile neutropenia: evolving strategies**. Annals of the New York Academy of Sciences, v. 1138, p. 329-350, 2008. DOI: 10.1196/annals.1414.035.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer.** 6. ed. rev. atual. Rio de Janeiro: INCA, 2020.

JOUDEH, N. et al. **Epidemiology and source of infection in cancer patients with febrile neutropenia: an experience from a developing country.** BMC Infectious Diseases, v. 23, n. 1, p. 106, 2023. DOI: https://doi.org/10.1186/s12879-023-08058-6.

SCHELENZ, S.; GILES, D.; ABDALLAH, S. **Epidemiology, management and economic impact of febrile neutropenia in oncology patients receiving routine care at a regional UK cancer centre.** Annals of Oncology, v. 23, p. 1889-1893, 2012. DOI: 10.1093/annonc/mdr520.

SIPSAS, Nikolaos V.; BODEY, Gerald P.; KONTOYIANNIS, Dimitrios P. **Perspectives for the management of febrile neutropenic patients with cancer in the 21st century.** Cancer, Hoboken, v. 103, n. 6, p. 1103-1113, 2005. DOI: 10.1002/cncr.20890.

WIJERATNE, Don Thiwanka et al. **Risk-stratifying treatment strategies for febrile neutropenia — tools, tools everywhere, and not a single one that works?** JCO Oncology Practice, v. 17, p. 651-654, 2021. DOI: 10.1200/OP.21.00148. Acesso em: 01 jul. 2025.

EDUCAÇÃO ALIMENTAR E NUTRICIONAL EM SALA DE ESPERA POR MEIO DE ATIVIDADE LÚDICA: RELATO DE EXPERIÊNCIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

PATRÍCIA NEUKAMP

Introdução: A infância constitui um período determinante para a formação de hábitos alimentares, tornando as ações de educação alimentar e nutricional fundamentais para a promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas. Nesse contexto, atividades lúdicas representam estratégias capazes de despertar o interesse das crianças, favorecer a aprendizagem e estimular escolhas alimentares mais saudáveis. A sala de espera dos serviços de saúde configura-se como um espaço oportuno para o desenvolvimento dessas ações educativas. **Objetivo:** Relatar a experiência de uma atividade de educação alimentar e nutricional desenvolvida com crianças na sala de espera de uma policlínica municipal, utilizando metodologia lúdica para incentivar a construção do prato saudável. **Relato de experiência:** A atividade foi desenvolvida durante o estágio curricular do curso de Nutrição na sala de espera de uma policlínica municipal. Utilizou-se um painel confeccionado em feltro contendo a representação de um prato e figuras de alimentos confeccionadas em material autoadesivo. Inicialmente, foram realizados questionamentos sobre quais alimentos deveriam compor uma refeição saudável, quais contribuíam para o crescimento e desenvolvimento e como deveria ser montado o prato saudável. Em seguida, as crianças foram convidadas a montar o prato utilizando as figuras de alimentos, favorecendo sua participação ativa e estimulando a reflexão sobre escolhas alimentares. Os alimentos mais frequentemente selecionados foram frutas, arroz, feijão, carne de frango, brócolis e tomate. Ao final da atividade, foi proposta uma tarefa para ser realizada em casa, incentivando as crianças a registrar, por meio da pintura de desenhos de alimentos, aqueles consumidos durante a semana, reforçando a importância de uma alimentação variada e colorida. Os responsáveis receberam material educativo com orientações sobre a composição do prato saudável, enquanto eram realizados os marcadores do consumo alimentar e a coleta de dados antropométricos das crianças. **Conclusão:** A experiência demonstrou que atividades lúdicas desenvolvidas na sala de espera favorecem o interesse, a participação e a aprendizagem das crianças, além de envolver os responsáveis no processo educativo. A utilização de estratégias interativas mostrou-se uma ferramenta relevante para fortalecer a educação alimentar e nutricional e incentivar hábitos alimentares saudáveis desde a infância.

Palavras-chave: **SALA DE ESPERA; EDUCAÇÃO ALIMENTAR E NUTRICIONAL; ATIVIDADE LÚDICA**

DOI: 10.51161/iv-conasus/85797

ADESÃO TERAPÊUTICA EM PACIENTES CRÔNICOS DE BOM SUCESSO

MIRIANE ROMAGNOLI KOVALCHUK; TAMIRES CAROLINE DIAS BOSQUESI

Introdução: A adesão ao tratamento medicamentoso é crucial para o controle de doenças crônicas como diabetes e hipertensão, especialmente em populações vulneráveis como pacientes analfabetos sem suporte familiar. A dificuldade em compreender prescrições e bulas leva à baixa adesão, resultando em descontrole das patologias, complicações e sobrecarga do sistema de saúde. Este projeto propõe uma intervenção comunitária com um sistema visual e prático para organização de medicamentos, complementado por supervisão profissional semanal, visando superar as barreiras de leitura e garantindo a continuidade do tratamento. **Objetivo:** Promover a adesão medicamentosa em pacientes analfabetos com *Diabetes Mellitus* e hipertensão arterial sistêmica, sem suporte familiar, através da implementação de um sistema de organização visual de medicamentos e supervisão semanal por equipe de saúde. Os objetivos específicos incluem desenvolver caixinhas organizadoras personalizadas com símbolos e cores, capacitar agentes comunitários de saúde (ACS) e técnicos de enfermagem, estabelecer visitas domiciliares semanais para acompanhamento, monitorar o impacto na adesão e controle glicêmico/pressórico, e reduzir hospitalizações. **Relato de caso/experiência:** Paciente do sexo feminino, idosa de 70 anos, analfabeta, sem suporte familiar, não realizava a adesão da sua medicação, aonde a agente de saúde relatou o caso a equipe da APS, foi realizado a busca ativa desta idosa, realizamos um plano de ação para a adesão ao tratamento, pois os índices glicêmicos e pressóricos estavam alterados, a partir deste quadro clínico foi realizado consultas médicas, reajustando medicações e desenvolvemos caixinhas organizadoras personalizadas com símbolos e cores, realizamos visitas semanais com a equipe de enfermagem e o medico, aonde com quarenta e cinco dias corridos, com a supervisão semanal, obteve melhora do quadro clinico. **Conclusão:** Ao integrar recursos visuais, capacitação de equipe, supervisão contínua, melhoramos a saúde dos pacientes, sua autonomia e construímos um vinculo de confiança. Garantindo a adesão medicamentosa ao paciente de forma integral e continuada e otimização dos recursos do sistema de saúde.

Palavras-chave: **ADESÃO; MEDICAMENTOS; PACIENTES**

DOI: 10.51161/iv-conasus/85798

ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA ITINERANTE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: RELATO DE EXPERIÊNCIA EM AÇÃO SOCIAL REALIZADA POR UNIDADE ODONTOLÓGICA MÓVEL

YASMIN DA NÓBREGA ALVES E SILVA; ANTONIA ROBERTA MITRE SAMPAIO LAURENA AVELINO; LAURENA AVELINO MONTEIRO GOMES DE SOUZA

Introdução: O acesso aos serviços odontológicos ainda representa um desafio para populações residentes em áreas distantes das Unidades de Saúde da Família (USF), favorecendo o diagnóstico tardio e a elevada demanda por tratamentos curativos. Nesse contexto, a Unidade Odontológica Móvel constitui importante estratégia para ampliar o acesso à saúde bucal, fortalecendo os princípios da Atenção Primária à Saúde por meio de ações preventivas, educativas e resolutivas. **Objetivo:** Relatar a experiência da equipe de Saúde Bucal do município de Benevides-PA na utilização da Unidade Odontológica Móvel como estratégia para ampliar o acesso aos serviços odontológicos em comunidade com baixa adesão aos atendimentos da Unidade de Saúde da Família. **Relato de experiência:** A experiência ocorreu em julho de 2026, durante ação social realizada na Escola José Leôncio, na comunidade Novo Brasil, em Benevides-PA. A iniciativa foi desenvolvida após identificação da baixa adesão da população aos atendimentos da Unidade de Saúde da Família. Como estratégia de busca ativa e aproximação dos serviços ao território, a equipe utilizou a Unidade Odontológica Móvel. Foram atendidos 19 usuários de diferentes faixas etárias, predominando a primeira consulta odontológica. Observou-se elevada prevalência de lesões de cárie, necessidade de exodontias, um caso de gengivite e um encaminhamento para reabilitação com prótese total superior e inferior. Durante a ação realizaram-se procedimentos de profilaxia, aplicação tópica de flúor, Tratamento Restaurador Atraumático (ART), orientações de higiene bucal e encaminhamentos para continuidade do cuidado na rede municipal. **Conclusão:** A experiência evidenciou que a Unidade Odontológica Móvel constitui importante ferramenta para ampliar o acesso aos serviços de saúde bucal em comunidades com barreiras geográficas de acesso à Atenção Primária. A elevada demanda por primeira consulta e a predominância de lesões de cárie revelam demanda reprimida e reforçam a necessidade de estratégias extramuros que aproximem os serviços da população. A ação favoreceu o diagnóstico precoce, o tratamento oportuno e fortaleceu os princípios da equidade, integralidade e territorialização, contribuindo para uma assistência mais resolutiva e humanizada no Sistema Único de Saúde.

Palavras-chave: **ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE; SAÚDE BUCAL; UNIDADE ODONTOLÓGICA MÓVEL**

DOI: 10.51161/iv-conasus/85801

FORTALECIMENTO DA REGIONALIZAÇÃO DO SUS NO PARÁ: GOVERNANÇA, FINANCIAMENTO, TELESSAÚDE E MODELO AMAZÔNICO DE REDES

AUTOR 1:Jefferson Pinto de Oliveira (autor principal, CENTRO UNIVERSITÁRIO FIBRA, Acadêmico de Medicina e jeffersonadepara2003@gmail.com)
AUTOR 2Juliane Brenda Oliveira Bouillet (coautora, CENTRO UNIVERSITÁRIO FIBRA), Acadêmica de Medicina e julianebouillet@gmail.com

RESUMO
A regionalização do SUS na Amazônia demanda adaptações institucionais que vão além da delimitação formal de regiões. Com base em revisão crítica documental e narrativa da literatura, este estudo propõe um modelo amazônico de fortalecimento da regionalização no Estado do Pará, estruturado em sete componentes interdependentes: (1) território funcional, definido por fluxos reais e tempo de deslocamento; (2) Atenção Primária à Saúde resolutiva e coordenadora do cuidado; (3) polos regionais com responsabilidade sanitária contratualizada; (4) logística sanitária integrada (transporte, casas de apoio, regulação); (5) governança interfederativa efetiva, com Planejamento Regional Integrado (PRI) vinculado ao orçamento; (6) saúde digital interoperável, com telessaúde e soluções offline; e (7) financiamento orientado à equidade, com fator de correção amazônica. A agenda operacional é organizada em horizontes de curto (visibilidade de filas, revisão de fluxos, contrarreferência), médio (planos macrorregionais, redes de transporte, residências em polos) e longo prazo (institucionalização do fator amazônico, redução da dependência da capital, revisão periódica dos territórios). Conclui-se que a regionalização no Pará deve abandonar a expectativa de uniformidade e adotar a interdependência planejada, convertendo a diversidade territorial em acesso oportuno e cuidado integral, com governança transparente, participação social e avaliação permanente (Garnelo et al., 2019; Lima et al., 2019; Viana et al., 2007).
PALAVRAS-CHAVE: Desigualdades Regionais. Planejamento em Saúde. Políticas Públicas de Saúde.

1 INTRODUÇÃO
O Sistema Único de Saúde (SUS) é um dos mais expressivos projetos de inclusão social do Brasil, mas a regionalização – princípio constitucional e organizativo – ainda é um ponto crítico, especialmente na Amazônia (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990a). O Estado do Pará, com 1,24 milhão de km², densidade demográfica de 6,5 hab./km², diversidade sociocultural e forte dependência de transportes fluvial e aéreo, evidencia os limites dos modelos de regionalização concebidos para territórios densamente urbanizados (IBGE, 2026). A distância real, medida em tempo de viagem e custo de deslocamento, impõe barreiras que não são captadas por critérios populacionais convencionais (Kadri et al., 2022; Santos et al., 2024).

O Decreto nº 7.508/2011 e as Resoluções CIT nº 23/2017 e nº 37/2018 avançaram ao definir Regiões de Saúde, Planejamento Regional Integrado (PRI) e governança das Redes de Atenção à Saúde (RAS) (BRASIL, 2011; BRASIL, 2017; BRASIL, 2018). Contudo, a efetividade desses instrumentos no Pará depende de superar obstáculos estruturais: coordenação interfederativa frágil; financiamento insensível aos custos logísticos; instabilidade da força de trabalho; regulação e transporte desconectados;

DOI: 10.51161/iv-conasus/85803

fragmentação informacional; e telessaúde ainda incipiente (Garnelo et al., 2019; Lima et al., 2019; Oliveira et al., 2019).

Este estudo parte da premissa de que a regionalização não é um fim em si, mas um meio para garantir acesso equânime, integral e contínuo ao cuidado. Seu objetivo é propor diretrizes e uma agenda operacional para o fortalecimento da regionalização do SUS no Pará, com base na análise das lacunas e oportunidades identificadas na literatura e nos documentos oficiais (BRASIL, 1990a; BRASIL, 1990b; PARÁ, 2024). A proposta é organizada em um modelo amazônico de regionalização, que reconhece as especificidades territoriais e institucionais e articula governança, financiamento, logística, tecnologia e força de trabalho (Viana et al., 2007; Garnelo et al., 2019).

2 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo qualitativo, analítico-propositivo, baseado em revisão crítica documental e revisão narrativa da literatura. A escolha metodológica justifica-se pela necessidade de integrar conhecimentos dispersos em diferentes campos (direito sanitário, planejamento, gestão, saúde coletiva, geografia da saúde) para construir uma síntese orientada à ação (Minayo et al., 2018).

2.1 Corpus documental e literatura

Foram analisados os marcos legais e documentos estaduais: Constituição Federal (BRASIL, 1988), Leis nº 8.080/1990 (BRASIL, 1990a) e 8.142/1990 (BRASIL, 1990b), Decreto nº 7.508/2011 (BRASIL, 2011), LC nº 141/2012 (BRASIL, 2012), Resoluções CIT (BRASIL, 2017; BRASIL, 2018), Planos Estaduais de Educação Permanente (PEEPS 2024-2027) (PARÁ, 2024), Gestão do Trabalho (PEGTES 2024-2027) (PARÁ, 2025), Programa SUS Digital (PARÁ, 2025), além de dados do IBGE (2026), CNES (BRASIL, 2026a) e DATASUS. A literatura científica foi recuperada nas bases SciELO, BVS, PubMed/MEDLINE e Google Scholar, com descritores como "regionalização da saúde", "governança regional", "planejamento regional integrado", "financiamento da saúde", "telessaúde", "força de trabalho em saúde", "acesso aos serviços de saúde" e "Amazônia" (Garnelo et al., 2019; Lima et al., 2019; Soibelman et al., 2025). Priorizaram-se publicações de 2020 a 2026, complementadas por estudos seminais.

2.2 Procedimento de análise e construção propositiva

A análise seguiu dois momentos. No primeiro, realizou-se a identificação das principais lacunas e gargalos da regionalização no Pará (Carvalho et al., 2023; Coelho; Lotta; Bajari, 2023). No segundo, a partir da literatura de implementação, governança e inovação, foram extraídos elementos de soluções testadas em contextos remotos (como consórcios, transporte sanitário, telessaúde, residências regionais, incentivos à fixação, contratualização por resultados) e adaptados à realidade paraense (Dolzane; Schweickardt, 2020; Fausto et al., 2022).

As propostas foram organizadas em sete componentes interdependentes e em uma agenda escalonada (curto, médio e longo prazo), com indicação de atores responsáveis, mecanismos de implementação e indicadores de acompanhamento (PARÁ, 2024; PARÁ, 2025).

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 Síntese dos gargalos da regionalização no Pará

A análise convergente dos documentos e da literatura aponta para um conjunto de problemas inter-relacionados (Garnelo et al., 2019; Lima et al., 2019; Oliveira et al., 2019):

- **Territoriais**: distâncias reais definidas por tempo de deslocamento fluvial/aéreo, sazonalidade, custo de transporte e conectividade digital (Kadri et al., 2022; IBGE, 2026).
- **Assistenciais**: concentração da média e alta complexidade em Belém e poucos polos; vazios assistenciais funcionais e logísticos; APS com cobertura e resolutividade insuficientes; fragilidade da referência e contrarreferência (Santos et al., 2024; Fausto et al., 2022).
- **Político-institucionais**: assimetrias municipais; CIR e PRI com capacidade limitada de converter pactos em execução; orçamento desvinculado do planejamento; rotatividade de gestores e equipes técnicas (Carvalho et al., 2023; Coelho; Lotta; Bajari, 2023).
- **Força de trabalho**: carência e rotatividade de especialistas; vínculos precários; ausência de carreira regional; educação permanente desarticulada das necessidades da rede (Dolzane; Schweickardt, 2020; PARÁ, 2025).
- **Financiamento**: critérios populacionais e de produção histórica que subfinanciam áreas remotas; ausência de custeio específico para logística, manutenção, conectividade e equipes itinerantes (BRASIL, 2012; Viana et al., 2007).
- **Regulação e informação**: centrais reguladoras que administram escassez sem retroalimentar o planejamento; sistemas de informação fragmentados; ausência de interoperabilidade (BRASIL, 2026a; BRASIL, 2026b).
- **Telessaúde**: iniciativas promissoras, mas com cobertura desigual de conectividade, integração insuficiente aos fluxos assistenciais e risco de ampliar desigualdades digitais (Soibelman et al., 2025; PARÁ, 2025).

3.2 Proposição de um modelo amazônico de regionalização

Diante desse diagnóstico, propõe-se um modelo estruturado em sete componentes interdependentes, que devem ser planejados e implementados de forma articulada (Viana et al., 2007; Garnelo et al., 2019; PARÁ, 2024):

(1) Território funcional: As Regiões de Saúde devem ser definidas (ou redefinidas) com base em fluxos assistenciais reais, tempo de deslocamento, hidrografia, sazonalidade, redes de transporte e relações urbanas (IBGE, 2026; Kadri et al., 2022). A análise deve considerar não apenas a distância em linha reta, mas o tempo de viagem para cada tipo de serviço (atenção primária, urgência, consulta especializada, internação) e a variação sazonal. Isso pode implicar a criação de "territórios móveis" que se ajustam ao calendário hidrológico, com referências diferenciadas para períodos de cheia e seca (Santos et al., 2024).

(2) Atenção Primária resolutiva e coordenadora: A APS deve ser fortalecida como centro da rede, com equipes estáveis (incentivos à fixação, carreira, moradia, conectividade), apoio diagnóstico (exames laboratoriais e de imagem básicos), acesso a medicamentos, teleconsultoria, e protocolos de manejo e encaminhamento (Fausto et al., 2022; Dolzane; Schweickardt, 2020). Unidades fluviais e equipes itinerantes devem ser planejadas para áreas de difícil acesso, com calendários programados e integrados à regulação. A APS deve ter acesso a painéis de regulação para acompanhar seus usuários na rede (BRASIL, 2026b; PARÁ, 2025).

(3) Polos regionais com responsabilidade sanitária: Os municípios-polo devem assumir compromissos formais (contratos ou termos de cooperação) com as populações de referência, incluindo metas de: (a) tempo máximo de espera para consultas especializadas e exames; (b) disponibilidade de leitos; (c) execução de contrarreferência qualificada; (d) apoio matricial às equipes de APS; (e) participação em educação permanente; e (f) monitoramento de desfechos clínicos (Lima et al., 2019; Oliveira et al.,

2019). A contratualização deve ser transparente e vinculada a indicadores públicos (PARÁ, 2024).

(4) Logística sanitária integrada: O transporte de usuários, profissionais, amostras, medicamentos e equipamentos deve ser reconhecido como tecnologia de cuidado, com orçamento próprio e gestão integrada à regulação (Kadri et al., 2022; Santos et al., 2024). Isso inclui: ambulanchas e aeronaves para remoções e acesso programado; casas de apoio para acompanhantes e usuários em tratamento prolongado; rotas regulares para equipes itinerantes e teleconsultas; e planos de contingência para sazonalidade e emergências. A logística deve ser planejada por macrorregião, com central de regulação de transportes (PARÁ, 2025).

(5) Governança interfederativa efetiva: As CIR devem ter pauta permanente de monitoramento do PRI, com relatórios periódicos de acesso, filas, execução orçamentária e indicadores de saúde (Carvalho et al., 2023; Coelho; Lotta; Bajari, 2023). O estado (SESPA) deve exercer coordenação, ofertando apoio técnico, sistemas de informação e mecanismos de redução de assimetrias (ex.: fundos regionais, cooperação técnica). O PRI deve ser revisto anualmente e vinculado ao Plano Plurianual e à Lei Orçamentária, com metas físicas e financeiras explícitas (BRASIL, 2012; PARÁ, 2024). A transparência deve ser garantida por painéis públicos acessíveis a gestores, conselhos e população.

(6) Saúde digital integrada: A interoperabilidade entre prontuário eletrônico, regulação, Telessaúde, laboratório, vigilância e assistência farmacêutica é essencial (Soibelman et al., 2025; PARÁ, 2025). Deve-se priorizar soluções que funcionem offline e de forma assíncrona em áreas com baixa conectividade, além de garantir energia, equipamentos e suporte técnico. A Telessaúde deve ser utilizada para: (a) teleconsultoria entre APS e especialistas; (b) telediagnóstico (ECG, imagens, dermatologia); (c) telemonitoramento de condições crônicas; (d) segunda opinião formativa; e (e) educação permanente (BRASIL, 2022). Protocolos claros, proteção de dados (LGPD) e avaliação de impacto distributivo são requisitos.

(7) Financiamento orientado à equidade: Além dos critérios populacionais, o financiamento deve incorporar índices de dispersão, ruralidade, isolamento, sazonalidade, vulnerabilidade social e custo logístico (Viana et al., 2007; Garnelo et al., 2019). Propõe-se a criação de um "fator de correção amazônica" para o cofinanciamento estadual e federal, que pondere: (a) tempo médio de deslocamento aos serviços de referência; (b) proporção de população ribeirinha/indígena/quilombola; (c) custo de manutenção de equipamentos e transporte; (d) dependência de serviços externos (BRASIL, 2012; PARÁ, 2025). Recursos devem ser alocados não apenas para procedimentos, mas para os "conectores" da rede (transporte, manutenção, conectividade, educação permanente, casas de apoio).

3.3 Agenda operacional escalonada

A implementação do modelo amazônico requer priorização, pactuação e continuidade. Propõe-se uma agenda em três horizontes (PARÁ, 2024; PARÁ, 2025; BRASIL, 2018):

- **Curto prazo (1º ano)**: atualizar o mapeamento de oferta e filas por região; identificar linhas de cuidado críticas (materno-infantil, oncológica, cardiovascular, saúde mental); revisar fluxos de referência e contrarreferência; padronizar um formulário mínimo de encaminhamento e retorno; integrar a agenda regulada à teleconsultoria; priorizar a conectividade de 20% das unidades mais remotas; instituir uma comissão técnica de monitoramento do PRI em cada CIR (BRASIL, 2026a; BRASIL, 2026b).

- **Médio prazo (2 a 4 anos)**: elaborar planos macrorregionais de investimento e custeio para cada componente do modelo; implantar redes de transporte sanitário com rotas programadas e protocolos de urgência; expandir residências médicas e multiprofissionais para polos regionais; contratualizar hospitais e policlínicas com metas de acesso e qualidade; implantar interoperabilidade básica (identificação do usuário, encaminhamento, resumo de alta); realizar concurso público para provimento de especialistas com incentivos regionais (PARÁ, 2025; Dolzane; Schweickardt, 2020).
- **Longo prazo (5 a 10 anos)**: institucionalizar o fator amazônico na lei orçamentária e nos critérios de transferência; consolidar polos intermediários, reduzindo a dependência excessiva da capital em 30% a 50% para procedimentos eletivos; revisar a delimitação das Regiões de Saúde com base em fluxos atualizados; instituir um sistema permanente de avaliação de desempenho regional, com participação social; e criar um fundo estadual de desenvolvimento regional da saúde (Viana et al., 2007; Garnelo et al., 2019; BRASIL, 2012).

3.4 Indicadores de monitoramento e avaliação

Para cada componente, são propostos indicadores específicos (BRASIL, 2026a; BRASIL, 2026b; PARÁ, 2024):

- **Acesso**: tempo mediano entre solicitação e realização de consulta especializada, exame e cirurgia eletiva; proporção de usuários atendidos na própria região; tempo de deslocamento médio; taxa de absenteísmo por barreira logística (Santos et al., 2024; Oliveira et al., 2019).
- **APS**: cobertura populacional; taxa de resolução de problemas de saúde na APS; proporção de encaminhamentos com contrarreferência recebida; estabilidade das equipes (tempo médio de permanência) (Fausto et al., 2022; BRASIL, 2026b).
- **Força de trabalho**: número de especialistas por 100 mil habitantes; rotatividade anual; cobertura de equipes multiprofissionais (Dolzane; Schweickardt, 2020; PARÁ, 2025).
- **Financiamento**: despesa per capita ajustada por dispersão; percentual do orçamento destinado a conectores da rede; execução das metas do PRI (BRASIL, 2012; Viana et al., 2007).
- **Governança**: percentual de deliberações das CIR executadas; tempo médio entre pactuação e implementação; transparência (painéis públicos atualizados) (Carvalho et al., 2023; Coelho; Lotta; Bajari, 2023).
- **Telessaúde**: número de teleconsultorias, telediagnósticos e capacitações realizadas; redução de deslocamentos evitáveis; satisfação de usuários e profissionais (Soibelman et al., 2025; PARÁ, 2025).
- **Equidade**: razão entre indicadores de acesso das regiões mais e menos favorecidas; diferença de tempo de espera entre capital e interior (Garnelo et al., 2019; Lima et al., 2019).

A avaliação deve ser contínua, com relatórios anuais e revisões trienais, e deve envolver universidades, conselhos de saúde e controle social para garantir transparência e aprendizagem (BRASIL, 1990b; PARÁ, 2024).

4 CONCLUSÃO

O fortalecimento da regionalização do SUS no Pará não será alcançado por medidas isoladas ou pela simples expansão de serviços. Exige uma mudança de paradigma: abandonar a expectativa de uniformidade e adotar a interdependência planejada como princípio organizador (Viana et al., 2007; Garnelo et al., 2019). O modelo

amazônico aqui proposto reconhece que as mesmas condições de acesso e continuidade do cuidado devem ser garantidas a todos, mas os meios para alcançá-las variam conforme o território (Lima et al., 2019; Oliveira et al., 2019).

A governança interfederativa deve ser avaliada por sua capacidade de produzir decisões vinculantes, financiar responsabilidades pactuadas e reduzir assimetrias (Carvalho et al., 2023; Coelho; Lotta; Bajari, 2023). O financiamento precisa incorporar os custos reais da provisão em áreas dispersas, sob risco de perpetuar iniquidades (BRASIL, 2012; Viana et al., 2007). A APS deve ser fortalecida não como barreira ao acesso especializado, mas como coordenadora do cuidado, capaz de resolver a maioria dos problemas e encaminhar com qualidade quando necessário (Fausto et al., 2022; Dolzane; Schweickardt, 2020). A logística, a regulação, a telessaúde e a força de trabalho são conectores essenciais, que transformam pontos de atenção isolados em redes contínuas (Kadri et al., 2022; Soibelman et al., 2025).

A agenda escalonada oferece um caminho factível, mas sua implementação depende de vontade política, capacitação técnica, financiamento sustentável e participação social ativa (PARÁ, 2024; PARÁ, 2025). A regionalização é um processo, não um evento; exige continuidade institucional e aprendizado permanente. O Pará, com sua diversidade e desafios, pode ser laboratório para um modelo de SUS que respeite as diferenças territoriais sem renunciar à universalidade, integralidade e equidade – pilares que justificam a existência do sistema (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990a; Garnelo et al., 2019).

REFERÊNCIAS

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Presidência da República, 1988.

BRASIL. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080/1990 para dispor sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa. Brasília, DF: Presidência da República, 2011.

BRASIL. Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal e dispõe sobre valores mínimos e critérios de rateio dos recursos em saúde. Brasília, DF: Presidência da República, 2012.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990a. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Brasília, DF: Presidência da República, 1990.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990b. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros. Brasília, DF: Presidência da República, 1990.

BRASIL. Lei nº 14.510, de 27 de dezembro de 2022. Altera a Lei nº 8.080/1990 para autorizar e disciplinar a prática da telessaúde em todo o território nacional. Brasília, DF: Presidência da República, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Dados extraídos em julho de 2026a. Disponível em: https://cnes.datasus.gov.br/. Acesso em: 29 jul. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. e-Gestor Atenção Básica. Dados de cobertura da APS no Pará. Acesso em julho de 2026b. Disponível em: https://egestorab.saude.gov.br/. Acesso em: 29 jul. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução CIT nº 23, de 17 de agosto de 2017. Estabelece diretrizes para regionalização, Planejamento Regional Integrado e governança das Redes de Atenção à Saúde. Brasília, DF, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução CIT nº 37, de 22 de março de 2018. Dispõe sobre o Planejamento Regional Integrado e a organização de macrorregiões de saúde. Brasília, DF, 2018.

CARVALHO, A. L. B. et al. Governança regional e coordenação interfederativa no SUS: desafios e potencialidades. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 5, p. 1407-1418, 2023.

COELHO, T. C.; LOTTA, G. S.; BAJARI, E. S. Confiança e cooperação na governança regional da saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 47, n. 137, p. 312-325, 2023.

DOLZANE, R. S.; SCHWEICKARDT, J. C. Atenção básica no Amazonas: provimento, fixação e perfil profissional em contextos de difícil acesso. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, e0025589, 2020.

FAUSTO, M. C. R. et al. Sustentabilidade da Atenção Primária à Saúde em territórios rurais remotos na Amazônia. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 8, p. 3145-3156, 2022.

GARNELO, L. et al. Especificidades e desafios das políticas públicas de saúde na Amazônia. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 12, e00103219, 2019.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pará: Cidades e Estados**. Rio de Janeiro: IBGE, 2026. Disponível em: https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pa/panorama. Acesso em: 29 jul. 2026.

KADRI, M. R. E. et al. Os modos de fazer saúde na Amazônia das Águas. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 26, e210505, 2022.

LIMA, L. D. et al. Arranjos regionais de governança do Sistema Único de Saúde: diversidade de prestadores e desigualdade espacial. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 5, e00087018, 2019.

MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F.; GOMES, R. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 34. ed. Petrópolis: Vozes, 2018.

OLIVEIRA, R. A. D. et al. Barreiras de acesso aos serviços em Regiões de Saúde do Brasil: percepção de gestores e profissionais do SUS. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 8, e00172218, 2019.

PARÁ. Secretaria de Estado de Saúde Pública. **Plano Estadual da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde 2024-2027**. Belém: SESPA, 2025.

PARÁ. Secretaria de Estado de Saúde Pública. **Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde 2024-2027**. Belém: SESPA, 2024.

PARÁ. Secretaria de Estado de Saúde Pública. **Programa SUS Digital: modelo para elaboração do Plano de Ação de Transformação para a Saúde Digital do Estado do Pará**. Belém: SESPA, 2025.

PARÁ. Secretaria de Estado de Saúde Pública. **Regionais de Saúde do Pará**. Belém: SESPA, 2024. Disponível em: https://www.saude.pa.gov.br. Acesso em: 29 jul. 2026.

SANTOS, A. M. et al. Dinâmica da regionalização e repercussões dos vazios assistenciais em municípios rurais remotos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 2, e00123423, 2024.

SOIBELMAN, M. et al. Saúde digital na Atenção Primária à Saúde: evidências e desafios. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 59, n. 1, p. 1-12, 2025.

VIANA, A. L. d'Ávila et al. Desafios de uma política regional para a Amazônia Legal: organização e acesso aos serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, supl. 2, p. S207-S217, 2007.

AÇÃO EDUCATIVA SOBRE HPV E PREVENÇÃO DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: RELATO DE EXPERIÊNCIA NA USF+ COQUE BERILO, EM RECIFE

FABIEL DE SANTANA MADUREIRA; VINÍCIUS FERNANDES SANTANA; RENATA CRISTINA DOS SANTOS ALVES; DHULYA SYNDELY ROLIM FREIRE; MARIA EDUARDA GABRIELA MENEZES XAVIER; GEÓRGIA SANTIAGO AGOSTINHO

Introdução: O câncer do colo do útero permanece como importante problema de saúde pública, embora apresente elevado potencial de prevenção por meio da vacinação contra o papilomavírus humano, do rastreamento e do diagnóstico precoce. A desinformação, o receio relacionado ao exame preventivo e as dificuldades de acesso aos serviços podem reduzir a adesão às medidas de prevenção. **Objetivo:** Relatar a experiência de uma ação educativa sobre HPV e prevenção do câncer do colo do útero realizada na USF+ Coque Berilo, localizada no bairro da Ilha de Joana Bezerra, em Recife, Pernambuco. **Relato de experiência:** A atividade foi desenvolvida por estudantes de Medicina com mulheres de 18 a 50 anos acompanhadas pela unidade. Utilizou-se abordagem expositivo-dialogada, com acolhimento, sondagem do conhecimento prévio, exposição breve, dinâmica de perguntas e respostas e distribuição de material educativo. Foram abordados transmissão e prevenção do HPV, vacinação, fatores de risco, finalidade do exame Papanicolau, periodicidade do rastreamento e acesso aos serviços da atenção primária. Na sondagem inicial, identificaram-se dúvidas sobre a relação entre HPV e câncer do colo do útero, a idade recomendada para o exame e a indicação da vacina. Durante a atividade, houve participação ativa, compartilhamento de experiências, esclarecimento de dúvidas e correção de informações equivocadas. Ao final, as participantes relataram maior compreensão sobre as medidas preventivas e intenção de verificar a regularidade do exame preventivo e a situação vacinal. A experiência também favoreceu o desenvolvimento de habilidades de comunicação e educação em saúde entre os estudantes. **Conclusão:** A ação educativa mostrou-se uma estratégia adequada para ampliar o diálogo sobre HPV e câncer do colo do útero, fortalecer o autocuidado e aproximar a comunidade da atenção primária. A abordagem dialógica e acolhedora criou um espaço favorável à expressão de dúvidas e ao compartilhamento de experiências, favorecendo o enfrentamento de barreiras relacionadas ao constrangimento e à desinformação, além de ampliar o acesso a orientações qualificadas sobre vacinação, rastreamento e acompanhamento em saúde.

Palavras-chave: **AUTOCUIDADO; EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA; SAÚDE DA MULHER**

DOI: 10.51161/iv-conasus/85805

PROMOÇÃO DA SAÚDE SEXUAL NA ADOLESCÊNCIA POR MEIO DO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

JOANA GARBIN DOS SANTOS; MARCELA TEDESCO

RESUMO

A adolescência é uma fase marcada por transformações biopsicossociais que podem aumentar a vulnerabilidade às infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) e à gravidez não planejada quando associadas ao acesso insuficiente à informação e às ações de educação em saúde. Nesse cenário, a articulação entre os serviços de saúde e o ambiente escolar representa uma estratégia importante para a promoção da saúde e prevenção de agravos. Este trabalho teve como objetivo relatar a experiência de uma ação de educação em saúde sobre educação sexual, prevenção das ISTs e gravidez na adolescência realizada com estudantes do ensino médio de uma escola vinculada ao Programa Saúde na Escola. Trata-se de um relato de experiência desenvolvido por acadêmicas de enfermagem durante o estágio curricular em uma Unidade Básica de Saúde de Caxias do Sul, Rio Grande do Sul. A intervenção foi planejada em conjunto com a equipe da unidade e a escola e contemplou apresentação dialogada, utilização de recursos audiovisuais, dinâmica educativa, demonstração do uso correto dos preservativos masculino e feminino e espaço para esclarecimento de dúvidas. Durante a atividade, observou-se expressiva participação dos estudantes, evidenciada pelo interesse nos temas abordados, pela interação durante as discussões e pela realização de perguntas espontâneas e anônimas. A avaliação realizada ao final da ação demonstrou satisfação dos alunos participantes, e a equipe escolar destacou a relevância da atividade para a comunidade escolar. A experiência evidenciou que o ambiente escolar favorece o diálogo sobre sexualidade, amplia o acesso a informações qualificadas e fortalece o protagonismo dos adolescentes no cuidado com a própria saúde. Conclui-se que ações de educação em saúde desenvolvidas pela enfermagem, em parceria com o Programa Saúde na Escola, constituem estratégias relevantes para a promoção da saúde sexual e reprodutiva. Apesar das limitações relacionadas à realização de um único encontro e à resistência inicial de alguns familiares quanto à abordagem do tema, a experiência reforça a necessidade de ampliar e dar continuidade a ações educativas voltadas aos adolescentes no contexto escolar.

Palavras-chave: Educação em Saúde; Enfermagem; Programa Saúde na Escola.

1 INTRODUÇÃO

A adolescência é um período marcado por intensas mudanças físicas, emocionais e sociais, caracterizando-se como uma fase de construção da identidade e de aquisição de autonomia. Nesse contexto, o início da vida sexual pode ocorrer de forma precoce e sem orientação, quando o acesso à informações e ações de educação em saúde é insuficiente, torna estes adolescentes mais vulneráveis às infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) e à gravidez não planejada. Nesse contexto, a articulação entre a Atenção Primária à Saúde e o

DOI: 10.51161/iv-conasus/85807

ambiente escolar, por meio de estratégias de educação em saúde, constitui uma importante ferramenta para a promoção da saúde, prevenção de agravos e fortalecimento do autocuidado.

Nesse contexto, a implementação de ações educativas no ambiente escolar representa uma estratégia eficaz para aproximar os adolescentes dos serviços de saúde e ampliar o acesso a informações baseadas em evidências. A integração entre os setores da saúde e da educação favorece o desenvolvimento de atividades contínuas de promoção da saúde, prevenção de agravos e incentivo ao autocuidado, contribuindo para a formação de adolescentes mais conscientes e protagonistas do cuidado com sua própria saúde.

Diante desse cenário, a enfermagem desempenha papel fundamental na realização de ações educativas que favorecem o diálogo, esclarecem dúvidas e aproximam os adolescentes dos serviços de saúde. Assim, este trabalho teve como objetivo relatar a experiência da realização de uma ação de educação em saúde sobre educação sexual, prevenção das ISTs e gravidez na adolescência com estudantes do ensino médio de uma escola vinculada ao Programa Saúde na Escola.

2 RELATO DE EXPERIÊNCIA

Trata-se de um relato de experiência acerca de uma ação de educação em saúde desenvolvida por acadêmicas de enfermagem durante o estágio curricular na Unidade Básica de Saúde Rio Branco, em Caxias do Sul, Rio Grande do Sul, em novembro de 2025. A atividade foi realizada em uma escola estadual vinculada ao Programa Saúde na Escola (PSE), envolvendo aproximadamente 100 estudantes do ensino médio, com idades entre 14 e 18 anos.

A intervenção foi proposta após a identificação, pela equipe da escola e da Unidade Básica de Saúde, da necessidade de ampliar as ações de educação sexual em razão do aumento de casos de gravidez na adolescência no território de abrangência da UBS e da preocupação com o conhecimento insuficiente dos estudantes sobre infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) e métodos contraceptivos. A partir dessa demanda, foi realizado o planejamento conjunto entre a equipe da unidade e a direção da escola, definindo as turmas participantes, o cronograma e as estratégias educativas, buscando desenvolver uma ação compatível com as necessidades do público-alvo e fortalecer a integração entre os setores da saúde e da educação.

A ação foi conduzida por acadêmicas de enfermagem, sob supervisão da equipe da unidade, por meio de palestra expositiva dialogada, utilizando recursos audiovisuais para abordar educação sexual, prevenção das ISTs, métodos contraceptivos e gravidez na adolescência. Como estratégia complementar, foi realizada a dinâmica interativa "Mitos e Verdades", seguida da demonstração prática do uso correto dos preservativos masculino e feminino, com utilização de próteses educativas, favorecendo a participação dos estudantes e o esclarecimento de dúvidas de forma acessível.

Durante toda a atividade, os adolescentes foram estimulados a participar das discussões, compartilhar experiências e esclarecer dúvidas, tanto verbalmente de forma espontânea quanto por meio de perguntas anônimas em um papel entregue igualmente a todos os alunos e recolhido ao final de cada apresentação, favorecendo um ambiente acolhedor, participativo e livre de julgamentos. Ao final da intervenção, foi realizada uma roda de conversa e uma avaliação dos participantes, possibilitando identificar a percepção dos estudantes acerca da atividade e dos conhecimentos adquiridos, além de subsidiar a reflexão sobre a importância da continuidade de ações educativas no ambiente escolar.

3 DISCUSSÃO

A realização da ação educativa evidenciou o ambiente escolar como um espaço estratégico para o desenvolvimento de ações de promoção da saúde voltadas aos adolescentes.

DOI: 10.51161/iv-conasus/85807

Durante a intervenção, observou-se ampla participação dos estudantes, demonstrada pelo interesse nos temas abordados, pela interação ao longo da atividade e pela realização de perguntas, tanto de forma espontânea quanto anônima, possibilitando o esclarecimento de dúvidas relacionadas à saúde sexual e reprodutiva em um ambiente acolhedor e livre de julgamentos. Ao final da atividade, os participantes responderam a uma avaliação, na qual destacaram a relevância das informações apresentadas e demonstraram satisfação com a intervenção. Além disso, a equipe escolar manifestou avaliação positiva da ação, ressaltando sua importância para os estudantes.

Os resultados corroboram aos achados de Franco et al. (2020), que observaram elevado interesse e participação dos adolescentes durante as atividades educativas, além de reconhecerem o ambiente escolar como um espaço promissor para a educação em saúde e para a atuação do enfermeiro na promoção da saúde sexual e reprodutiva.

Esses achados reforçam que a escola constitui um espaço privilegiado para o desenvolvimento de ações de educação em saúde, favorecendo o diálogo, a desconstrução de mitos e o acesso a informações confiáveis sobre sexualidade, fortalecendo a autonomia dos adolescentes para o autocuidado.

Inicialmente, observou-se que alguns estudantes demonstravam timidez, constrangimento e certa resistência em participar das discussões, especialmente por se tratar de uma temática que ainda pode ser cercada por tabus e dificuldades de diálogo. Entretanto, a utilização de uma abordagem acolhedora, participativa e livre de julgamentos favoreceu a construção gradual de um ambiente de confiança. Ao longo da atividade, os estudantes passaram a demonstrar maior abertura para o diálogo, envolvendo-se nas discussões, e participando da dinâmica proposta. Essa mudança evidenciou a importância de estratégias que respeitem o tempo dos adolescentes e possibilitem a expressão de dúvidas e opiniões de maneira segura, contribuindo para uma participação mais ativa e significativa no processo de educação em saúde.

A abordagem educativa adotada, baseada no diálogo, na participação ativa dos estudantes e em demonstrações práticas, favoreceu a construção compartilhada do conhecimento e tornou o processo de aprendizagem mais dinâmico e significativo. A possibilidade de realização de perguntas de forma anônima mostrou-se uma estratégia importante para estimular a participação, especialmente em uma temática ainda permeada por tabus e constrangimentos. Esses resultados estão em consonância com estudos os quais evidenciam que metodologias participativas em educação em saúde favorecem o protagonismo dos adolescentes, ampliam a assimilação dos conteúdos e contribuem para o desenvolvimento do pensamento crítico e de atitudes voltadas à promoção da saúde, argumento fortalecido pelo estudo de Oliveira et al. (2014), onde fala que as estratégias participativas, como rodas de conversa e outras metodologias dialógicas, favoreceram a participação espontânea dos usuários, o diálogo e o desenvolvimento da autonomia e da corresponsabilidade.

Outro aspecto relevante observado foi a atuação da equipe de enfermagem no planejamento e na execução da intervenção, evidenciando o papel do enfermeiro como educador em saúde no âmbito da Atenção Primária. Além de promover o compartilhamento de informações baseadas em evidências científicas, a enfermagem fortalece o vínculo entre os adolescentes, a escola e os serviços de saúde. Nesse contexto, o Programa Saúde na Escola configura-se como uma importante política pública ao integrar os setores da saúde e da educação, favorecendo o desenvolvimento de ações de promoção da saúde sexual e reprodutiva e prevenção de agravos, de acordo com as necessidades e particularidades de cada realidade local (Brasil, 2006).

O planejamento e a condução da atividade possibilitaram o aprimoramento de habilidades relacionadas à comunicação, à organização e à adaptação da linguagem às

diferentes necessidades do público adolescente. A abordagem de uma temática permeada por dúvidas, tabus e constrangimentos exigiu uma postura acolhedora, ética e livre de julgamentos, favorecendo o desenvolvimento da escuta qualificada e da capacidade de estabelecer uma comunicação efetiva com os estudantes.

Entre as limitações observadas, destaca-se a resistência inicial de alguns pais e responsáveis em relação à abordagem da temática da sexualidade no ambiente escolar, evidenciando que ainda persistem tabus e receios acerca da educação sexual na adolescência. Esse cenário demonstra a importância de envolver também as famílias nas ações educativas, fortalecendo o diálogo e esclarecendo o caráter preventivo dessas intervenções. Apesar dessas limitações, a experiência reforça a necessidade da continuidade de ações de educação em saúde desenvolvidas de forma integrada entre os setores da saúde e da educação, contribuindo para a promoção da saúde sexual e reprodutiva, o fortalecimento do autocuidado e a formação de adolescentes mais conscientes e preparados para a tomada de decisões relacionadas à sua saúde.

4 CONCLUSÃO

A experiência permitiu alcançar o objetivo proposto, evidenciando que ações de educação em saúde desenvolvidas no ambiente escolar constituem uma importante estratégia para a promoção da saúde sexual e reprodutiva de adolescentes. A participação ativa dos estudantes, o interesse demonstrado durante a atividade, a realização de perguntas de forma espontânea e anônima e a avaliação positiva ao final da intervenção evidenciaram a importância de criar espaços seguros para o diálogo, o esclarecimento de dúvidas e a construção de conhecimentos relacionados à sexualidade.

Além de contribuir para a ampliação do conhecimento dos adolescentes, a experiência reforçou o papel da enfermagem como agente de promoção da saúde e educação em saúde, bem como a relevância da integração entre os serviços de saúde e a escola, por meio do Programa Saúde na Escola, para o desenvolvimento de ações preventivas e de incentivo ao autocuidado. Também possibilitou às acadêmicas vivenciar o planejamento e a execução de uma intervenção educativa voltada às necessidades identificadas no território, fortalecendo a articulação entre ensino, serviço e comunidade.

Como limitações, destacam-se a realização da atividade em um único encontro e as restrições quanto à distribuição de materiais educativos e preservativos, decorrentes da preocupação da escola e da Unidade Básica de Saúde com a possível resistência de pais e responsáveis em relação à abordagem da temática. Esses aspectos evidenciam que tabus relacionados à educação sexual ainda representam desafios para a implementação de ações de promoção da saúde no ambiente escolar. Dessa forma, ressalta-se a necessidade de ampliar e dar continuidade às ações educativas, envolvendo não apenas os adolescentes, mas também a comunidade escolar e as famílias, a fim de fortalecer o diálogo, reduzir estigmas e contribuir para escolhas mais conscientes e responsáveis relacionadas à saúde sexual e reprodutiva.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Diretrizes para implantação do Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

FRANCO, M. S.; BARRETO, M. T. S.; CARVALHO, J. W.; SILVA, P. P.; MOREIRA, W. C.; CAVALCANTE, M. C.; SILVA, D. F. C.; LIMA, L. H. O. Educação em saúde sexual e reprodutiva do adolescente escolar. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, Recife, v. 14, p. 1-8, 2020.

OLIVEIRA, G. N.; SILVA, M. F.; ARAÚJO, I. F.; CARVALHO, S. R. Cartografia de uma roda de conversa: limites e possibilidades na construção de um cuidado em saúde. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu,** v. 18, supl. 2, p. 1389-1400, 2014.

SAMPAIO, J.; SANTOS, G. C.; AGOSTINI, M.; SALVADOR, A. S. Limites e potencialidades das rodas de conversa no cuidado em saúde: uma experiência com jovens no sertão pernambucano. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu,** v. 18, supl. 2, p. 1299-1311, 2014.

DOI: 10.51161/iv-conasus/85807

ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DO CÂNCER COLORRETAL EM PERNAMBUCO, ALAGOAS E SERGIPE (2022-2024): DISPARIDADES REGIONAL E DESAFIOS

ISADORA BARROS SOUTO; JOSEFINA DA SILVA SANTOS

RESUMO

O câncer colorretal representa um problema relevante de saúde pública no Brasil, figurando entre as neoplasias mais incidentes e como importante causa de óbito por câncer no país, com padrões epidemiológicos específicos e desafios assistenciais nos estados de Pernambuco, Alagoas e Sergipe. Este estudo teve como objetivo analisar a prevalência, os tipos de neoplasia e a mortalidade por câncer colorretal nesses três estados no período de 2022 a 2024, buscando identificar disparidades no acesso aos serviços oncológicos entre as localidades. Trata-se de estudo descritivo, observacional, transversal, de abordagem quantitativa, realizado a partir de dados secundários de domínio público, obtidos no Sistema de Informações Hospitalares e no Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde, além do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, considerando os códigos C18, C19 e C20 da Classificação Internacional de Doenças e variáveis sociodemográficas e clínicas. Os resultados evidenciaram disparidades regionais acentuadas: Pernambuco apresentou a maior carga geral da doença e concentrou a maioria dos diagnósticos registrados na região, enquanto Sergipe registrou a maior aceleração na taxa de mortalidade no triênio, reduzindo progressivamente a diferença em relação a Pernambuco. A neoplasia de cólon foi a mais frequente entre os tipos analisados, seguida pela de reto, com crescimento mais acelerado desta última. Observou-se ainda um pico de diagnósticos em 2023, seguido de queda expressiva em 2024, possivelmente relacionado a efeitos de recuperação pós-pandêmica. Conclui-se que o cenário epidemiológico da região é marcado por crescimento desigual da doença, concentração da assistência diagnóstica e lacunas nos registros oncológicos, reforçando a necessidade de políticas públicas integradas voltadas à descentralização do diagnóstico, ao fortalecimento do rastreamento e à melhoria da qualidade das informações em saúde nos três estados.

Palavras-chave: neoplasias do colo e reto; mortalidade; sistemas de informação em saúde.

1 INTRODUÇÃO

No Brasil, o câncer colorretal (CCR) representa um grave desafio para a saúde da população, figurando como o terceiro tipo de câncer mais comum e a segunda maior causa de óbitos por câncer no país, segundo dados do Instituto Nacional do Câncer (INCA) (INCA, 2023). Em Alagoas, Sergipe e Pernambuco, a doença manifesta padrões epidemiológicos específicos e enfrenta dificuldades no diagnóstico e tratamento, demandando pesquisas focadas para orientar a criação de políticas de saúde pública eficientes (Inca, 2025; Brasil, 2023).

De acordo com o INCA, o Brasil deve registrar mais de 45 mil novos diagnósticos de câncer colorretal a cada ano, com um aumento preocupante nas regiões Nordeste e Sudeste. Essa doença, classificada como C18 a C20, atinge principalmente pessoas acima dos 50 anos, embora se observe um crescimento considerável no número de casos em adultos mais jovens,

DOI: 10.51161/iv-conasus/85811

possivelmente associado a hábitos como alimentação pobre em fibras, sedentarismo, obesidade e tabagismo (Marinho et al., 2025).

A detecção precoce do câncer colorretal (CCR) tem um papel crucial na redução das mortes, já que pacientes diagnosticados nas fases iniciais (I e II) exibem uma chance de sobrevivência de cerca de 90% em cinco anos (Brasil, 2025). Entretanto, dados do INCA mostram que perto de 30% dos casos no Nordeste são descobertos em fases mais avançadas (III e IV), o que acaba limitando as opções de tratamento. A colonoscopia e o exame de sangue nas fezes são os principais métodos de rastreamento, mas o acesso a eles varia muito nas áreas analisadas, sendo mais difícil, principalmente em áreas rurais e nas periferias das cidades (Erbes, 2024).

O tratamento do câncer colorretal varia conforme o estágio da doença e engloba cirurgia, quimioterapia, radioterapia e terapias direcionadas (Zanatto, 2020). Mesmo com as melhorias nas terapias, a taxa de mortalidade ainda é alta no Nordeste, onde a chance de sobreviver por cinco anos é cerca de 10% menor do que no Sudeste, conforme dados do INCA. Ao examinar os dados provenientes dos sistemas de informação em saúde – a exemplo do SISCAN, DATASUS – será possível identificar as disparidades no acesso a serviços de diagnóstico e tratamento nos três estados, localizando áreas problemáticas que precisam de ações específicas (Brasil, 2023).

Este estudo tem como objetivo analisar a prevalência, os tipos de neoplasia e a mortalidade por câncer colorretal nos estados de Alagoas, Sergipe e Pernambuco entre 2022 e 2024, com base em dados dos sistemas de informação em saúde, a fim de identificar possíveis disparidades no acesso aos serviços oncológicos entre essas localidades.

2 MATERIAL E MÉTODOS

A presente pesquisa pode ser caracterizada como estudo descritivo, observacional transversal com abordagem quantitativa realizado por meio de busca em dados secundários disponíveis em plataforma virtual de domínio público.

Considerando os objetivos da pesquisa, as seguintes hipóteses foram elaboradas:

Hipótese 1: Existe uma tendência de aumento na prevalência de câncer colorretal durante o período analisado.

Hipótese 2: Fatores socioeconômicos, como menor Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), estão associados a piores desfechos no tratamento do câncer colorretal.

Hipótese 3: As estratégias terapêuticas para o câncer colorretal variam significativamente entre os três estados.

Coleta de Dados

Os dados serão obtidos a partir de consultas às bases disponibilizadas pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde - DATASUS (Sistema de Informações Hospitalares do SUS - SIH/SUS e Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS - SIA/SUS) e pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE.

Para coleta de dados serão levados em consideração os estados de Alagoas, Sergipe e Pernambuco no período de 2022 a 2024. A pesquisa utilizará como referência os CID-10: C18, C19 e C20, correspondentes às neoplasias malignas do cólon, da junção reto sigmoide e do reto, respectivamente. As variáveis a serem coletadas estão discriminadas no quadro 01.

Quadro 1 – Variáveis que foram coletadas.

Tipo	Variável

DOI: 10.51161/iv-conasus/85811

Sociodemográfica	Idade, Sexo, Município de residência, População, Taxa de Mortalidade, PIB dos estados
Clínica	Localização do tumor

Tratamento e Análise dos Dados

O gerenciamento dos dados coletados será realizado através do programa Microsoft Excel®, e as variáveis quantitativas serão expressas usando medidas descritivas e apresentadas na forma de tabelas e gráficos.

Aspectos éticos

Para o presente estudo não houve a necessidade de encaminhamento para a análise e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, visto que os dados a serem analisados são provenientes de bancos de dados de domínio público, disponíveis na internet e de acesso público.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados preliminares deste estudo sobre o câncer colorretal (CCR) nos estados de Alagoas, Sergipe e Pernambuco, entre 2022 e 2024, revelam disparidades regionais acentuadas no que tange à prevalência, a incidência de novos casos, os tipos de neoplasia e às taxas de mortalidade. A detecção precoce do CCR é um fator crítico para a redução da mortalidade e melhora do prognóstico, sendo que o rastreamento e o diagnóstico precoce não apenas melhoram a sobrevida, mas também reduzem significativamente os custos associados ao tratamento de estágios avançados da doença (Tonini & Zanni, 2024).

Em relação ao perfil epidemiológico, Pernambuco e Sergipe apresentaram as maiores taxas de prevalência (Figura 1a) por 100 mil habitantes, com destaque para o público feminino. Em Sergipe, a prevalência feminina atingiu 14,28 em 2023, esse dado corrobora a tendência nacional de predominância feminina (52,33%) observada em estudos recentes (Filho & Santos, 2024).

No Sudeste, o estado de São Paulo também lidera as notificações, sugerindo que a densidade populacional e o acesso a centros de referência influenciam esses índices [Costa, 2024; Oliveira Filho, 2025]. Estudos realizados na Região Sul do Brasil também evidenciam maior incidência de CCR em estados com maior densidade populacional e melhor infraestrutura de saúde, como o Rio Grande do Sul, que concentrou 45% dos casos notificados na região entre 2018 e 2022 (Souza et al., 2024).

Além disso, observou-se uma tendência de alta nas patologias específicas, com a neoplasia de reto (C20) apresentando o crescimento mais acelerado e generalizado em toda a região estudada. Este padrão é consistente com o observado em outras regiões do Brasil, onde a neoplasia de reto tem demonstrado aumento progressivo, possivelmente associado a mudanças nos fatores de risco e nos padrões de rastreamento (Tonini & Zanni, 2024; Souza et al., 2024).

DOI: 10.51161/iv-conasus/85811

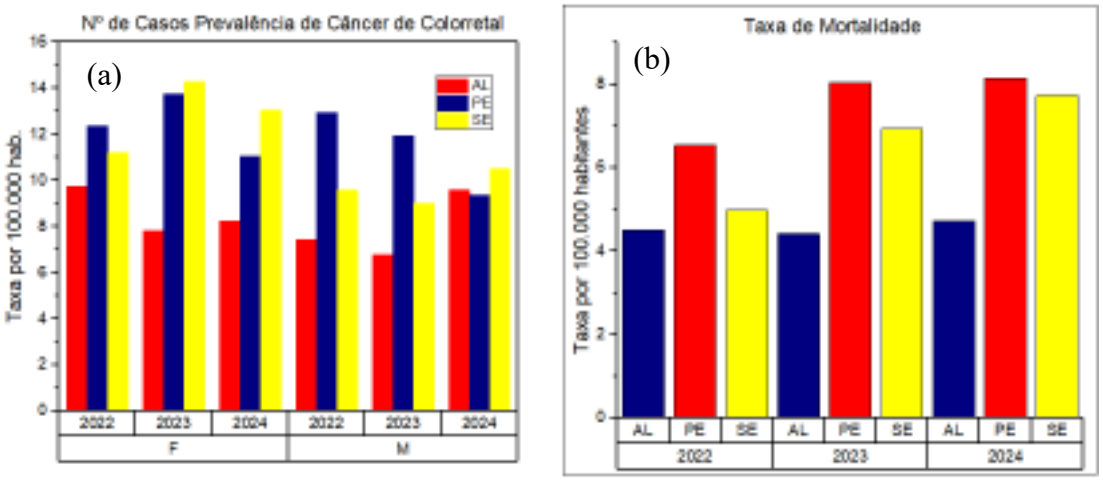


Figura 1: (a) Gráfico do número de casos de prevalência de CCR por UF e sexo. (b) Gráfico da taxa de mortalidade por UF e ano.

A análise da taxa de mortalidade (Figura 1b) por neoplasias colorretais em Pernambuco, Alagoas e Sergipe entre 2022 e 2024 revela um cenário de crescimento generalizado e desigual. A taxa média de mortalidade na região aumentou 28,5% no período, passando de 5,34 para 6,86 óbitos por 100 mil habitantes. Pernambuco manteve os maiores índices em todos os anos, com alta de 24,6% (de 6,53 para 8,14). Sergipe apresentou a maior aceleração (+55,5%), saltando de 4,97 para 7,73, o que reduziu a diferença em relação a Pernambuco de 31,4% em 2022 para apenas 5,3% em 2024. Alagoas manteve-se estável entre 4,41 e 4,72, com taxa 42% menor que a de Pernambuco em 2024, embora essa diferença deva ser interpretada com cautela devido à possível subnotificação, uma vez que estudos prévios já documentaram lacunas na completude dos registros oncológicos em estados do Nordeste (Souza et al., 2024).

O dado mais preocupante é a convergência entre Pernambuco e Sergipe, que saíram de uma diferença de 31,4% em 2022 para apenas 5,3% em 2024, sinalizando uma possível homogeneização regional em patamares elevados de mortalidade. Este movimento, aliado ao crescimento generalizado de 28,5% na região, demanda investigação para determinar se decorre de aumento real na incidência, piora no acesso ao tratamento ou melhora na captação de óbitos. A literatura tem demonstrado que atrasos no rastreamento e na vigilância resultam em progressão de lesões precursoras e detecção de tumores em estágios mais avançados, o que impacta diretamente a sobrevida (Tonini & Zanni, 2024). Os achados reforçam a necessidade de políticas públicas integradas para diagnóstico precoce e tratamento oportuno em toda a região, bem como análises complementares de completude dos registros para validar as comparações entre os estados (Filho & Santos, 2024; Souza et al., 2024).

Entre as neoplasias (Figura 2a), C18 (cólon) é a mais frequente, representando 62% a 70% dos casos. Pernambuco tem a maior proporção (70,5%) e Sergipe a menor (62,2%). A taxa média de C18 em Pernambuco (13,70) é 62% maior que em Alagoas (8,44). C19 (junção retossigmóide) é a menos frequente, mas Sergipe se destaca com taxa 108% maior que Pernambuco e 133% maior que Alagoas. C20 (reto) é a segunda mais frequente (26% a 32% dos casos), com Sergipe liderando (5,78) e Alagoas com a menor taxa (4,28). Estes achados são consistentes com estudos realizados na Região Sul, que também identificaram a neoplasia de cólon como a mais frequente, representando a maioria dos casos notificados (Souza et al., 2024).

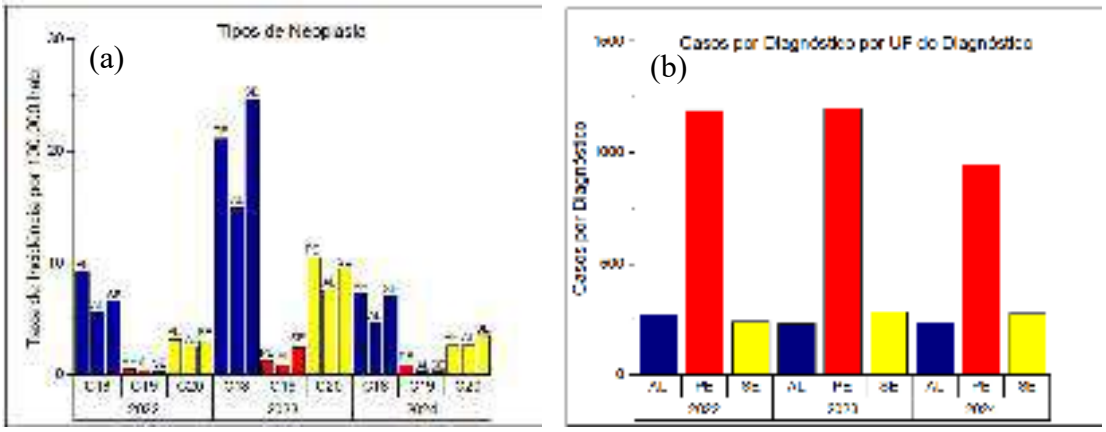


Figura 2: (a) Taxa de incidência das neoplasias C18, C19 e C20 por ano. (b) Gráfico do número de casos por diagnóstico por UF e ano.

Pernambuco apresenta a maior carga geral (19,43 por 100 mil habitantes), com 46% mais casos que Alagoas (13,29) e 3% mais que Sergipe (18,81). A pequena diferença entre PE e SE indica perfis epidemiológicos semelhantes. Sergipe não retornou aos níveis de 2022 em 2024, mantendo aumentos de 9,8% (C18), 67,9% (C19) e 11,5% (C20), o que sugere aumento real de incidência, não apenas efeito de registro. A correlação muito forte entre os três tipos (r > 0,91) indica fatores de risco compartilhados e reforça a necessidade de políticas integradas de rastreamento para toda a região, com atenção especial ao comportamento atípico de Sergipe, que demanda investigação epidemiológica aprofundada. A literatura indica que o CCR surge de precursores que levam até 10 anos para evoluir para malignidade, oferecendo uma janela de oportunidade para polipectomia e prevenção do câncer, o que torna o rastreamento uma ferramenta fundamental para a redução da incidência e da mortalidade, especialmente em regiões com alta carga da doença (Tonini & Zanni, 2024).

Pernambuco apresenta a maior carga geral (19,43 por 100 mil habitantes), com 46% mais casos que Alagoas (13,29) e 3% mais que Sergipe (18,81). A pequena diferença entre PE e SE indica perfis epidemiológicos semelhantes. Sergipe não retornou aos níveis de 2022 em 2024, mantendo aumentos de 9,8% (C18), 67,9% (C19) e 11,5% (C20), o que sugere aumento real de incidência, não apenas efeito de registro. A correlação muito forte entre os três tipos (r > 0,91) indica fatores de risco compartilhados e reforça a necessidade de políticas integradas de rastreamento para toda a região, com atenção especial ao comportamento atípico de Sergipe, que demanda investigação epidemiológica aprofundada.

A análise do local de diagnóstico (Figura 2b) de câncer colorretal em Pernambuco, Alagoas e Sergipe entre 2022 e 2024 revela uma forte concentração em Pernambuco, que responde por 68,3% dos 4.890 casos registrados, enquanto Alagoas e Sergipe contribuem com 15,2% e 16,5%, respectivamente. Esta concentração reflete a maior infraestrutura de saúde e a presença de centros especializados em Pernambuco, o que, embora facilite o diagnóstico, também pode indicar uma centralização que limita o acesso equitativo nos estados vizinhos (Costa et al., 2024; Filho & Santos, 2024). O total de diagnósticos apresentou queda de 14,4% no período, com um padrão de pico em 2023 (1.721 casos) seguido de queda acentuada em 2024 (1.462 casos), sugerindo um possível efeito de recuperação pós-pandêmica seguido de retorno aos níveis basais. Sergipe destoa dos demais ao apresentar crescimento de 14,0% no triênio, enquanto Pernambuco (-20,7%) e Alagoas (-12,1%) reduziram o número de diagnósticos.

A queda de 15,1% em 2024 é generalizada, mas com magnitude muito maior em Pernambuco (-21,4%), o que é o principal fator para a redução geral dos diagnósticos. A correlação positiva forte entre PE e SE (+0,70) sugere padrões regionais semelhantes, enquanto Alagoas apresenta comportamento distinto (correlação negativa fraca com PE). Estes achados

reforçam a necessidade de monitoramento contínuo dos sistemas de registro e de investigação sobre as causas da queda expressiva em Pernambuco, que pode indicar subnotificação ou mudanças na oferta de serviços de diagnóstico na região. A literatura tem destacado que a completude dos registros oncológicos é um desafio significativo no Brasil, com taxas variáveis de preenchimento de informações que podem comprometer a análise epidemiológica e a formulação de políticas públicas (Souza et al., 2024; Filho & Santos, 2024).

4 CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo evidenciam um cenário de disparidades regionais acentuadas no enfrentamento do câncer colorretal em Pernambuco, Alagoas e Sergipe entre 2022 e 2024. Observou-se que Pernambuco concentra 68,3% dos diagnósticos e apresenta a maior carga geral da doença (19,43/100 mil), enquanto Sergipe registrou a maior aceleração da mortalidade (+55,5% no triênio), convergindo com Pernambuco, diferença que caiu de 31,4% em 2022 para 5,3% em 2024. A elevada proporção de casos sem informação (28,5% em tempo de tratamento, variando de 9,3% a 44,1% entre os estados) compromete a confiabilidade das comparações.

O pico de diagnósticos em 2023 seguido da queda em 2024, observado em todos os estados e tipos de neoplasia, reflete um efeito de recuperação pós-pandêmica, conforme documentado por Tonini & Zanni (2024). A pandemia reduziu os serviços de rastreamento em até 85-95%, gerando acúmulo de casos não diagnosticados, que foram detectados tardiamente em 2023, criando um pico artificial. Em 2024, as taxas retornaram aos níveis normais. A forte correlação entre os três tipos de neoplasia ($r > 0,91$) indica fatores de risco compartilhados, reforçando a necessidade de políticas integradas de rastreamento, uma vez que lesões precursoras podem ser detectadas e removidas até 10 anos antes da malignização (Tonini & Zanni, 2024).

Este estudo tem limitações que devem ser consideradas: o uso de dados agregados não permite controle para fatores individuais de confusão; a variação na completude dos registros entre os estados pode introduzir vieses; e o período de três anos é insuficiente para estabelecer tendências de longo prazo.

Os achados apontam para quatro áreas prioritárias de intervenção: (1) descentralização da capacidade diagnóstica, com fortalecimento de centros regionais em Alagoas e Sergipe; (2) melhoria da completude dos registros oncológicos, por meio de capacitação e integração de sistemas; (3) ampliação de programas organizados de rastreamento com teste imunológico fecal (FIT); e (4) implementação de sistemas de alerta precoce para monitoramento contínuo dos indicadores.

Recomenda-se que estudos futuros incorporem análises com dados individualizados, controlando para fatores sociodemográficos e clínicos, e incluam séries temporais mais longas. A integração de dados do DATASUS com registros de câncer baseados em população pode enriquecer a compreensão dos determinantes das disparidades observadas.

Em suma, o cenário epidemiológico do câncer colorretal na região é de crescimento desigual, concentração assistencial e lacunas informacionais que desafiam a efetividade do sistema de saúde. A superação desses desafios exigirá esforço coordenado entre gestores estaduais e federal, com investimento em infraestrutura, capacitação, sistemas de informação e rastreamento, para que a redução da mortalidade e a melhoria da qualidade de vida dos pacientes sejam uma realidade em toda a região.

DOI: 10.51161/iv-conasus/85811

REFERÊNCIAS

ALTAF, A. et al. Impact of patient, hospital, and operative characteristics relative to social determinants of health: compliance with national comprehensive cancer network guidelines for colon cancer. *Journal of Gastrointestinal Surgery*, v. 28, n. 9, p. 1463-1471, 2024.

BENSON, A. B. et al. Colon Cancer, Version 3.2024, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network*, v. 22, n. 2, p. e240029, 2024. DOI: 10.6004/jnccn.2024.0029.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saiba como são prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer colorretal. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/marco/saiba-como-sao-prevencao-diagnostico-e-tratamento-do-cancer-colorretal. Acesso em: 18 abr. 2025.

COSTA, I. G. M. et al. Análise dos indicadores de neoplasia maligna do cólon no Brasil em 2024: estudo ecológico. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*, v. 6, n. 8, p. 1348-1360, 2024. DOI: https://doi.org/10.36557/2674-8169.2024v6n8p-1348-1360.

COSTA, I. G. M. et al. Análise epidemiológica da neoplasia maligna de pâncreas no Brasil: internações, óbitos e taxa de mortalidade. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*, v. 6, n. 7, p. 1007-1021, 2024. DOI: https://doi.org/10.36557/2674-8169.2024v6n7p1007-1021.

ERBES, L. A.; CASCO, V. H.; ADUR, J. Early stages of colorectal cancer characterization by autofluorescence 3d microscopy: a preliminary study. *Arquivos de Gastroenterologia*, v. 61, 2024. Acesso em: 19 ago. 2024.

FILHO, M. P. O.; SANTOS, E. C. Câncer de cólon no Brasil: análise da prevalência, estadiamento ao diagnóstico e acesso ao tratamento. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, v. 24, n. 3, p. 15088, 2024.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). Estimativa 2023: Incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2022. Disponível em: https://www.inca.gov.br/estimativa. Acesso em: 10 out. 2023.

MARINHO, R. V. S. et al. Câncer colorretal: do diagnóstico ao tratamento, uma revisão de literatura. *Lumen et Virtus*, v. 16, n. 45, p. 1034-1043, 2025. DOI: 10.56238/levv16n45-029. Disponível em: https://periodicos.newsciencepubl.com/LEV/article/view/3356. Acesso em: 18 abr. 2025.

SOUZA, L. R. et al. Perfil epidemiológico dos casos de câncer colorretal notificados na região sul do Brasil. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, v. 24, n. 3, p. 15088, 2024.

TONINI, V.; ZANNI, M. Why is early detection of colon cancer still not possible in 2023? *World Journal of Gastroenterology*, v. 30, n. 3, p. 211-224, 2024. DOI: 10.3748/wjg. v30. i3.211.

ZANATTO, R. M. et al. Impacto das mutações KRAS e características clínicas em câncer colorretal. *ABCD. Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva (São Paulo)*, v. 33, 2020.

ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DO PÉ DIABÉTICO EM BOM SUCESSO

MIRIANE ROMAGNOLI KOVALCHUK; TAMIRES CAROLINE DIAS BOSQUESI

Introdução: O pé diabético é uma das complicações mais graves e onerosas do *Diabetes Mellitus*, caracterizado por lesões em tecidos profundos, associadas a distúrbios neurológicos e doença vascular periférica nos membros inferiores. Globalmente, o diabetes e suas complicações atingiram proporções epidêmicas. No Brasil, estima-se que 16,6 milhões de adultos viviam com diabetes em 2024, com projeção de 24,0 milhões até 2050, um aumento de 44,6%. **Objetivo:** É implementar a Classificação de Wagner, triando todos paciente com diabetes para identificar precocemente alterações. Iniciar tratamento precoce nas lesões e alterações identificadas. Prevenir complicações como úlceras e amputações. Estabelecer educação em saúde ensinando pacientes e cuidadores, os cuidados com os pés com revisão e higiene diária. **Metodologia:** Envolve a avaliação anual de todos os pacientes. As equipes de estratégia de saúde da família, devem ser capacitadas para realizar uma anamnese direcionada, abrangendo identificação, queixa principal, história da moléstia atual, revisão de sistemas, histórico patológico pregresso, hábitos de vida, histórico familiar e social. A equipe de enfermagem deve conduzir o exame físico do paciente diabético em todas as visitas e consultas de rotina, utilizando sempre o mesmo sistema de classificação, enfatizando que a prevenção é a melhor abordagem. Fatores de risco para úlceras e amputações, controle glicêmico, histórico de complicações, tabagismo, dor em membros inferiores, cuidados com os pés e acuidade visual, são identificáveis durante a anamnese e o exame físico. **Resultados:** A implementação da Classificação de Wagner padroniza o manejo do pé diabético nas equipes de ESF. Através de seis graus de gravidade, o protocolo define a urgência do tratamento e orienta condutas clínicas, desde o autocuidado até o encaminhamento especializado. Este sistema estruturado promove a detecção precoce e a vigilância contínua, garantindo melhor qualidade de vida e redução do sofrimento humano. **Conclusão:** O tratamento envolve uma equipe multiprofissional e multi-institucional. A prevenção de suas complicações ocorre por meio de educação continuada, vigilância e orientação constante para pacientes e familiares. O foco na prevenção primária e na detecção precoce proporciona uma qualidade de vida diferenciada aos que seguem os protocolos de tratamento, visando reduzir o sofrimento humano.

Palavras-chave: **ANAMNESE; ANUAL; PACIENTE**

DOI: 10.51161/iv-conasus/85816

LIMITES ÉTICOS ENTRE A PARCERIA DE COMUNIDADES TERAPÊUTICAS E A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (RAPS)

JOÃO VITOR SILVA OLIVEIRA

RESUMO

O presente estudo analisa, de forma crítica e reflexiva, os limites éticos da inserção das Comunidades Terapêuticas (CTs) na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), considerando as divergências entre o modelo psicossocial de cuidado em saúde mental, fundamentado na redução de danos, promoção da autonomia e garantia dos direitos humanos, e o modelo adotado pelas CTs, caracterizado pela abstinência, disciplina, trabalho e espiritualidade. A pesquisa teve como objetivo compreender as incompatibilidades teóricas, práticas e éticas decorrentes da incorporação dessas instituições à RAPS após a Portaria nº 3.088/2011, que possibilitou sua integração ao Sistema Único de Saúde (SUS) e o recebimento de financiamento público. Metodologicamente, trata-se de uma pesquisa bibliográfica, qualitativa e descritiva, desenvolvida por meio da análise de artigos científicos, livros, teses, normas técnicas e relatórios de conselhos profissionais, obtidos em bases de dados acadêmicas e documentos institucionais, visando subsidiar uma reflexão crítica acerca do tema. Os resultados evidenciam que a inclusão das CTs na RAPS estabelece uma contradição entre os princípios da Política Nacional sobre Drogas e da atenção psicossocial e a lógica proibicionista predominante nessas instituições. Verificou-se, ainda, que diversos relatórios técnicos apontam violações de direitos humanos em parte das CTs, incluindo restrição de liberdade, imposição religiosa, discriminação, trabalho compulsório e outras práticas incompatíveis com os princípios constitucionais, a laicidade do Estado e as diretrizes do SUS. Além disso, constatou-se que a centralidade da espiritualidade como eixo estruturante dessas instituições distancia sua atuação do paradigma psicossocial e da abordagem centrada na singularidade dos sujeitos. Conclui-se que a inserção das Comunidades Terapêuticas na RAPS apresenta importantes incompatibilidades éticas, conceituais e operacionais, comprometendo a coerência das políticas públicas de saúde mental. Destaca-se, por fim, a necessidade de ampliar os mecanismos de fiscalização, regulamentação e avaliação dessas instituições no âmbito do SUS.

Palavras-chave: Comunidades Terapêuticas; Atenção Psicossocial; Saúde Mental.

1 INTRODUÇÃO

Na contemporaneidade brasileira, observa-se duas operações de atuação, em saúde mental, distintas no cenário interventivo à pessoas com uso abusivo de psicoativos. Em primeiro plano, políticas públicas distribuídas em redes de atenção que se articulam em uma organização de apoio psicossocial, com foco em garantir autonomia, direitos humanos,

DOI: 10.51161/iv-conasus/85822

intervenção em sociedade com foco na redução de danos, como vistos nos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS-AD) que faz parte da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), (Nóbrega, Oliveira, Gomes & Barbosa, 2020). Essa ótica está em consonância com a Lei n 10.2016/2001, referenciada como a lei antimanicomial, em que o paradigma psicossocial passa a conduzir a saúde mental pública no Brasil.

Por outra ótica interventiva, observamos as Comunidades Terapêuticas (CTs), que se utilizam de uma tríade com base no trabalho, disciplina e espiritualidade, com adesão em um contexto privativo de assistência, em um modelo coletivista e de caráter temporário, voltada a um estilo de vida abstinente, com base no proibicionismo sobre o uso de substâncias psicoativas, não é vinculada à psiquiatria, medicina e psicologia, mas pode-se utilizar de recursos destes, e de outros campos, pelo grupo de residentes do tratamento (GOMES, 2022). Além disso, as organizações diárias são classificadas em atividades de limpeza e manutenção, terapias grupais e individuais, atividades de desenvolvimento da espiritualidade, etc. (IPEA, 2017).

Nesse contexto de divergências teóricas e interventivas, o presente estudo busca, de forma crítica e reflexiva, compreender os limites éticos ao introduzir as CTs dentro da RAPS, a partir da Portaria nº 3.088/2011 que considerou as Comunidades Terapêuticas como parte do Sistema Único de Saúde (SUS), designando-se como um dispositivo formativo de saúde mental apto a receber financiamento governamental, ao lado de modelos de cuidados psicossociais e com vistas à redução de danos e autonomia dos sujeitos.

2 MATERIAL E MÉTODOS

O referido estudo caracteriza-se como uma pesquisa bibliográfica, que segundo Oliveira (2007) é uma modalidade de pesquisa que busca analisar produções científicas como livros, artigos, teses entre outras fontes consideradas relevantes para o aprofundamento reflexivo, crítico e descritivo da temática estudada. Assim, realizou-se uma busca inicial por plataformas online de produções científicas, como o Google Acadêmico, por artigos, livros ou teses com os termos ¨Comunidades terapêuticas¨ e ¨Atenção Psicossocial¨, com o fito de desenvolver fundamentação teórica e reflexiva sobre os limites éticos das CTs na RAPS.

Nesse sentido, artigos científicos, teses, normas técnicas, e relatórios de conselhos profissionais foram selecionadas com a finalidade de enriquecer o aporte teórico deste estudo. Portanto, esse estudo se enquadra como uma pesquisa qualitativa de caráter descritivo, como um tipo de investigação que possui como interesse observar e interpretar fenômenos (DE OLIVEIRA, 2026).

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Durante a implementação das Comunidades Terapêuticas dentro da RAPS, como já mencionado por meio da da Portaria nº 3.088/2011, estava em vigor a Política Nacional sobre Drogas do Brasil (PNAD) com a Lei nº 11.343/2006, essa legislação possui um aporte fortemente baseado em mediações e atuação com foco na redução de danos e suporte psicossocial, divergente do paradigma adotado por CTs ao adotar um caráter proibicionista, em um estilo de vida abstinente e de característica asilar, desencadeando uma divergência teórica e prática dentro da própria legislação e do SUS.

Dessa forma, Teixeira *et al*. (2017) destaca que a atenção psicossocial objetiva compreender os sujeitos e seu processo subjetivo para além de um portador de transtornos mentais, mas como um ser em sofrimento psíquico, assim, busca a defesa da vida, direito à liberdade e dignidade do indivíduo, com fim de obter o respeito às diferenças, inclusão e reincorporação social. Nesse sentido, mostra-se evidente a desconexão entre esse tipo de atenção e as CTs, pois, segundo Tagliamento *et al*. (2020), em sua revisão integrativa, sinaliza que esse modelo assistencial defende um caráter de unicausalidade sobre a questão das

drogas, o que demonstra a não afinidade para dialogar em caráter pleno e efetivo aos imbróglios de subjetividade dos sujeitos e seu contexto psicossocial.

O Conselho Federal de Psicologia publicou nos anos de 2011 e 2018 o que viria a ser uma grande exposição da prática realizada por grande parte das CTs no país, através de relatórios técnicos destacou-se, por meio de vistorias, ações que violam os direitos humanos e normativas estabelecidas em nosso país, como a privação de liberdade, violação de liberdade religiosa e diversidade sexual, internação de adolescentes, trabalhos forçados sem remuneração, dentre outras violações (CFP, 2011; 2018). Essa exposição demonstra uma atuação das CTs que se opõe aos princípios da Constituição Federal de 1988, Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948, e os próprios princípios do SUS de integralidade e equidade, sistema esse que abrange as comunidades terapêuticas.

Ao observar a partir de uma ótica fundamental, evidencia-se o uso da religiosidade e imposição religiosa como parte estrutural das Comunidades Terapêuticas, é visto um conjunto de ações e ritos espirituais com o objetivo de despertamento da fé em Deus, ou uma poder superior, seja qual for esse tipo de poder. (GOMES, 2022). Nesse sentido, é visto nesse modelo de assistência forte embasamento religioso, se distanciando do princípio de laicidade consolidado na Constituição Federal de 1988, (Artigo 19,I) ao proibir a União, Estados ou Municípios de estabelecer cultos ou alianças religiosas. Dessa forma, a adesão das CTs à RAPS, dentro do SUS é mais uma contradição por apoiar um modelo que, historicamente, possui em sua estrutura a espiritualidade como um dos pilares de atuação.

4 CONCLUSÃO

A partir do exposto, foi observado dois modelos assistenciais que objetivam o cuidado e atenção à indivíduos com vícios em substâncias psicoativas no Sistema Único de Saúde. Segundo Montenegro, (2018) as CTs estão integradas às práticas de saúde de forma não crítica e positivada, e é com essa afirmação que exalto a percepção desta pesquisa. As comunidades terapêuticas possuem pontos críticos em sua própria estruturação e pilares, ao não adotar o modelo psicossocial e de redução de danos mas sim o proibicionista além de atuar com forte embasamento na espiritualidade, descaracterizando a laicidade do nosso país.

Foi possível observar de forma crítica e reflexiva, alcançando o objetivo da pesquisa, como a RAPS não dialoga com a forma de atuação vista nas CTs, em caráter estrutural e prático. Deve-se evidenciar que os dados trazidos sobre os relatórios do CFP de 2011 e 2018 não compreende a atuação de todas as comunidades terapêuticas no país, mas sim, ilustra como a falta de regulamentação e fiscalização constante permite a realização de violações de direitos na tentativa de cuidado em saúde mental, que mais se aproxima aos vistos no paradigma asilar e manicomial.

Por fim, para futuras perspectivas acerca do estudo, urge a necessidade de observar e compreender como essas instituições são fiscalizadas dentro do Sistema Único de Saúde, participante da Rede de atenção psicossocial, a partir desta observação pode-se trazer uma dimensão ainda maior sobre esse tipo de cuidado no SUS.

DOI: 10.51161/iv-conasus/85822

REFERÊNCIAS

BATISTA, Pedro Victor Modesto. Comunidade terapêutica na política pública de saúde mental: tensões e divergências. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 10, p. e1679108345-e1679108345, 2020.

BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Brasília, DF: Presidência da República, 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 21 jul. 2026.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP); MECANISMO NACIONAL DE PREVENÇÃO E COMBATE À TORTURA (MNPCT); PROCURADORIA FEDERAL DOS DIREITOS DO CIDADÃO (PFDC/MPF). *Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas – 2017*. Brasília, DF: Conselho Federal de Psicologia, 2018. Disponível em: https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2018/06/Relatório-da-Inspeção-Nacional-em-Comunidades-Terapêuticas.pdf. Acesso em: 21 jul. 2026.

GOMES, Ronaldo Martins**. A comunidade terapêutica no Brasil: práticas, saberes, mitos e ritos.** 2022. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) – Faculdade de Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Araraquara, 2022.

OLIVEIRA, Maria Marly de. *Como fazer pesquisa qualitativa*. 8. ed. rev. e atual. Petrópolis, RJ: Vozes, 2026.

RIGONI, Helena Hoffmann; GONDINHO, Brunna Verna Castro; DE ALMEIDA, Samantha Souza. O financiamento das Comunidades Terapêuticas no Brasil e os modelos de atenção à saúde mental. **Revista PsicoFAE: Pluralidades em Saúde Mental**, v. 14, n. 2, p. 145-159, 2025.

PET-SAÚDE I&SD E A FORMAÇÃO PARA O SUS: RELATO DE EXPERIÊNCIA

FERNANDO DE JESUS VALÉRIO; VITÓRIA MARIA SOBRAL MATOS PORTELA; BRENA GENTIL RESENDE; ORTELINA MAIARA FARIAS FERREIRA DANTAS; MILENA SANTOS PEREIRA; MARIA DO CARMO DE OLIVEIRA;

RESUMO

A formação em saúde envolve o desenvolvimento de competências assistenciais, gerenciais e críticas necessárias para a atuação nos diferentes espaços do Sistema Único de Saúde (SUS). Nesse contexto, experiências que aproximam estudantes de diferentes áreas da organização dos serviços podem contribuir para uma compreensão mais ampla sobre o cuidado e a gestão em saúde. Este estudo tem como objetivo relatar as contribuições da participação no Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde/Informação e Saúde Digital (PET-Saúde/I&SD) para a formação acadêmica de estudantes de enfermagem e odontologia, destacando as mudanças ocorridas na percepção sobre o cuidado, o trabalho em saúde e a organização dos serviços. Trata-se de um relato de experiência construído a partir das vivências em encontros formativos, discussões coletivas e atividades desenvolvidas no programa. A experiência possibilitou uma mudança progressiva na forma de observar os serviços de saúde. Inicialmente, o olhar estava predominantemente direcionado ao usuário e à assistência direta. Ao longo da participação no PET-Saúde/I&SD, passou-se a compreender que o cuidado está inserido em uma estrutura mais ampla, que envolve organização dos serviços, gestão, disponibilidade de materiais e recursos, comunicação entre profissionais e utilização de informações em saúde. Na enfermagem, essa mudança ampliou a percepção sobre a relação entre assistência e gestão. Na odontologia, contribuiu para perceber como a organização dos materiais, o planejamento dos atendimentos e as orientações oferecidas aos usuários também estão relacionados ao funcionamento dos serviços. A experiência interprofissional permitiu reconhecer diferentes perspectivas sobre problemas comuns do SUS. Conclui-se que o PET-Saúde/I&SD contribuiu para uma formação mais crítica e abrangente, ampliando a compreensão de que o cuidado em saúde depende tanto da relação direta com o usuário quanto das condições que possibilitam sua realização.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde; Gestão em saúde; Saúde digital

1 INTRODUÇÃO

A formação de profissionais para atuação no Sistema Único de Saúde (SUS) requer o desenvolvimento de competências que ultrapassem o domínio de conhecimentos técnicos e a assistência direta ao usuário. Embora a assistência constitua uma dimensão fundamental do trabalho em saúde, a efetivação do cuidado depende também da compreensão dos processos de organização, gestão, planejamento e trabalho que sustentam o funcionamento dos serviços. Dessa forma, a formação acadêmica precisa possibilitar que os estudantes compreendam a

DOI: 10.51161/iv-conasus/85829

saúde como um fenômeno complexo, influenciado por fatores individuais, sociais, econômicos, organizacionais e políticos.

Nesse contexto, a aproximação entre instituições de ensino e serviços de saúde apresenta-se como uma importante estratégia para reduzir a distância entre os conhecimentos desenvolvidos na universidade e a realidade vivenciada no SUS. A inserção dos estudantes em diferentes espaços de aprendizagem permite que conteúdos teóricos sejam relacionados a situações concretas, favorecendo a reflexão sobre os desafios encontrados no cotidiano dos serviços e sobre as possibilidades de atuação profissional diante dessas situações.

O Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) constitui uma das iniciativas voltadas ao fortalecimento da integração entre ensino, serviço e comunidade. Por meio da participação conjunta de estudantes, docentes, profissionais e gestores, o programa favorece a construção de experiências formativas articuladas às necessidades do SUS. Além disso, possibilita o desenvolvimento de atividades interprofissionais, nas quais diferentes áreas da saúde podem compartilhar conhecimentos, experiências e formas de compreender os problemas relacionados ao cuidado e à organização dos serviços.

Para discentes dos cursos de Enfermagem e Odontologia, essa vivência pode contribuir para ampliar a compreensão sobre as especificidades de cada profissão e, simultaneamente, sobre a necessidade de atuação integrada na promoção do cuidado integral e na qualificação dos serviços de saúde. A experiência interprofissional permite compreender que os problemas presentes no SUS frequentemente ultrapassam os limites de uma única profissão, exigindo diálogo, cooperação e articulação entre diferentes trabalhadores.

A proposta do PET-Saúde/Informação e Saúde Digital (I&SD) amplia essa perspectiva ao inserir a discussão sobre o papel das tecnologias, dos sistemas de informação e dos dados na organização do cuidado e dos serviços. A transformação digital em saúde tem produzido novas possibilidades de comunicação, registro, compartilhamento e utilização das informações, exigindo dos futuros profissionais uma compreensão que ultrapasse a simples utilização de ferramentas tecnológicas. Nesse sentido, torna-se necessário compreender como as informações podem contribuir para o planejamento, a tomada de decisões, a continuidade do cuidado e a integração entre diferentes serviços.

A participação no PET-Saúde/I&SD possibilitou, portanto, aproximar a formação acadêmica da realidade do SUS e estimular o desenvolvimento de competências voltadas ao trabalho em equipe, à gestão, à análise crítica dos processos de trabalho e ao uso das tecnologias em saúde. A experiência também permitiu refletir sobre a forma como os estudantes compreendiam inicialmente o cuidado e como essa compreensão foi sendo modificada ao longo da participação no programa.

Diante disso, este trabalho tem como objetivo relatar as contribuições da participação no PET-Saúde/I&SD para a formação acadêmica de estudantes de Enfermagem e Odontologia, destacando as mudanças na percepção sobre o cuidado, o trabalho em saúde, a organização dos serviços, a atuação interprofissional e o uso das tecnologias e informações no contexto do SUS.

2 RELATO DE EXPERIÊNCIA

A experiência foi vivenciada por estudantes dos cursos de Enfermagem e Odontologia participantes do PET-Saúde/I&SD, no período de setembro de 2025 a julho de 2026. Durante esse período, foram realizadas atividades de estudo, debates, conversas, visitas técnicas, acompanhamento da rotina de trabalho das preceptoras e participação em diferentes espaços relacionados à organização e ao funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS).

A participação no PET-Saúde/I&SD possibilitou entender melhor a mudança na forma como passamos a observar nossa formação e futura atuação profissional. Antes dessa

DOI: 10.51161/iv-conasus/85829

experiência, nosso olhar estava principalmente voltado para o atendimento direto ao usuário: na enfermagem, para a escuta, o acolhimento e a assistência; na odontologia, para os procedimentos, a saúde bucal e as orientações. Ao longo da experiência, foi possível perceber que o cuidado depende de uma estrutura muito mais ampla.

As atividades possibilitaram o contato com diferentes dimensões do trabalho em saúde. Foram realizados estudos e discussões sobre a organização do SUS, os direitos dos usuários e a saúde digital, além de atividades relacionadas à compreensão dos processos de trabalho, como transferências entre serviços, contratos e fluxos de organização da assistência. Também foram realizadas visitas a serviços de saúde, acompanhadas as rotinas de trabalho das preceptoras e desenvolvidas atividades práticas, como a elaboração de Procedimentos Operacionais Padrão (POPs) e a construção de aplicativos voltados à comunicação e à transferência entre profissionais. A participação em encontros e espaços relacionados à equidade também possibilitou ampliar o entendimento sobre as diferentes necessidades da população e sobre a importância da organização dos serviços para garantir um cuidado mais adequado.

Gradualmente, observou-se aspectos que antes poderiam passar despercebidos, como a disponibilidade de materiais e recursos, a organização dos serviços, a comunicação entre os profissionais e o uso das informações em saúde. Na enfermagem, essa mudança ampliou a compreensão sobre a relação entre assistência e gestão. Na odontologia, permitiu perceber como o planejamento dos atendimentos, a organização dos materiais e as orientações aos usuários também fazem parte da qualidade do cuidado.

Ademais, a experiência também foi marcada por desafios. Entre eles, destaca-se o fato de que nem todos os processos do SUS puderam ser acompanhados de forma integral durante o período de participação no programa. Os serviços de saúde possuem uma dinâmica complexa e, muitas vezes, o tempo de permanência dos estudantes não permite acompanhar todas as etapas de determinado processo ou compreender completamente os seus resultados. Ainda assim, a possibilidade de observar diferentes espaços e dialogar com profissionais permitiu identificar aspectos que contribuíram para uma compreensão mais ampla do funcionamento dos serviços.

A experiência interprofissional também foi importante nesse processo. A convivência entre estudantes de enfermagem e odontologia possibilitou reconhecer diferentes formas de observar os mesmos desafios do SUS. Dessa forma, passamos a compreender que o trabalho em saúde depende da articulação entre diferentes profissionais e que a assistência prestada ao usuário está relacionada a condições que ultrapassam o momento do atendimento.

Assim, o PET-Saúde/I&SD contribuiu para ampliar nosso olhar sobre a formação profissional, à medida que passamos a compreender que atuar no SUS não significa apenas cuidar diretamente do usuário, mas também entender a organização dos serviços, as demandas da população e as condições que possibilitam a realização desse cuidado.

3 DISCUSSÃO

A experiência demonstra que o PET-Saúde contribuiu para ampliar o conhecimento sobre a complexidade do trabalho em saúde. A mudança de um olhar centrado exclusivamente no atendimento para uma percepção que também considera a organização dos serviços, a gestão e os recursos disponíveis representa um importante aprendizado para a formação profissional. O enfermeiro e o cirurgião-dentista, embora atuem em diferentes áreas, participam de um sistema no qual a qualidade do cuidado depende também das condições de trabalho e da articulação entre os profissionais.

A educação interprofissional favorece a colaboração entre diferentes áreas e contribui para a formação de profissionais mais preparados para atuar de forma integrada nos serviços

de saúde (Kanno *et al* , 2023). Na experiência vivenciada, a troca entre estudantes de enfermagem e odontologia possibilitou reconhecer diferentes perspectivas sobre o cuidado e compreender que problemas complexos do SUS exigem respostas articuladas.

Além da vivência interprofissional, as atividades desenvolvidas no PET-Saúde também favoreceram reflexões sobre a transformação digital, ampliando a compreensão sobre o papel das informações na assistência e na gestão, de modo que o uso de tecnologias e sistemas de informação pode contribuir para a integração dos dados, a continuidade do cuidado e o planejamento das ações em saúde (Brasil, 2020).

As vivências também evidenciaram a importância da aproximação entre universidade e serviços de saúde. A universidade oferece conhecimentos teóricos e científicos fundamentais para a formação, enquanto os serviços possibilitam que os estudantes conheçam a complexidade das situações reais. A integração entre esses espaços permite que o conhecimento seja construído de maneira mais significativa e relacionada às necessidades concretas da população.

Apesar dos avanços proporcionados pelo programa, é importante reconhecer que a formação para o SUS constitui um processo contínuo. O período de participação no programa, embora tenha possibilitado diversas experiências, não permite compreender integralmente a complexidade do sistema de saúde. A diversidade de serviços, profissionais, políticas e necessidades da população exige um processo permanente de aprendizagem e atualização.

Dessa forma, as limitações identificadas durante o processo não diminuem sua importância. Ao contrário, contribuíram para demonstrar que o trabalho na saúde envolve situações complexas e que a formação profissional precisa preparar os estudantes para lidar com incertezas, mudanças e diferentes perspectivas. O reconhecimento dos próprios limites e a busca contínua por conhecimento constituem elementos importantes para uma atuação crítica e responsável.

Assim, a vivência das atividades contribuiu para uma formação que vai além da execução de procedimentos e estimula uma visão mais crítica sobre o funcionamento dos serviços. O PET-Saúde/I&SD possibilitou compreender que a formação para o SUS envolve a articulação entre conhecimento técnico, reflexão crítica, trabalho interprofissional, gestão, uso das informações e compromisso com as necessidades da população.

4 CONCLUSÃO

A experiência evidenciou o potencial do PET-Saúde/I&SD como estratégia de integração entre ensino, serviço e comunidade, favorecendo o desenvolvimento de competências relacionadas ao trabalho interprofissional, o entendimento da organização dos serviços e o uso das tecnologias em saúde. A participação no programa possibilitou uma mudança progressiva na forma de compreender o cuidado. Inicialmente, a atenção estava principalmente direcionada ao contato direto com o usuário e à realização das atividades específicas de cada profissão. Ao longo da experiência, tornou-se possível compreender que a assistência está inserida em uma estrutura mais ampla, que envolve recursos, planejamento, comunicação, gestão, organização dos serviços, articulação entre profissionais e utilização das informações em saúde. Dessa forma, o programa contribuiu para a formação de estudantes mais preparados para atuar de maneira crítica nos diferentes processos que envolvem o cuidado integral em saúde, bem como aliada aos princípios do SUS.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm . Acesso em: 21 jul. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégia de Saúde Digital para o Brasil 2020-2028**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategia_saude_digital_Brasil.pdf . Acesso em: 21 jul. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde).** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2026. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sgtes/pet-saude . Acesso em: 21 jul. 2026.

KANNO, Natália de Paula; PEDUZZI, Marina; GERMANI, Ana Claudia Camargo Gonçalves; SOÁREZ, Patrícia Coelho de; SILVA, Andréa Tenório Correia da. **A colaboração interprofissional na atenção primária à saúde na perspectiva da ciência da implementação**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 39, n. 10, e 00213322, 2023. DOI: https://doi.org/10.1590/0102-311XPT21332. Acesso em: 21 Jul. 2026.

ESCALA DE FOME E SACIEDADE COMO FERRAMENTA DE EDUCAÇÃO ALIMENTAR E NUTRICIONAL EM GRUPO DE CONTROLE DE PESO: RELATO DE EXPERIÊNCIA

PATRÍCIA NEUKAMP

Introdução: O reconhecimento dos sinais fisiológicos de fome e saciedade é um componente essencial para o desenvolvimento de um comportamento alimentar saudável. Entretanto, fatores emocionais, sociais e ambientais podem comprometer essa percepção, favorecendo escolhas alimentares influenciadas por fatores externos, e não pelos sinais fisiológicos do organismo. Nesse contexto, estratégias de educação alimentar e nutricional que estimulem a atenção aos sinais internos do corpo contribuem para o fortalecimento do autocuidado e da autonomia alimentar. **Objetivo:** Relatar a experiência da aplicação da escala de fome e saciedade como ferramenta de educação alimentar e nutricional em um grupo de controle de peso desenvolvido na Atenção Primária à Saúde. **Relato de experiência:** A atividade foi desenvolvida durante o estágio curricular do curso de Nutrição em uma policlínica municipal, com a participação de 14 usuários integrantes do grupo de Controle de Peso. Inicialmente, realizou-se uma apresentação dialogada utilizando a imagem ilustrativa da Escala da fome e saciedade para identificar os diferentes níveis de fome e saciedade, enfatizando a importância de iniciar a alimentação diante dos primeiros sinais de fome e interrompê-la ao atingir a saciedade. Durante a atividade, os participantes compartilharam experiências relacionadas ao comportamento alimentar, favorecendo a reflexão sobre hábitos cotidianos e o reconhecimento dos sinais fisiológicos do organismo. Como complemento à intervenção, foi conduzida uma prática de mindfulness, com meditação guiada por meio de podcast, incentivando a atenção plena durante o ato de comer e a percepção das sensações corporais. A participação ativa do grupo, os questionamentos realizados durante a atividade e as manifestações posteriores em grupo de mensagens evidenciaram o interesse dos participantes pelo tema e a receptividade à estratégia educativa. **Conclusão:** A experiência demonstrou que a utilização da escala de fome e saciedade associada a estratégias participativas favorece o desenvolvimento da percepção corporal, estimula a reflexão sobre o comportamento alimentar e fortalece ações de educação alimentar e nutricional na Atenção Primária à Saúde. A intervenção mostrou-se uma ferramenta de fácil aplicação e potencial para contribuir com o autocuidado e a promoção de hábitos alimentares mais conscientes.

Palavras-chave: **COMPORTAMENTO ALIMENTAR; EDUCAÇÃO EM SAÚDE; FOME**

DOI: 10.51161/iv-conasus/85833

INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO INTERDISCIPLINAR E SUA CONTRIBUIÇÃO PARA A CONSTRUÇÃO DE UM PLANO TERAPÊUTICO INDIVIDUALIZADO EM CRIANÇAS COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA: UMA REVISÃO DA LITERATURA

HANNA LARISSA VICTOR DE SOUZA; MYLEIDE CAROLAINE MAGALHÃES DOS SANTOS; SAMARA SOUZA ALENCAR DOS SANTOS;
WILLIAM DE OLIVEIRA TERENCIO.

RESUMO

O Transtorno do Espectro Autista (TEA) é uma condição do neurodesenvolvimento caracterizada por prejuízos na comunicação, interação social e padrões comportamentais restritos e repetitivos. Diante do aumento dos diagnósticos e da heterogeneidade clínica da condição, torna-se indispensável a realização de avaliações abrangentes que subsidiem intervenções individualizadas. Este estudo teve como objetivo analisar, por meio de uma revisão de literatura, a contribuição da anamnese, da observação clínica, do Verbal Behavior Milestones Assessment and Placement Program (VB-MAPP) e do Inventário Portage Operacionalizado (IPO) na construção do Plano Terapêutico Individualizado (PTI) para crianças com TEA. A pesquisa caracterizou-se como exploratória, descritiva e bibliográfica, realizada nas bases SciELO, PubMed e LILACS, contemplando publicações entre 2020 e 2026. Os resultados evidenciaram que a anamnese fornece informações essenciais sobre o histórico do desenvolvimento, contexto familiar e demandas da criança, enquanto a observação clínica permite compreender a funcionalidade dos comportamentos em diferentes contextos. O VB-MAPP mostrou-se eficaz na identificação de marcos do desenvolvimento da linguagem e da aprendizagem, além de barreiras que interferem na aquisição de habilidades. O IPO complementa esse processo ao avaliar áreas do desenvolvimento infantil, possibilitando a identificação de atrasos e potencialidades. A integração desses procedimentos favorece a definição de objetivos terapêuticos individualizados, a seleção de estratégias baseadas em evidências e o monitoramento contínuo da evolução da criança. Conclui-se que a utilização combinada desses instrumentos proporciona uma avaliação mais completa, humanizada e fidedigna, constituindo um elemento fundamental para a elaboração de PTIs alinhados às necessidades, potencialidades e singularidades de crianças com TEA.

Palavras-chave: autismo, avaliação; plano terapêutico .

1 INTRODUÇÃO

O TEA é uma condição do neurodesenvolvimento caracterizada por déficits persistentes na comunicação e na interação social, associados à presença de padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades. Suas manifestações surgem precocemente no desenvolvimento e podem comprometer o funcionamento pessoal, social, acadêmico e profissional, tornando indispensável a realização de avaliações abrangentes e individualizadas para identificar as potencialidades, limitações e necessidades específicas de cada criança (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2023).

DOI: 10.51161/iv-conasus/85837

Nesse contexto, a avaliação interdisciplinar constitui um dos principais pilares para o cuidado integral, pois possibilita uma compreensão ampliada do desenvolvimento infantil e subsidia a tomada de decisões clínicas. Entre os principais instrumentos utilizados destacam-se a anamnese, a observação clínica, o VB-MAPP e o IPO, que permitem identificar habilidades, déficits e potencialidades, contribuindo para a elaboração do PTI, alinhado às características e demandas de cada paciente (BRASIL, 2025).

O PTI orienta a atuação integrada da equipe multiprofissional, favorecendo a definição de intervenções individualizadas, o monitoramento da evolução clínica e a readequação contínua das estratégias terapêuticas (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2022). Além disso, o aumento expressivo do número de diagnósticos de TEA no Brasil evidencia a necessidade de fortalecer estratégias de avaliação e intervenção baseadas em evidências. Dados do Censo Demográfico de 2022 identificaram aproximadamente 2,4 milhões de pessoas diagnosticadas com TEA, correspondendo a 1,2% da população brasileira, com maior prevalência entre crianças de 5 a 9 anos, reforçando a importância do diagnóstico precoce e do planejamento terapêutico individualizado (IBGE, 2025). Diante desse cenário, este trabalho tem como objetivo analisar, por meio de uma revisão de literatura, a contribuição dos instrumentos de avaliação para a construção do Plano Terapêutico Individualizado em crianças com Transtorno do Espectro Autista.

2 MATERIAL E MÉTODOS

O presente estudo caracteriza-se como uma pesquisa de natureza exploratória, descritiva e bibliográfica. A pesquisa exploratória busca ampliar a compreensão do problema investigado e subsidiar a formulação de novos conhecimentos, enquanto a pesquisa descritiva permite observar e descrever as características do fenômeno estudado de forma sistematizada, sem interferência do pesquisador (GIL; REIS NETO, 2021). A pesquisa bibliográfica foi desenvolvida a partir da análise de livros, artigos científicos, dissertações, teses e outros documentos acadêmicos, possibilitando reunir e interpretar os conhecimentos disponíveis sobre o tema (SOUSA; OLIVEIRA; ALVES, 2021).

A busca foi realizada nas bases de dados SciELO, PubMed e LILACS, utilizando os descritores "Transtorno do Espectro Autista", "avaliação do desenvolvimento", "anamnese", "observação clínica", "VB-MAPP", "Inventário Portage Operacionalizado (IPO)" e "Plano Terapêutico Individualizado (PTI)". Foram incluídas publicações, entre 2020 e 2026, disponíveis na íntegra e relacionadas ao objetivo do estudo, sendo excluídos trabalhos duplicados ou sem relação direta com a temática.

O estudo tem como objetivo compreender a contribuição da anamnese, da observação clínica, do VB-MAPP e do IPO no processo de avaliação de crianças com TEA, destacando sua importância para a identificação de habilidades, déficits e necessidades individuais. Para isso, o trabalho foi organizado em quatro seções, abordando cada instrumento de avaliação e, por fim, discutindo como a integração desses procedimentos subsidia a elaboração do Plano Terapêutico Individualizado (PTI), favorecendo intervenções alinhadas às necessidades e potencialidades de cada criança.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Anamnese: avaliação inicial e planejamento terapêutico individualizado no TEA

A anamnese constitui uma etapa fundamental do processo avaliativo, caracterizando-se como uma entrevista clínica sistematizada que possibilita a obtenção de informações sobre a história do desenvolvimento da criança, condições de saúde, rotina, contexto familiar e social, além das principais queixas dos responsáveis. Mais do que um momento de coleta de dados,

DOI: 10.51161/iv-conasus/85837

representa o primeiro contato entre a equipe de saúde, a criança e sua família, favorecendo o vínculo terapêutico e a identificação de interesses, preferências, formas de interação e comportamentos relevantes para o planejamento das intervenções (RESENDE; CAMPOS, 2024). Para isso, o profissional deve realizar uma escuta qualificada, investigando fatores de risco, fatores de proteção e aspectos do desenvolvimento infantil que subsidiem o raciocínio clínico e a definição das condutas terapêuticas (MORAES; NASCIMENTO; TAMAROZZI, 2022).

No contexto do Transtorno do Espectro Autista (TEA), a anamnese assume papel ainda mais relevante, uma vez que o diagnóstico é predominantemente clínico e depende da integração de diferentes fontes de informação. Os relatos de pais e cuidadores fornecem dados essenciais sobre o desenvolvimento neuropsicomotor, a comunicação, o comportamento, as interações sociais, os interesses e as dificuldades funcionais da criança, complementando os resultados obtidos pelos instrumentos de avaliação (BRASIL, 2025).

Além disso, a anamnese possibilita compreender a dinâmica familiar, as expectativas dos responsáveis e os recursos disponíveis para o cuidado, aspectos que influenciam diretamente a elaboração das estratégias terapêuticas. Assim, não deve ser compreendida como uma etapa restrita ao início da avaliação, mas como um instrumento clínico contínuo, cujas informações subsidiam a elaboração e a atualização do Plano Terapêutico Individualizado (PTI) ao longo do acompanhamento (BRASIL, 2025).

Observação Clínica e sua Importância na Construção do PTI

A observação clínica constitui um dos principais instrumentos utilizados no processo de avaliação terapêutica, uma vez que possibilita a análise direta e sistemática do comportamento, das habilidades e das dificuldades apresentadas pelo paciente em diferentes contextos de atendimento (GIACCHINI; BARBOSA; MOTA, 2021). Durante esse processo, o profissional observa aspectos relacionados à comunicação, à interação social, ao comportamento, à atenção, à linguagem, à motricidade, à autonomia e às respostas às intervenções terapêuticas, favorecendo uma compreensão ampla das necessidades individuais. Diferentemente das avaliações fundamentadas exclusivamente em testes padronizados, a observação clínica permite identificar o desempenho funcional do paciente em situações reais, tornando a avaliação mais contextualizada, dinâmica e representativa (BARICHELLO; VICENTE, 2024).

A importância da observação clínica reside na possibilidade de identificar tanto as potencialidades quanto as limitações do indivíduo, reconhecendo habilidades já consolidadas, competências em desenvolvimento e áreas que demandam maior intervenção. Além disso, esse instrumento possibilita acompanhar a evolução clínica ao longo do tratamento, verificando mudanças no desempenho e na resposta às estratégias terapêuticas empregadas. Essas informações subsidiam a definição de objetivos terapêuticos individualizados, respeitando o ritmo de desenvolvimento e as necessidades específicas de cada paciente (ANDRADE et al., 2023).

Nesse contexto, a observação clínica desempenha papel fundamental na construção do PTI, pois fornece dados essenciais para o planejamento das metas terapêuticas, definição das estratégias de intervenção e priorização das demandas clínicas. O PTI deve ser elaborado de forma dinâmica, sendo continuamente revisado e ajustado conforme a evolução observada durante os atendimentos, garantindo que as intervenções permaneçam adequadas às necessidades do paciente (CONSELHO FEDERAL DE FONOAUDIOLOGIA, 2021). Além disso, a elaboração do plano terapêutico deve considerar os princípios éticos e as evidências científicas que orientam a prática clínica, promovendo uma assistência humanizada e centrada na pessoa (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2023).

DOI: 10.51161/iv-conasus/85837

O VB-MAPP como instrumento de avaliação para elaboração do PTI

O VB-MAPP é um instrumento de avaliação referenciado por critérios, amplamente utilizado na ABA para identificar habilidades de linguagem, comunicação e desenvolvimento de crianças com TEA. A avaliação contempla diferentes domínios do desenvolvimento, permitindo identificar habilidades presentes, déficits e barreiras à aprendizagem, subsidiando o planejamento e o monitoramento de intervenções individualizadas (FREITAS, 2022).

Na prática clínica, o VB-MAPP possibilita verificar habilidades que necessitam ser ensinadas, além de identificar barreiras como dependência de dicas, dificuldades de atenção compartilhada, problemas de generalização e comportamentos interferentes. Estudos apontam evidências moderadas a fortes de validade de seus principais componentes, demonstrando sua contribuição para avaliações mais estruturadas e objetivas da comunicação, interação social e aprendizagem de crianças com TEA (PADILLA; AKERS, 2021).

Embora ainda sejam necessários novos estudos sobre suas propriedades psicométricas, especialmente quanto à confiabilidade e à validade de construto, o instrumento apresenta importante utilidade clínica quando utilizado em conjunto com observações diretas, entrevistas com familiares e outros protocolos de avaliação (PADILLA; AKERS, 2021).

Além de subsidiar a identificação de prioridades terapêuticas e a elaboração do PTI, o VB-MAPP pode ser aplicado periodicamente, favorecendo o monitoramento da evolução clínica e a revisão contínua das metas terapêuticas. Dessa forma, contribui para um planejamento mais objetivo, baseado em evidências, e fortalece a comunicação entre os profissionais da equipe multiprofissional, promovendo intervenções mais individualizadas e eficazes (PADILLA et al., 2023).

Inventário Portage Operacionalizado e sua análise dos marcos de desenvolvimento em crianças com TEA

O IPO é um instrumento de avaliação do desenvolvimento infantil, traduzido e adaptado para o contexto brasileiro, destinado a crianças de 0 a 6 anos de idade. Composto por 580 itens distribuídos em seis áreas do desenvolvimento: estimulação infantil, desenvolvimento motor, autocuidados, linguagem, cognição e socialização. Possibilita identificar habilidades presentes, atrasos no desenvolvimento e necessidades específicas de intervenção. Além da avaliação inicial, o instrumento permite reaplicações ao longo do acompanhamento terapêutico, favorecendo o monitoramento da evolução da criança e a reorganização das metas interventivas (QUINTÃO; AIELLO; GIL, 2023).

A análise dos estudos selecionados evidenciou que o IPO apresenta relevância para avaliação do desenvolvimento infantil e planejamento de intervenções individualizadas para crianças com TEA. Os estudos analisados demonstram que o instrumento é utilizado para caracterização de repertórios comportamentais, identificação de necessidades de intervenção e acompanhamento dos resultados terapêuticos.

A revisão sistemática conduzida por Aiello e Williams (2021) demonstrou que o IPO possui ampla aplicabilidade em contextos clínicos, educacionais, domiciliares e acadêmicos. Os autores verificaram que o instrumento foi utilizado tanto para descrever o repertório comportamental das crianças quanto para avaliar mudanças decorrentes de intervenções, evidenciando sua contribuição para o planejamento de programas individualizados.

Esses resultados são corroborados por Vasconcelos et al. (2024) e Domeniconi et al. (2026), que utilizaram o IPO como medida de avaliação antes e após intervenções baseadas na ABA. Os estudos identificaram avanços em diferentes áreas do desenvolvimento,

demonstrando que o instrumento é sensível para acompanhar mudanças no repertório infantil e auxiliar na definição de novos objetivos terapêuticos conforme a evolução apresentada pelas crianças.

De maneira complementar, Resende e Campos (2024) destacam a contribuição do IPO para a avaliação psicopedagógica clínica, ressaltando sua capacidade de identificar marcos do desenvolvimento, dificuldades apresentadas pela criança e informações relevantes para elaboração de planos individualizados de atendimento.

Apesar das diferenças metodológicas entre os estudos, observa-se convergência quanto à importância do IPO como ferramenta de apoio à tomada de decisões clínicas e educacionais. O instrumento possibilita organizar informações sobre habilidades e necessidades da criança, estabelecer prioridades de ensino e acompanhar continuamente o desenvolvimento.

Categoria	Evidências encontradas
Avaliação do desenvolvimento	O IPO identifica habilidades presentes e déficits do desenvolvimento infantil.
Planejamento individualizado	Os resultados do IPO orientam a definição de metas individualizadas para intervenção.
Monitoramento	O instrumento permite acompanhar a evolução das crianças durante o tratamento.
Participação familiar	Os familiares contribuem para a avaliação e implementação das intervenções.
Aplicabilidade clínica	O IPO mostrou-se útil em diferentes contextos clínicos, educacionais e domiciliares.

Tabela 1 – Convergências identificadas nos estudos analisados

Embora nenhum estudo tenha investigado diretamente a utilização do IPO na elaboração do PEI, os achados indicam que o instrumento apresenta características compatíveis com esse processo. Ao fornecer informações sistemáticas sobre habilidades, dificuldades e áreas prioritárias de desenvolvimento, o IPO pode subsidiar a definição de objetivos individualizados, seleção de estratégias educacionais e acompanhamento contínuo dos avanços da criança.

Assim, os resultados desta revisão demonstram que o Inventário Portage Operacionalizado constitui um recurso relevante para subsidiar a elaboração do PTI de crianças com TEA, favorecendo intervenções planejadas, individualizadas e fundamentadas em dados objetivos.

4 CONCLUSÃO

A presente revisão de literatura evidenciou que a avaliação interdisciplinar desempenha papel fundamental na construção do PTI de crianças com TEA. A integração da anamnese, da observação clínica e de protocolos padronizados, como o Verbal Behavior VB-MAPP e o IPO, possibilita uma compreensão mais ampla do desenvolvimento infantil, favorecendo a identificação das potencialidades, dificuldades e necessidades individuais.

Os resultados demonstraram que esses instrumentos orientam de forma sistemática a análise dos marcos do desenvolvimento, subsidiando a definição de objetivos terapêuticos e permitindo reavaliações periódicas para monitorar a evolução da criança e readequar o PTI. Contudo, verificou-se que sua utilização isolada é insuficiente. A anamnese fornece

informações sobre a história do desenvolvimento, o contexto familiar, escolar e social, enquanto a observação clínica complementa esse processo ao analisar comportamentos, comunicação, interação social, brincar e desempenho funcional em diferentes situações. Dessa forma, a integração entre essas estratégias torna o processo avaliativo mais completo e fidedigno.

Como limitação, observou-se a escassez de estudos que investiguem especificamente a contribuição integrada desses instrumentos para a construção do PTI, além da diversidade metodológica entre as pesquisas analisadas. Diante disso, recomenda-se o desenvolvimento de estudos com delineamentos mais robustos, capazes de investigar a efetividade da utilização conjunta desses instrumentos na prática interdisciplinar, fortalecendo avaliações baseadas em evidências e contribuindo para a elaboração de planos terapêuticos cada vez mais individualizados e eficazes.

REFERÊNCIAS

AIELLO, A. L. R.; WILLIAMS, L. C. A. O Inventário Portage Operacionalizado na avaliação do desenvolvimento e no planejamento de intervenções: uma revisão sistemática. **Revista Brasileira de Educação Especial**, Marília, v. 27, p. 1-16, 2021.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5-TR*. 5. ed. rev. Porto Alegre: Artmed, 2023

BRASIL. Ministério da Saúde. *Linha de cuidado para pessoas com Transtorno do Espectro Autista (TEA) e suas famílias na Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Linha de cuidado para pessoas com Transtorno do Espectro Autista (TEA)* [recurso eletrônico]. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2025. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_pessoas_tea.pdf. Acesso em: 20 jul. 2026.

CESÁRIO, J. M. S; FLAUZINO, V. H. P; MEJIA, J. V. C. Metodologia científica: principais tipos de pesquisas e suas características. ***Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento***, São Paulo, ano 5, ed. 11, v. 8, p. 23-33, nov. 2020. Disponível em: https://www.nucleodoconhecimento.com.br/educacao/tipos-de-pesquisas. Acesso em: 8 jul. 2026.

DOMENICONI, C. *et al.* Avaliação de repertórios comportamentais e acompanhamento de intervenções em Análise do Comportamento Aplicada (ABA) com o Inventário Portage Operacionalizado. **Cadernos de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento**, São Paulo, v. 26, n. 1, p. 45-62, 2026.

GIL, A. C; REIS NETO, A. C. **Survey de experiência como pesquisa qualitativa básica em Administração**. *Revista de Ciências da Administração*, Florianópolis, v. 22, n. 56, p. 125-137, 2021. https://doi.org/10.5007/2175-8077.2020.e74026

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Censo Demográfico 2022: Pessoas com deficiência e pessoas diagnosticadas com Transtorno do Espectro Autista – Resultados preliminares da amostra*. Rio de Janeiro: IBGE, 2025.

MORAES, G. T. G; NASCIMENTO, L. R.; TAMAROZZI, G. A. Marcos do desenvolvimento infantil e sua relação com o diagnóstico precoce do transtorno do espectro autista. **Revista Humanidades e Inovação**, Palmas, v. 9, n. 24, p. 288-300, 2022.

PADILLA, K. L.; AKERS, J. S. Content validity evidence for the Verbal Behavior Milestones Assessment and Placement Program. ***Journal of Autism and Developmental Disorders***, v. 51, n. 11, p. 4054-4066, 2021.

QUINTÃO, C. S; AIELLO, A. L. R; GIL, M. S. C. A. **Inventário Portage Operacionalizado para Crianças com Baixa Visão: uma análise de especialistas**. **Avaliação Psicológica**, Campinas, v. 22, n. 2, p. 134-142, 2023. DOI: 10.15689/ap.2023.2202.20915.03.

RESENDE, S. D; CAMPOS, S. M**.** Transtorno do Espectro Autista: diagnóstico e intervenção psicopedagógica clínica. **Revista Psicopedagogia**, São Paulo, v. 41, n. 125, p. 350-365, 2024.

RESENDE, M. A.; CAMPOS, R. L. A contribuição do Inventário Portage Operacionalizado para a avaliação psicopedagógica clínica. **Revista Psicopedagogia**, São Paulo, v. 41, n. 124, p. 88-101, 2024.

STRALE JR., F.; PETERSON, T.; DODSON, J.; SHERWIN, R. Evaluating the Verbal Behavior Milestones Assessment and Placement Program (VB-MAPP) scores using principal components analysis. **Cureus**, v. 16, n. 8, e69096, 2024.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Manual de Orientação: Transtorno do Espectro do Autismo. **Departamento Científico de Pediatria do Desenvolvimento e Comportamento**. Rio de Janeiro: SBP, 2022.

VASCONCELOS, L. A. *et al.* Aplicação do Inventário Portage Operacionalizado como medida de eficácia em intervenções baseadas em ABA. **Revista Brasileira de Análise do Comportamento**, Belém, v. 20, n. 2, p. 115-130, 2024.

INVESTIGAÇÃO DAS CONDIÇÕES DE TRABALHO E EXPERIÊNCIAS SUBJETIVAS DE ENTREGADORES POR APP

SAADA CERQUEIRA SANTOS; VINICIUS SANTANA FERREIRA

Introdução: A realização deste trabalho se dá pela necessidade de compreender como as transformações contemporâneas do trabalho, especialmente no contexto da uberização, têm impactado a saúde e o cotidiano dos entregadores de aplicativo, grupo marcado pela ausência de direitos assegurados, transferência de riscos e vulnerabilidade social. Considerando que esses trabalhadores enfrentam jornadas prolongadas, pressão por produtividade, instabilidade financeira e exposição constante ao risco do tráfego, torna-se fundamental analisar como os determinantes sociais da saúde atravessam suas experiências e produzem formas específicas de adoecimento físico e mental. **Objetivo:** Promover a saúde dos trabalhadores de entrega por aplicativos, como o iFood, e atuar também na prevenção de riscos decorrentes das condições precárias de trabalho e da vulnerabilidade social que atravessa suas rotinas. **Relato de caso/experiência:** A intervenção foi realizada em duas etapas com entregadores de *iFood* interceptados nos bairros da Pituba e Itaigara em Salvador. A primeira etapa consiste na promoção de escuta das vivências dos entregadores do Ifood, visando coletar informações acerca das condições de trabalho e de saúde, para posterior confecção de CARDS informativosum podcast unindo os achados teóricos com os relatos. A segunda etapa foi a própria elaboração de CARDS com exercícios para promoção da saúde dos trabalhadores para serem divulgados entre eles nos grupos internos do Whatsapp. **Conclusão:** A vivência em campo evidenciou, de forma concreta, as contradições do modelo de trabalho mediado por plataformas digitais, marcado pela precarização, pela responsabilização individual e pela insuficiência de políticas públicas que acompanhem a velocidade das mudanças no mundo do trabalho. O trabalho reafirma a importância de pensar a psicologia articulada às políticas públicas, às condições materiais de existência e às desigualdades sociais que atravessam o mundo do trabalho.

Palavras-chave: **ENTREGADORES; PROMOCAÇÃO DE SAUDE; PLATAFORMIZAÇÃO**

DOI: 10.51161/iv-conasus/85842

ANÁLISE DE RISCOS DO PROCESSO DE CREDENCIAMENTO DE FARMÁCIAS NO PROGRAMA FARMÁCIA POPULAR DO BRASIL

RAFAEL SOUZA SANTOS[1,2]
[1]*Mestrando, com pesquisa em Gestão de Riscos, no Programa de Pós-Graduação em Computação Aplicada da Universidade de Brasília (UnB).*
[2]*Consultor da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS) no Ministério da Saúde — MS/SCTIE/DAF/CGPFP.*

RESUMO

O Programa Farmácia Popular do Brasil amplia o acesso da população a medicamentos e insumos essenciais por meio de uma rede privada credenciada, cuja abrangência e volume financeiro tornam indispensáveis controles consistentes sobre a entrada de novos estabelecimentos. Este estudo objetiva identificar e organizar os principais riscos operacionais e de governança de dados presentes no credenciamento de farmácias, além de propor uma estratégia de priorização e tratamento fundamentada na modelagem de processos e na Failure Mode and Effect Analysis (FMEA). Trata-se de pesquisa aplicada, exploratória e descritiva, com abordagem qualitativa e base documental. O percurso metodológico reúne: revisão da literatura orientada pela Teoria do Enfoque Meta-Analítico Consolidado; análise da legislação, do edital de credenciamento, de formulários e de informações institucionais; representação do macroprocesso por SIPOC; detalhamento do fluxo em Business Process Model and Notation; e elaboração de matriz FMEA para posterior avaliação de severidade, ocorrência e detecção. Os resultados preliminares indicam que as vulnerabilidades se concentram na completude documental, na consistência entre bases cadastrais, na verificação de elegibilidade, na duplicidade de registros, na rastreabilidade das decisões e na comunicação de pendências. Também se observou que a combinação entre SIPOC, BPMN e FMEA permite conectar cada falha ao ponto do processo em que surge, ao seu possível efeito sobre a decisão administrativa e ao controle preventivo ou detectivo correspondente. Como contribuição, propõe-se um modelo integrado de gestão de riscos capaz de apoiar a padronização das análises, reduzir retrabalho, fortalecer a integridade cadastral e ampliar a transparência do credenciamento. Conclui-se que a formalização do fluxo e o registro estruturado dos modos de falha constituem etapas necessárias para tornar o processo mais seguro, eficiente e auditável, sem substituir a validação posterior com especialistas e dados operacionais.

Palavras-chave: FMEA; Governança de dados; Saúde pública; Gestão de riscos; Programa Farmácia Popular do Brasil.

1 INTRODUÇÃO

O Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPB) foi instituído para ampliar o acesso da população a medicamentos e outros insumos considerados essenciais. Sua base legal decorre da Lei nº 10.858/2004 e do Decreto nº 5.090/2004, posteriormente complementados por normas operacionais reunidas na Portaria de Consolidação GM/MS nº 5/2017 (Brasil, 2004a; Brasil, 2004b; Brasil, 2017). Na vertente executada em parceria com o comércio varejista farmacêutico, o alcance da política depende de uma rede de estabelecimentos privados que atendam aos requisitos definidos pelo Ministério da Saúde. O credenciamento constitui, portanto, uma fronteira de controle: é nessa etapa que dados, documentos, responsabilidades e condições de elegibilidade precisam ser verificados antes da inserção de um novo participante na rede. A Figura 1 sintetiza a evolução do marco normativo do programa entre 2004 e 2025 e evidencia a sucessiva ampliação de regras, benefícios e mecanismos de governança.

DOI: 10.51161/iv-conasus/85848

Figura 1 – Histórico legislativo do Programa Farmácia Popular do Brasil
Fonte: Elaboração própria.

A ampliação territorial do PFPB reforça a relevância sanitária do programa, mas também eleva a complexidade administrativa. O processo recebe informações oriundas de diferentes fontes, como cadastro empresarial, licenças, autorizações sanitárias, responsabilidade técnica e declarações do requerente. Parte dessas informações pode apresentar formatos, prazos de validade e identificadores distintos. Quando os critérios de conferência não estão descritos de forma suficientemente padronizada, surgem condições para retrabalho, tratamentos divergentes, perda de rastreabilidade, aceitação indevida, rejeição de pedido regular ou atraso na disponibilização do serviço à população. O próprio edital de convocação estabelece requisitos e documentos e prevê a análise dos pedidos completos, o que evidencia a centralidade da qualidade documental para a decisão administrativa (Brasil, 2025).

Essas vulnerabilidades não se limitam à presença ou ausência de documentos. Elas envolvem governança de dados: definição de responsáveis, qualidade dos campos, interoperabilidade, histórico de alterações, evidência utilizada na decisão e possibilidade de auditoria. A Lei de Acesso à Informação reforça a necessidade de gestão transparente e recuperável das informações públicas (Brasil, 2011). De modo convergente, a ABNT NBR ISO 31000 recomenda que a gestão de riscos seja integrada aos processos organizacionais, estruturada e baseada nas melhores informações disponíveis (ABNT, 2018). Assim, a análise do credenciamento deve relacionar o fluxo administrativo aos eventos capazes de afetar seus objetivos, em vez de tratar cada inconsistência como ocorrência isolada.

A modelagem de processos oferece recursos para tornar visíveis as entradas, atividades, decisões, atores e saídas do credenciamento. O SIPOC sintetiza fornecedores, entradas, processo, saídas e clientes, enquanto a Business Process Model and Notation (BPMN) permite detalhar tarefas, pontos de decisão, sistemas e transferências de responsabilidade. A FMEA, por sua vez, organiza modos de falha, causas, efeitos, controles e critérios de prioridade, sendo utilizada para antecipar problemas antes que produzam consequências relevantes (Palady, 1997; Stamatis, 2003). A integração dessas técnicas pode aproximar o desenho do processo, a qualidade dos dados e a gestão preventiva de riscos.

Diante desse contexto, pergunta-se: quais riscos operacionais e de governança de dados se manifestam no credenciamento de farmácias do PFPB e como a modelagem de processos integrada à FMEA pode apoiar sua identificação, priorização e mitigação? O objetivo geral é analisar os riscos do credenciamento e propor mecanismos de tratamento baseados em gestão de riscos. Especificamente, busca-se mapear o fluxo, reconhecer possíveis modos de falha, relacioná-los a causas e efeitos, indicar controles e estabelecer uma base para a futura classificação por severidade, ocorrência e detecção.

DOI: 10.51161/iv-conasus/85848

2 MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de pesquisa aplicada, de caráter exploratório e descritivo, com abordagem predominantemente qualitativa. O objeto de estudo é o processo administrativo de credenciamento de estabelecimentos no PFPB. A unidade de análise compreende as etapas que vão da disponibilização das regras e do recebimento da solicitação até a verificação dos requisitos, o tratamento de pendências, a decisão e o registro do resultado. A pesquisa está organizada em etapas complementares, de modo que os achados documentais e bibliográficos orientem a modelagem e a construção posterior da matriz de riscos.

A primeira etapa consiste em revisão da literatura apoiada na Teoria do Enfoque Meta-Analítico Consolidado (TEMAC), que combina preparação da pesquisa, apresentação e inter-relação dos dados e detalhamento de modelos relevantes (Mariano; Rocha, 2017). A busca preliminar foi conduzida nas bases Scopus e Web of Science com termos associados a risk management, risk assessment, process management, public administration e FMEA. Foram recuperados 190 registros antes das etapas de deduplicação e elegibilidade, dos quais 41 provinham da Web of Science. A análise de coocorrência e de relações bibliográficas foi utilizada para reconhecer núcleos conceituais e selecionar referências sobre gestão de riscos, governança, análise de falhas e modelagem.

A segunda etapa é documental. Integram o corpus a legislação do PFPB, o edital de convocação para credenciamento, formulários, listas de documentos, informações públicas sobre o procedimento e relatórios institucionais disponíveis ao pesquisador. Para cada documento são registrados finalidade, órgão emissor, vigência, dado ou requisito tratado, ator responsável e possível uso como evidência. A leitura analítica busca localizar regras de elegibilidade, dependências entre documentos, campos de identificação, prazos, hipóteses de pendência e pontos em que uma decisão depende da conferência manual ou da consulta a outra fonte. Não são utilizados, nesta fase, dados pessoais de beneficiários.

Na terceira etapa, o macroprocesso é representado por SIPOC. São classificados como fornecedores os estabelecimentos requerentes e os órgãos ou sistemas que emitem evidências; como entradas, os dados cadastrais, licenças, autorizações e declarações; como processo, o conjunto de recepção, triagem, análise, diligência e decisão; como saídas, os pedidos aprovados, indeferidos ou pendentes; e como clientes, as áreas gestoras, os estabelecimentos, os órgãos de controle e, indiretamente, a população usuária. Em seguida, o fluxo é detalhado em BPMN, com raias de responsabilidade, eventos, tarefas, gateways, sistemas consultados e artefatos documentais.

A quarta etapa aplica a FMEA ao fluxo modelado. Cada atividade ou decisão pode originar um ou mais modos de falha. Para cada modo serão descritos o efeito potencial, a causa, o controle existente, a evidência de execução e a ação recomendada. Na fase de validação, especialistas do processo atribuirão notas de severidade, ocorrência e detecção segundo escalas previamente definidas. O produto dessas dimensões poderá ser usado como número de prioridade de risco, acompanhado de análise crítica para evitar que resultados numéricos semelhantes ocultem efeitos de gravidades distintas. A versão atual apresenta categorias preliminares, ainda não pontuadas.

A análise qualitativa utiliza comparação entre fontes e rastreabilidade das inferências. Um risco somente é associado a determinada etapa quando há requisito documental, decisão, transferência de responsabilidade ou dependência de dados que sustente essa associação. As recomendações são classificadas como preventivas, detectivas ou corretivas. A validação futura confrontará o modelo com a prática operacional, permitirá revisar a nomenclatura das atividades e avaliar a viabilidade dos controles propostos.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A revisão preliminar revelou três núcleos úteis ao problema. O primeiro reúne prevenção de falhas e segurança de processos, no qual a FMEA se destaca pela estruturação de causas, efeitos e controles. O segundo aproxima gestão de riscos, conformidade e resiliência organizacional. O terceiro articula governança, auditoria e desempenho. Embora grande parte da produção tenha origem industrial ou empresarial, os conceitos podem ser transferidos ao credenciamento público quando a unidade de análise deixa de ser um componente físico e passa a ser uma atividade, uma decisão ou um dado. Nessa transposição, o modo de falha pode ser, por exemplo, a não detecção de documento vencido; o efeito pode ser uma decisão administrativa inadequada; e o controle pode combinar validação automática, lista de verificação e revisão por segundo analista. O mapa

de densidade da co-citação (Figura 2) expressa esses núcleos por meio das referências de Crowl e Louvar (2007), Lalonde (2012) e Malik (2020).

O acoplamento bibliográfico, apresentado na Figura 3, aponta uma frente recente centrada em modelagem digital e previsão de riscos, com maior densidade em torno de Kelisek (2025) e aproximações com Hudakova et al. (2026) e Sun et al. (2026). O resultado sugere que a literatura vem associando gestão de riscos a ecossistemas tecnológicos, monitoramento e antecipação de falhas, oferecendo fundamentos para informatizar controles do credenciamento.

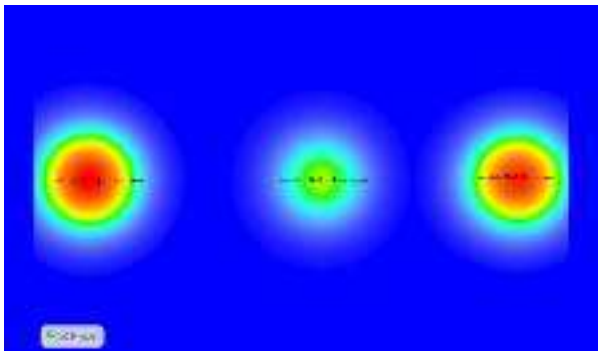


Figura 2 – Mapa de densidade da análise de co-citação
Fonte: Elaboração própria, com uso do VOSviewer.

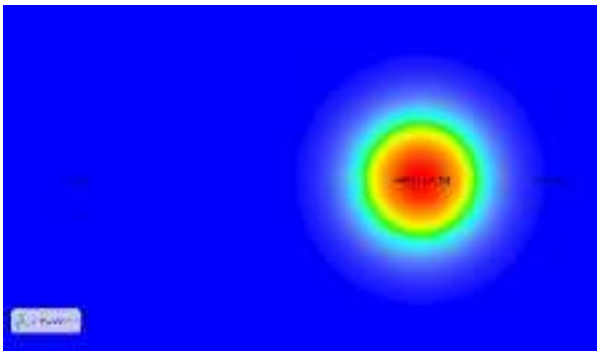


Figura 3 – Mapa de densidade do acoplamento bibliográfico
Fonte: Elaboração própria, com uso do VOSviewer.

O levantamento documental mostrou que o fluxo depende de três dimensões que precisam ser analisadas conjuntamente. A dimensão regulatória define quem pode participar e quais evidências devem ser apresentadas. A dimensão processual estabelece a sequência de recebimento, análise, diligência e decisão. A dimensão informacional trata da correspondência entre identificadores, validade, origem e histórico dos dados. Uma falha aparentemente documental pode, portanto, resultar de problema processual ou informacional. A ausência de um arquivo pode decorrer de orientação ambígua; a divergência de endereço pode decorrer de bases atualizadas em momentos diferentes; e a duplicidade pode decorrer da falta de chave única ou de consulta anterior ao cadastro.

O SIPOC preliminar delimitou cinco grupos de entradas: identificação empresarial, regularidade sanitária, responsabilidade técnica, habilitação jurídica e manifestação de adesão. Essa organização reduz a dependência de listas extensas e permite vincular cada grupo a uma finalidade de controle. Também evidenciou que os clientes do processo não se restringem ao requerente. A área gestora necessita de dados confiáveis para monitoramento; os órgãos de controle necessitam de trilha de auditoria; e a população depende da entrada tempestiva de estabelecimentos aptos. Dessa forma, qualidade, integridade e tempo de processamento devem ser considerados conjuntamente na avaliação dos efeitos.

No detalhamento inicial em BPMN, os principais pontos de atenção aparecem nos gateways: documentação completa ou incompleta; requisito atendido ou não atendido; divergência sanável ou impeditiva; necessidade ou não de diligência; e decisão favorável ou desfavorável. Esses pontos concentram variabilidade porque exigem critérios explícitos e evidências recuperáveis. Quando a regra fica apenas no conhecimento tácito do analista, aumentam as possibilidades de interpretações diferentes e de retrabalho. A modelagem também permite verificar se uma pendência retorna à atividade correta, se há prazo e responsável definidos e se o resultado da nova análise preserva o histórico anterior.

Para a priorização preliminar, cada modo de falha foi avaliado de 1 a 10 em severidade (S), ocorrência (O) e detecção (D). O Número de Prioridade de Risco foi calculado por NPR = S × O × D, com resultados possíveis entre 1 e 1.000. Adotaram-se, exclusivamente para esta análise exploratória, as faixas: baixa, de 1 a 99; moderada, de 100 a 199; alta, de 200 a 299; e crítica, a partir de 300. As notas não representam medição operacional definitiva e deverão ser revistas em oficina com especialistas do credenciamento.

Tabela 1 – Matriz FMEA preliminar dos riscos do credenciamento

ID	Etapa	Modo de falha e efeito	S	O	D	NPR	Controle e ação proposta
F1	Recepção	Pedido ou arquivo incompleto. Efeito: retrabalho, atraso e análise incompleta.	6	8	3	144	Controle: validação de campos. Ação: bloquear envio incompleto.
F2	Elegibilidade	Aplicação divergente de regra. Efeito: tratamento desigual ou decisão inadequada.	8	5	7	280	Controle: manual e revisão. Ação: parametrizar regras e justificar exceções.
F3	Conferência	Documento vencido, ilegível ou incompatível. Efeito: aceitação indevida ou diligência tardia.	7	6	4	168	Controle: checagem de validade. Ação: bloquear documentos vencidos.
F4	Consistência	Dados divergentes entre fontes. Efeito: cadastro inconsistente.	8	6	6	288	Controle: consulta e evidência. Ação: definir fonte mestra e reconciliar dados.
F5	Cadastro	Registro duplicado. Efeito: histórico fragmentado.	7	4	6	168	Controle: pesquisa prévia. Ação: adotar chave única e alerta.
F6	Diligência	Pendência sem prazo, responsável ou retorno. Efeito: paralisação e perda de rastreabilidade.	6	6	7	252	Controle: fila e estados padronizados. Ação: definir prazo, responsável e alertas.
F7	Decisão	Motivação ou versão documental não registrada. Efeito: auditoria e contestação dificultadas.	8	5	8	320	Controle: auditoria e versionamento. Ação: exigir parecer estruturado.

Fonte: Elaboração própria.

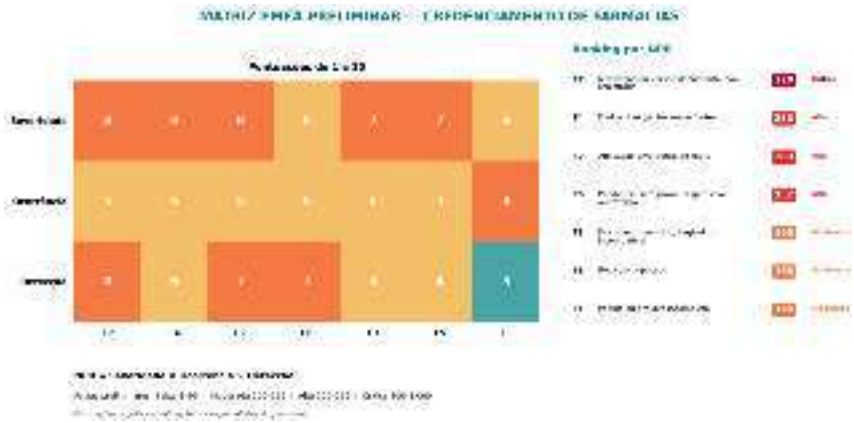


Figura 4 – Heatmap e ranking da pontuação FMEA preliminar
Fonte: Elaboração própria.

A Tabela 1 e a Figura 4 evidenciam que o maior NPR preliminar corresponde à ausência de registro da motivação ou da versão documental da decisão (F7; NPR = 320), classificada como crítica. As divergências entre fontes (F4; NPR = 288), a aplicação divergente de regras (F2; NPR = 280) e as pendências sem governança de prazo e responsabilidade (F6; NPR = 252) formam o

grupo de prioridade alta. Os demais modos foram classificados como moderados. Essa ordenação direciona controles para rastreabilidade decisória, governança dos dados e padronização das regras antes de ampliar verificações manuais.

A integração metodológica mostrou-se adequada por distribuir funções distintas. O SIPOC define o limite e os elementos do macroprocesso; a BPMN identifica onde ocorrem decisões e transferências; e a FMEA transforma esses pontos em unidades sistemáticas de análise. Essa complementaridade também favorece a governança dos dados, pois os campos críticos podem ser associados às atividades que os produzem, consultam ou alteram. Assim, a matriz de riscos deixa de ser documento paralelo e passa a manter vínculo com o fluxo operacional.

Os resultados são preliminares e requerem validação do fluxo, do corpus documental e das notas FMEA por especialistas. A análise não mensura fraude nem atribui falhas individuais; identifica vulnerabilidades processuais para orientar melhoria e aprendizagem.

4 CONCLUSÃO

A análise preliminar identificou que os riscos do credenciamento de farmácias no PFPB se concentram na completude e validade documental, na consistência entre fontes cadastrais, na aplicação uniforme das regras de elegibilidade, na prevenção de duplicidades, no tratamento de pendências e na rastreabilidade das decisões. Esses elementos afetam simultaneamente a segurança, a eficiência, a transparência e o tempo de entrada de estabelecimentos aptos na rede.

A integração entre SIPOC, BPMN e FMEA organiza o macroprocesso, localiza pontos críticos e prioriza controles. Como limitação, as notas ainda dependem de validação por especialistas. As próximas etapas incluem consolidar a matriz, implementar ações e avaliar riscos residuais.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Decreto nº 5.090, de 20 de maio de 2004. Regulamenta a Lei nº 10.858, de 13 de abril de 2004, e institui o Programa Farmácia Popular do Brasil. Brasília, DF: Presidência da República, 2004a.

BRASIL. Lei nº 10.858, de 13 de abril de 2004. Autoriza a Fundação Oswaldo Cruz a fornecer medicamentos mediante ressarcimento, criando a base legal para o programa. Brasília, DF: Presidência da República, 2004b.

BRASIL. Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011. Regula o direito constitucional de acesso aos cidadãos às informações públicas (Lei de Acesso à Informação). Brasília, DF: Presidência da República, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Convocação para Credenciamento no Programa Farmácia Popular do Brasil nº 1, de 14 de fevereiro de 2025. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Inovação e do Complexo Econômico-Industrial da Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Farmácias Credenciadas - PFPB - 28.02.2026. Relatório Técnico. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manutenção e Funcionamento do Programa Farmácia Popular do Brasil pelo Sistema de Gratuidade. Brasília, DF: Ministério da Saúde, [s.d.].

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 5, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 675, de 7 de junho de 2023. Diário Oficial da União, Seção 1, Brasília, DF, 7 jun. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 676, de 7 de junho de 2023. Institui o Comitê de Acompanhamento do Programa Farmácia Popular do Brasil - Aqui Tem Farmácia Popular. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 739, de 27 de março de 2018. Altera a Portaria de Consolidação nº 5/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para atualizar os valores de referência dos medicamentos. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2.898, de 26 de outubro de 2021. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 5, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre as regras gerais do Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPB). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2021.

DOI: 10.51161/iv-conasus/85848

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3.073, de 15 de janeiro de 2024. Altera o Anexo LXXVII da Portaria de Consolidação GM/MS nº 5, de 28 de setembro de 2017 (inclusão de absorventes higiênicos). Diário Oficial da União, Seção 1, Brasília, DF, p. 67, 17 jan. 2024.
BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3.677, de 29 de setembro de 2022. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 5, de 28 de setembro de 2017, e amplia a cobertura do Programa Farmácia Popular do Brasil - PFPB. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2022.
BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 4.811, de 4 de julho de 2024. Altera o Anexo LXXVII da Portaria de Consolidação GM/MS nº 5, de 28 de setembro de 2017 (gratuidade para dislipidemia, rinite, Parkinson e glaucoma). Diário Oficial da União, Seção 1 - Extra C, Brasília, DF, p. 40, 4 jul. 2024.
BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 6.613, de 13 de fevereiro de 2025. Altera o Anexo LXXVII da Portaria de Consolidação GM/MS nº 5, de 28 de setembro de 2017 (gratuidade para incontinência urinária e diabetes com doença cardiovascular). Diário Oficial da União, Seção 1, ed. 32, Brasília, DF, p. 67, 14 fev. 2025.
BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 8.407, de 6 de novembro de 2025. Altera os valores de referência da dapagliflozina e da fralda geriátrica. Diário Oficial da União, Seção 1, ed. 214, Brasília, DF, p. 64, 10 nov. 2025.
BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 9.210, de 9 de dezembro de 2025. Altera a Portaria GM/MS nº 8.407, de 6 de novembro de 2025. Diário Oficial da União, Seção 1, ed. 236, Brasília, DF, p. 84, 11 dez. 2025.
COSO - Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission. Enterprise Risk Management: Integrating with Strategy and Performance. New York: COSO, 2017.
CROWL, Daniel A.; LOUVAR, Joseph F. Chemical Process Safety: Fundamentals with Applications. 3. ed. New Jersey: Prentice Hall, 2007.
HUDAKOVA, Maria et al. Innovation and technological ecosystems in corporate risk prediction. Journal of Risk and Financial Management, v. 19, n. 1, p. 45-62, 2026.
ISO - International Organization for Standardization. ISO 31000: Risk management — Guidelines. Geneva: ISO, 2018.
KELISEK, Albert. Software ecosystems and continuous digital modeling for predictive risk management. International Journal of Information Systems, v. 31, n. 2, p. 112-129, 2025.
KNIGHT, Kevin. Risk Management in Public Administration: Principles and Practice. 2. ed. London: Routledge, 2019.
LALONDE, Carole. Crisis management and organizational resilience: Towards an ISO-aligned compliance framework. Journal of Contingencies and Crisis Management, v. 20, n. 4, p. 204-217, 2012.
LAM, James. Enterprise Risk Management: From Incentives to Controls. 2. ed. New Jersey: John Wiley & Sons, 2014.
MALIK, M. Farhan. Corporate governance, risk assessment and procurement efficiency. Accounting & Finance, v. 60, n. 1, p. 325-351, 2020.
MARIANO, Sandra R. H.; ROCHA, Maximiliano S. Teoria do Enfoque Meta-Analítico Consolidado (TEMAC). Revista de Administração e Inovação (RAI), v. 14, n. 2, p. 88-103, 2017.
MARKS, Norman. Risk Management for Success. Florida: CRC Press, 2020.
PALADY, Paul. Failure Modes and Effects Analysis: Predicting & Preventing Problems before They Occur. USA: PT Publications, 1997.
SOUZA, R. V. B. de. Aplicação do método FMEA para priorização de ações de melhoria em fluxos de processos. 2012. Dissertação (Mestrado em Processos e Gestão de Operações) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012. doi:10.11606/D.18.2012.tde-15012013-103231.
STAMATIS, Diomidis H. Failure Mode and Effect Analysis: FMEA from Theory to Execution. 2. ed. Wisconsin: ASQ Quality Press, 2003.
SUN, Yi et al. Neural simulation and advanced safety monitoring in modern logistics and public systems. Safety Science, v. 182, p. 106-121, 2026.
ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. ABNT NBR ISO 31000: Gestão de riscos - Diretrizes. Rio de Janeiro: ABNT, 2018.
OBJECT MANAGEMENT GROUP. Business Process Model and Notation (BPMN), version 2.0.2. Needham: OMG, 2014.

SAÚDE MENTAL NO SUS: CONQUISTAS E DESAFIOS DA REDE DE ATENÇÃO

ELIANE DE LIMA AYRES

Introdução: A Reforma Psiquiátrica no Brasil fomentou a substituição do modelo manicomial e hospitalocêntrico pelo modelo de Atenção Psicossocial, consolidado pela Lei nº 10.216/2001. No Sistema Único de Saúde (SUS), a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) arquiteta o cuidado descentralizado e comunitário. Este estudo se torna relevante e se justifica vista a necessidade de analisar a capacidade de resposta e as dificuldades estruturais da RAPS frente a uma crescente vulnerabilidade social no país intensificadas pelas crises socioeconômicas e pelo contexto pós-pandemia de COVID-19. **Objetivo:** Observar os avanços, as dificuldades operacionais e os desafios atuais da Atenção Psicossocial no SUS, apontando os principais obstáculos no acesso e no fortalecimento da RAPS. **Metodologia:** Este trabalho é uma revisão bibliográfica da literatura, de caráter descritivo e qualitativo. A busca pelos materiais foi realizada nas bases digitais de dados, e compreendem o período de publicação entre 2019 e 2024. **Resultados:** A criação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e das Redes de Atenção Psicossocial modificou a forma de se pensar o cuidado em saúde mental no Brasil, possibilitando melhores resultados na reabilitação psicossocial e na redução das internações compulsórias prolongadas. Entretanto, o subfinanciamento e a distribuição heterogênea dos serviços entre regiões metropolitanas e municípios de pequeno porte, a sobrecarga de trabalho das equipes multiprofissionais diante da elevada demanda e a deficiência na integração e articulação entre a Atenção Primária à Saúde (APS/Estratégia de Saúde da família) e os serviços especializados (CAPS e Leitos de atenção Integral) foram evidenciados como desafios a serem superados para a consolidação da RAPS. **Conclusão:** O modelo atual de Atenção Psicossocial do SUS é fruto de um avanço ético e assistencial indispensável para a garantia de direitos e do atendimento humanizado em saúde mental. O subfinanciamento e a deficiência na integração e articulação da Atenção Primária e os CAPS comprometem a continuidade e a integralidade do cuidado. Solucionar os problemas de sobrecarga das equipes e atenuar as assimetrias entre os territórios são passos estratégicos para estabelecer a RAPS como rede universal, comunitária e humanizada.

Palavras-chave: **CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL; POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE; REFORMA PSIQUIÁTRICA**

DOI: 10.51161/iv-conasus/85849

ESTRATÉGIAS EDUCACIONAIS ATIVAS PARA O ENSINO DE SINAIS VITAIS NA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM UM AMBULATÓRIO ESPECIALIZADO NO SUS

JULIANA REIS ALMEIDA; MILENE DE ANDRADE GOUVÊA TYLL; CAROLINE THAINA SILVA DOS SANTOS; ADRIANA DE SÁ PINHEIRO DOS SANTOS; RUBENILSON CALDAS VALOIS; GIRLENE FERREIRA QUINGOSTA; FRANCILENI CARVALHO MONTEIRO

Introdução: Os sinais vitais são indicadores essenciais para a avaliação clínica, permitindo identificar alterações fisiológicas e subsidiar a tomada de decisão da equipe de enfermagem. Estratégias de ensino baseadas em metodologias ativas favorecem a atualização dos conhecimentos e a integração entre teoria e prática. **Objetivo:** Relatar a experiência da utilização de metodologias ativas como estratégia de educação permanente para qualificação da aferição e avaliação dos sinais vitais por profissionais de enfermagem. **Relato de experiência:** Trata-se de um relato de experiência vivenciado por uma enfermeira residente do 1º ano da Residência Multiprofissional em Atenção à Saúde Cardiovascular, durante uma atividade educativa realizada em um Serviço Ambulatorial especializado do SUS, na região metropolitana da Amazônia Oriental. A atividade, com duração de 60 minutos nos turnos da manhã e tarde, envolveu 08 enfermeiros, 20 técnicos de enfermagem, 01 docente, 01 estagiária e 02 acadêmicos de enfermagem. Foram abordados temperatura, frequência cardíaca, frequência respiratória, pressão arterial, saturação periférica de oxigênio, dor e glicemia capilar, enfatizando valores de referência e interpretação clínica. Como metodologia ativa, foi utilizada a dinâmica “Detetive dos Sinais Vitais”, na qual os participantes analisaram situações clínicas, identificaram alterações dos parâmetros vitais e discutiram condutas de enfermagem. A atividade foi conduzida de forma dialogada, utilizando recursos visuais, questionamentos e exemplos práticos, estimulando o raciocínio clínico, a participação ativa e a troca de experiências entre profissionais e estudantes. **Conclusão:** A experiência evidenciou que metodologias ativas favorecem a construção do conhecimento, fortalecem competências técnicas e comportamentais (hard e soft skills) e qualificam a prática assistencial. Além de estimular o pensamento crítico e a aprendizagem significativa, atividades dessa natureza contribuem para avaliações clínicas mais seguras e para uma assistência fundamentada em evidências científicas, promovendo a segurança do paciente.

Palavras-chave: **ENFERMAGEM; SINAIS VITAIS; EDUCAÇÃO PERMANENTE**

DOI: 10.51161/iv-conasus/85852

COBERTURA VACINAL E DESAFIOS REGIONAIS: ANÁLISE DA ATUAÇÃO DO PROGRAMA NACIONAL DE IMUNIZAÇÕES NO AMAZONAS (2020–2025)

ANA CAROLINA COSTA; ISABELLY CAMURÇA LIMA DE CARVALHO; JONATHAN DE HOLANDA SANTANA; THAYS FELIPE DAVID DE OLIVEIRA.

RESUMO

A imunização infantil é uma das estratégias mais custo-efetivas da saúde pública, e o Programa Nacional de Imunizações (PNI) constitui referência internacional pela amplitude e gratuidade de sua oferta. Nos últimos anos, contudo, o programa tem enfrentado quedas e oscilações nas coberturas vacinais, agravadas pela pandemia de COVID-19, pela hesitação vacinal e pelas desigualdades socioeconômicas e geográficas, com expressão particular na Região Norte do Brasil. Este estudo teve como objetivo analisar a cobertura vacinal de Poliomielite e de Tríplice Viral (1ª dose) e as desigualdades intrarregionais no estado do Amazonas, entre 2020 e 2025, considerando os desafios geográficos enfrentados pelo PNI e as repercussões do Movimento Nacional pela Vacinação. Trata-se de pesquisa descritiva, de caráter documental e bibliográfico, com abordagem mista, a partir de dados extraídos do sistema TABNET/DATASUS para seis municípios amazonenses (Barcelos, Benjamin Constant, Manaus, Parintins, São Gabriel da Cachoeira e Tefé), selecionados por representarem diferentes graus de acessibilidade geográfica. Entre 2020 e 2022, Barcelos, Benjamin Constant e São Gabriel da Cachoeira registraram coberturas sistematicamente inferiores à meta de 95% preconizada pelo PNI, com valores mínimos abaixo de 35% para ambos os imunizantes. Manaus permaneceu abaixo da meta em quase toda a série, com causas multifatoriais que incluem a hesitação vacinal e a circulação de desinformação. A partir de 2023, observou-se tendência de recuperação na maioria dos municípios, atribuída às ações do Movimento Nacional pela Vacinação e à adoção de estratégias de microplanejamento adaptadas às realidades locais, embora nenhum município do interior tenha sustentado a meta para os dois imunizantes ao longo do período. Coberturas superiores a 100% em Tefé e Barcelos sugerem defasagem do denominador populacional e limites dos registros vacinais. Conclui-se que as desigualdades intrarregionais persistem e que a territorialização das estratégias e a qualificação dos sistemas de informação em saúde são condições essenciais para que o PNI alcance e mantenha as metas na Amazônia.
Palavras-chave: Poliomielite; Tríplice viral; Disparidades nos níveis de saúde.

1 INTRODUÇÃO

A imunização é uma das intervenções de saúde pública de maior impacto sobre a morbimortalidade infantil, ao prevenir doenças e reduzir a pressão assistencial sobre as Redes de Atenção à Saúde. Criado em 1973, o Programa Nacional de Imunizações (PNI) tornou-se referência internacional pela amplitude do calendário ofertado gratuitamente e pela capacidade de organizar campanhas de alcance nacional, tendo como diretrizes a equidade no acesso aos imunobiológicos e o controle de doenças imunopreveníveis (Domingues et al., 2020). Nos últimos anos, entretanto, o programa passou a conviver com quedas e oscilações nos índices de cobertura, inclusive para imunizantes historicamente bem aceitos pela população, como os de Poliomielite e Tríplice Viral.

DOI: 10.51161/iv-conasus/85853

Esse fenômeno é multicausal. Inquérito nacional conduzido por Fernandes, Percio e Maciel (2024) evidencia que a hesitação vacinal no Brasil articula desinformação, percepção reduzida do risco das doenças imunopreveníveis e barreiras concretas de acesso aos serviços, e não apenas a adesão a discursos antivacina. A esses fatores somam-se as desigualdades socioeconômicas, que incidem diretamente sobre o número de crianças sem esquema vacinal básico completo.

No interior do Amazonas, esse cenário é agravado pelas dificuldades logísticas de distribuição dos imunobiológicos, predominantemente fluvial, que ampliam o tempo de transporte para localidades isoladas e impõem exigências adicionais à manutenção da cadeia de frio. Entende-se, portanto, que as desigualdades de acesso entre a capital e os demais municípios precisam ser consideradas na análise do desempenho do PNI no estado.

Diante disso, questiona-se de que modo se comportaram os índices de cobertura vacinal de Poliomielite e Tríplice Viral (1ª dose) em municípios selecionados do Amazonas entre 2020 e 2025 e quais desigualdades intrarregionais se evidenciaram entre a capital e os municípios do interior. O objetivo deste trabalho é analisar a cobertura vacinal desses imunizantes e as desigualdades intrarregionais no estado do Amazonas no período, considerando os desafios geográficos enfrentados pelo Programa Nacional de Imunizações e as repercussões do Movimento Nacional pela Vacinação.

2 METODOLOGIA

Trata-se de pesquisa descritiva, de caráter documental e bibliográfico (Gil, 2017), com abordagem mista (quantitativa e qualitativa). Os índices de cobertura vacinal por local de residência foram extraídos do sistema TABNET/DATASUS, do Ministério da Saúde (Brasil, 2026), referentes às vacinas Poliomielite, em menores de um ano, e Tríplice Viral (1ª dose), em crianças de um ano, no período de 2020 a 2025. A amostra foi composta por seis municípios do estado do Amazonas (Barcelos, Benjamin Constant, Manaus, Parintins, São Gabriel da Cachoeira e Tefé), selecionados intencionalmente por representarem diferentes graus de acessibilidade geográfica, o que permitiu a comparação entre a capital e municípios do interior de acesso predominantemente fluvial. Os dados foram organizados por município e por ano e analisados por meio de estatística descritiva, com cálculo dos percentuais de cobertura, comparação com a meta de 95% preconizada pelo PNI para ambos os imunizantes e apuração da diferença, em pontos percentuais, entre a capital e os municípios do interior, com apresentação em tabelas. De forma complementar, realizou-se análise documental temática (Bardin, 2016), priorizando publicações oficiais sobre o PNI e a Região Norte, com artigos científicos publicados a partir de 2020 e documentos do Ministério da Saúde, da Organização Mundial da Saúde (OMS) e da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), incluindo boletins epidemiológicos, relatórios e notas técnicas, a fim de correlacionar os resultados quantitativos às políticas públicas vigentes no período. Considera-se, como condição de interpretação dos achados, que a partir de 2020 a cobertura passou a ser calculada com base no registro individualizado do novo SI-PNI, integrado à Rede Nacional de Dados em Saúde, de modo que parte da retração observada pode decorrer de subnotificação e de atraso de registro, e não exclusivamente de queda real da vacinação. Por utilizar exclusivamente dados secundários, agregados e de acesso público, o estudo está dispensado de apreciação por Comitê de Ética em Pesquisa, em conformidade com a Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 2016).

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

DOI: 10.51161/iv-conasus/85853

As Tabelas 1 e 2 mostram que, entre 2020 e 2022, os municípios de Benjamin Constant, Barcelos e São Gabriel da Cachoeira apresentaram tendência decrescente e coberturas sistematicamente inferiores à meta de 95% para ambos os imunizantes, com valores mínimos de 31,12% (Barcelos, Poliomielite, 2021) e 25,53% (Benjamin Constant, Tríplice Viral, 2021). Entre 2023 e 2025, esses municípios registraram elevação expressiva dos índices, embora apenas São Gabriel da Cachoeira tenha alcançado a meta, e somente para a Tríplice Viral (95,66% em 2024 e 96,73% em 2025). Manaus apresentou trajetória ascendente até 2024 em ambas as tabelas, com destaque para a elevação de 88,08% (2023) para 98,89% (2024) na Tríplice Viral, seguida de retração para 89,20% em 2025; para a Poliomielite, a capital permaneceu abaixo da meta em toda a série. Parintins registrou elevação entre 2020 e 2022, seguida de queda entre 2023 e 2025 para a Poliomielite, e tendência ascendente para a Tríplice Viral, sem atingir a meta em nenhum dos anos analisados.

A comparação entre a capital e os municípios do interior evidencia a desigualdade intrarregional. Em 2020, enquanto Manaus registrava 72,72% de cobertura para a Poliomielite, Barcelos, Benjamin Constant e São Gabriel da Cachoeira situavam-se entre 43,32% e 46,05%, diferença superior a 26 pontos percentuais. Em 2025, essa distância havia se reduzido para cerca de 12 pontos percentuais, o que sugere efeito das ações de recuperação implementadas a partir de 2023, ainda que sem convergência para a meta pactuada.

Tefé e Barcelos apresentaram índices superiores a 100%, o que pode ser explicado pela defasagem do denominador populacional e por inconsistências na qualidade dos dados obtidos pelo sistema de informação, e não necessariamente por cobertura universal da população-alvo. A partir de 2024, o Ministério da Saúde, por meio da Nota Técnica nº 117/2024-DPNI/SVSA/MS, determinou novas regras e nova metodologia para a captação e o cálculo dos dados de cobertura vacinal, a fim de ampliar a precisão dos indicadores (Brasil, 2024).

Tabela 1. Cobertura vacinal (%) de Poliomielite em menores de 1 ano, por município, Amazonas, 2020-2025.

Município (AM)	Cód. IBGE	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Manaus (capital)	1302603	72,72%	73,74%	82,52%	89,98%	89,97%	88,55%
Parintins	1303403	56,62%	62,92%	91,08%	80,48%	80,33%	82,45%
Tefé	1304237	124,96%	85,00%	101,84%	92,98%	97,45%	89,35%
Benjamin Constant	1300607	43,50%	36,21%	38,21%	59,04%	77,98%	85,54%
Barcelos	1300409	43,32%	31,12%	33,40%	37,58%	89,26%	76,37%
São Gabriel da Cachoeira	1303809	46,05%	31,62%	38,75%	43,79%	72,00%	76,76%

Fonte: elaborado pelos autores com base em dados do TABNET/DATASUS (BRASIL, 2026).

A Tabela 1 evidencia dois padrões distintos de trajetória para a Poliomielite. Nos municípios de acesso predominantemente fluvial, o triênio 2020-2022 concentra os menores patamares da série — Barcelos (31,12% em 2021), São Gabriel da Cachoeira (31,62% em 2021) e Benjamin Constant (36,21% em 2021) —, seguidos de recuperação parcial entre 2023 e 2025, que eleva Benjamin Constant a 85,54% sem, contudo, aproximar nenhum deles da meta pactuada. Manaus mantém patamar intermediário e ascendente, de 72,72% a 89,98%, enquanto Parintins oscila de 56,62% em 2020 a 91,08% em 2022, com retração nos anos seguintes. Tefé apresenta comportamento atípico, com 124,96% em 2020 e 101,84% em 2022, valores incompatíveis com o denominador populacional estimado. Além de Tefé, que registra ainda 97,45% em 2024, nenhum município alcançou a meta de 95% para a Poliomielite em qualquer ano da série analisada.

Tabela 2. Cobertura vacinal (%) de Tríplice Viral (1ª dose) em crianças de 1 ano, por município, Amazonas, 2020-2025.

Município	Cód. IBGE	2020	2021	2022	2023	2024	2025

Manaus (capital)	1302603	80,90%	79,30%	84,06%	88,08%	98,89%	89,20%
Parintins	1303403	59,84%	71,03%	88,75%	83,01%	84,22%	87,88%
Tefé	1304237	124,22%	85,21%	90,57%	100,66%	101,79%	90,16%
Benjamin Constant	1300607	47,64%	25,53%	35,26%	53,66%	93,65%	90,14%
Barcelos	1300409	57,44%	42,27%	35,01%	35,26%	103,58%	94,75%
São Gabriel da Cachoeira	1303809	46,13%	36,00%	34,33%	63,03%	95,66%	96,73%

Fonte: elaborado pelos autores com base em dados do TABNET/DATASUS (BRASIL, 2026).

A Tabela 2 revela recuperação mais expressiva para a Tríplice Viral (1ª dose) do que para a Poliomielite. O ano de 2024 marca inflexão em quatro dos seis municípios: Barcelos passa de 35,26% (2023) para 103,58%, Benjamin Constant de 53,66% para 93,65%, São Gabriel da Cachoeira de 63,03% para 95,66% e Manaus de 88,08% para 98,89%. Em 2025, contudo, apenas São Gabriel da Cachoeira sustenta a meta (96,73%), enquanto Manaus retrocede a 89,20% e Barcelos a 94,75%. A magnitude do salto observado em 2024, superior a 68 pontos percentuais em Barcelos, sugere a combinação entre esforço de busca ativa e mudanças no registro e no cálculo do indicador, o que recomenda cautela na leitura de um único ano como evidência de consolidação da cobertura.

O relatório The State of the World's Children 2023 (UNICEF, 2023) aponta que a pandemia de COVID-19 atuou como agravante de um cenário mundial de queda nas coberturas vacinais. No Brasil, esse contexto resultou em interrupção parcial e sobrecarga dos serviços de Atenção Básica, escassez de insumos, ampliação dos movimentos antivacina e hesitação vacinal, sobretudo nas regiões Norte e Nordeste (Fernandes; Percio; Maciel, 2024), o que converge com os baixos índices apresentados nas tabelas. O documento também indica que, em 2021, o Brasil estava entre os 20 países com maior número de crianças zero-dose, termo utilizado para designar as crianças que não receberam nenhuma dose do imunizante DTP no período de 2019-2021, e que a imunização depende igualmente de fatores socioeconômicos, com menor cobertura em regiões de difícil acesso, em concordância com a realidade dos municípios do interior do Amazonas abordados nesta pesquisa.

O Programa Nacional de Imunizações é uma política pública formulada em consonância com os princípios de universalidade, equidade e integralidade do Sistema Único de Saúde, tendo alterado o cenário das doenças imunopreveníveis no país e sido responsável pela erradicação da Poliomielite no território nacional (Domingues et al., 2020). Contudo, o programa vem enfrentando desafios para a manutenção dos índices, o que pode ser observado no período apresentado nas tabelas. Nota-se que a capital amazonense não atingiu a meta de 95% de cobertura vacinal para ambos os imunizantes, à exceção do ano de 2024 para a Tríplice Viral, quando registrou 98,89%. Segundo Lima, E. G. F. et al. (2026), a queda das coberturas vacinais na capital possui causa multifatorial, que inclui a hesitação vacinal decorrente da disseminação de desinformação, a insuficiência de capacitação das equipes de saúde e a falta de informação dos responsáveis sobre os riscos das doenças imunopreveníveis.

Em 2023, o Ministério da Saúde lançou o Movimento Nacional pela Vacinação, com o propósito de retomar os índices de cobertura vacinal e de reintroduzir a cultura de vacinação no país (Araújo et al., 2024). Nesse âmbito, destacou-se a introdução de ações de microplanejamento, voltadas a adaptar as campanhas em nível regional, em consonância com a realidade socioeconômica e cultural das comunidades locais. De acordo com Araújo et al. (2024), observou-se aumento das coberturas vacinais em âmbito nacional na comparação entre 2022 e 2023, com incremento de 6,1% e 7,9% para os imunizantes Tríplice Viral (D1) e Poliomielite, respectivamente. De modo semelhante, no Amazonas, o estudo de Lima, J. A. et al. (2025) registra os efeitos da utilização de tecnologias sociais e da implementação de ações de microplanejamento no município de Careiro da Várzea, cujas condições de acesso, predominantemente fluviais e dependentes das condições climáticas da região, aproximam-se

dos demais municípios do interior. Assim, a formulação de estratégias adaptadas às necessidades da população local permitiu atingir níveis satisfatórios de cobertura vacinal, o que contribui para explicar a elevação dos índices em Benjamin Constant, Barcelos e São Gabriel da Cachoeira entre 2023 e 2025, em comparação com os baixos patamares observados entre 2020 e 2022.

4 CONCLUSÃO

Este estudo analisou a cobertura vacinal de Poliomielite e Tríplice Viral (1ª dose) em seis municípios do estado do Amazonas, no período de 2020 a 2025, com o objetivo de compreender os desafios regionais enfrentados pelo Programa Nacional de Imunizações e o impacto do Movimento Nacional pela Vacinação na recuperação dos índices. Os resultados evidenciaram que, entre 2020 e 2022, os municípios de Benjamin Constant, Barcelos e São Gabriel da Cachoeira apresentaram coberturas sistematicamente abaixo da meta de 95% preconizada pelo PNI, refletindo o agravamento de um cenário de declínio vacinal intensificado pela pandemia de COVID-19. A partir de 2023, observou-se tendência de recuperação na maioria dos municípios, atribuída às ações do Movimento Nacional pela Vacinação, em especial às estratégias de microplanejamento adaptadas às realidades locais, com redução da diferença entre a capital e o interior de mais de 26 para cerca de 12 pontos percentuais na cobertura de Poliomielite. Contudo, nenhum município do interior sustentou a meta para ambos os imunizantes ao longo do período, o que evidencia a persistência das barreiras geográficas e socioeconômicas características da região amazônica. Manaus apresentou índices ascendentes até 2024, sem atingir a meta de forma consistente, à exceção da Tríplice Viral naquele ano. Coberturas superiores a 100% em Tefé e Barcelos apontam inconsistências no denominador populacional, reforçando a necessidade de aprimoramento dos sistemas de informação em saúde. Como limitações, registram-se o uso de dados secundários sujeitos a revisões pelo Ministério da Saúde, conforme aviso do próprio DATASUS vigente no período de extração, o caráter preliminar dos dados de 2025 e a possível influência da transição para o registro individualizado do SI-PNI sobre os valores observados. Recomenda-se o monitoramento contínuo das coberturas nos municípios de difícil acesso, o fortalecimento das estratégias de microplanejamento e a qualificação dos registros vacinais como condições essenciais para que o PNI alcance e mantenha as metas na Região Norte.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, Ana Catarina de Melo et al. Estratégia do Ministério da Saúde do Brasil para aumento das coberturas vacinais nas fronteiras. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 48, e68, 2024. DOI: https://doi.org/10.26633/RPSP.2024.68.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2016.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016**. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, n. 98, p. 44-46, 24 maio 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Informações de Saúde (TABNET)**: imunizações – cobertura vacinal. Brasília, DF: DATASUS, 2026. Disponível em: https://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude-tabnet/. Acesso em: 12 jul. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. **Nota Técnica nº 117/2024-DPNI/SVSA/MS**: regras de cobertura vacinal das vacinas do calendário nacional a partir de 2024. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: https://infoms.saude.gov.br/content/Default/SEI_0043746574_Nota_Tecnica_117_2024_DPNI_SVSA_MS.pdf. Acesso em: 12 jul. 2026.

DOMINGUES, Carla Magda Allan Santos et al. 46 anos do Programa Nacional de Imunizações: uma história repleta de conquistas e desafios a serem superados. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, supl. 2, e00222919, 2020. DOI: https://doi.org/10.1590/0102-311X00222919.

FERNANDES, Eder Gatti; PERCIO, Jadher; MACIEL, Ethel Leonor Noia. Cobertura e hesitação vacinal no Brasil: inquérito revela a realidade e oferece subsídios para a Política Nacional de Imunizações. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 33, e2024638, 2024. DOI: https://doi.org/10.1590/S2237-96222024v33e2024638.especial2.pt.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2017.

LIMA, Eduarda Gabriela Ferreira et al. Enfrentamento da resistência dos antivacinais em Manaus/AM. **Revista Foco**, v. 19, n. 2, e11420, 2026. DOI: https://doi.org/10.54751/revistafoco.v19n2-027.

LIMA, Jair Araújo de et al. Access to vaccines in floodplains and hard-to-reach areas of the Brazilian Amazon: the contribution of street-level bureaucrats and the use of social technologies. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 22, n. 5, p. 680, 2025. DOI: https://doi.org/10.3390/ijerph22050680.

UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND (UNICEF). **The State of the World's Children 2023**: for every child, vaccination. Florence: UNICEF Innocenti – Global Office of Research and Foresight, 2023. ISBN: 978-92-806-5442-4.

METODOLOGIAS ATIVA COMO ESTRATÉGIA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE PARA O FORTALECIMENTO DA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE NO SERVIÇO AMBULATORIAL ESPECIALIZADO DO SUS

JULIANA REIS ALMEIDA; CAROLINE THAINA SILVA DOS SANTOS; MILENE DE ANDRADE GOUVÊA TYLL; ADRIANA DE SÁ PINHEIRO DOS SANTOS; TAINÁ SAYURI ONUMA DE OLIVEIRA; GIRLENE FERREIRA QUINGOSTA; FRANCINÉA DE NAZARÉ FERREIRA DE CASTILHO

Introdução: as metas internacionais de segurança do paciente são diretrizes criadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) com objetivo de reduzir os riscos preveníveis e possíveis danos durante a assistência à saúde. **Objetivo:** Relatar a experiência da realização de uma atividade educativa sobre as metas internacionais de segurança do paciente, destacando as estratégias utilizadas e as contribuições para o processo de ensino-aprendizagem no trabalho. **Relato de experiência:** Trata-se de um relato de experiência decorrente da atuação de uma enfermeira residente do primeiro ano do Programa Multiprofissional em Atenção à Saúde Cardiovascular, durante o desenvolvimento de uma atividade educativa sobre as metas internacionais de segurança do paciente no contexto da formação em serviço. A ação foi realizada em um Serviço Ambulatorial Especializado do Sistema Único de Saúde (SUS), localizado na Região Metropolitana da Amazônia Oriental, com duração de 60 minutos, nos turnos matutino e vespertino. Participaram da atividade toda a equipe de enfermagem, composta por 8 enfermeiros e 20 técnicos de enfermagem, além de uma docente, uma estagiária e dois acadêmicos do curso de graduação em Enfermagem. A dinâmica envolveu uma apresentação sobre as principais informações de cada meta, sendo: identificação correta do paciente; comunicação efetiva; segurança na prescrição, no uso e na administração de medicamentos; cirurgia segura; higienização das mãos para prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde e prevenção de quedas e prevenção de lesão por pressão. Durante a apresentação, eram realizadas abordagens utilizando casos clínicos fictícios criados com base no perfil de atendimento do serviço, com a finalidade de trazer a análise clínica para discussão, visando a reflexão das práticas individuais e coletivas, a qual era necessária, para identificar possíveis erros que podem ser prevenidos durante os atendimentos. **Conclusão:** A experiência teve objetivo de utilizar estratégias didáticas e participativas no processo ensino-aprendizagem, no ambiente de trabalho, com intuito de fortalecer o conhecimento e aperfeiçoamento das competências necessárias durante à assistência de enfermagem. A prática de experiências como essa tem a finalidade de fortalecer a educação permanente, com a aprendizagem a partir dos problemas encontrados em serviço e uma análise crítica que transforma os processos de trabalho.

Palavras-chave: **SEGURANÇA DO PACIENTE; EDUCAÇÃO PERMANENTE; ENFERMAGEM**

DOI: 10.51161/iv-conasus/85854

ALIMENTAÇÃO ORGÂNICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: RELATO DE EDUCAÇÃO ALIMENTAR E NUTRICIONAL COM AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

ANA CLAUDIA PRACHTHAUSER WOLF; THEREZINHA MARIA NOVAIS DE OLIVEIRA;

Introdução: A alimentação orgânica é uma importante estratégia para a promoção da saúde, porém o acesso a informações qualificadas sobre seus benefícios ainda é limitado no contexto da Atenção Primária. A Educação Alimentar e Nutricional (EAN) é uma ferramenta essencial para a conscientização comunitária, especialmente quando mediada por Agentes Comunitários de Saúde (ACS), que atuam entre a unidade de saúde e o território. **Objetivo:** Relatar a experiência de uma ação de EAN sobre alimentação orgânica em uma Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF), com envolvimento de ACS na multiplicação das informações para a comunidade. **Relato da Experiência:** A ação foi realizada no primeiro semestre de 2026 na uma UBSF, em Joinville/SC, que atende aproximadamente 7.759 usuários distribuídos em duas equipes de Estratégia Saúde da Família e sete microáreas. Foram realizados encontros semanais ao longo de quatro semanas com ACS de todas as microáreas, abordando três eixos temáticos: benefícios nutricionais dos alimentos orgânicos, aproveitamento integral dos alimentos e incentivo a hortas caseiras. Foi desenvolvido material de apoio impressos para auxiliar as ACS na multiplicação das informações durante as visitas domiciliares. O público estimado alcançado diretamente nas ações educativas e indiretamente por meio da atuação das ACS superou cem famílias, com retorno positivo e relatos informais de interesse na adoção de práticas como cultivo de hortas e melhor aproveitamento dos alimentos. **Conclusão:** A experiência evidenciou a viabilidade e efetividade da articulação entre nutricionista e ACS na promoção da alimentação orgânica na Atenção Primária, permitindo ampliar o alcance das informações e estimular mudanças práticas na comunidade atendida.

Palavras-chave: **AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE; ALIMENTAÇÃO ORGÂNICA; EDUCAÇÃO ALIMENTAR E NUTRICIONAL**

DOI: 10.51161/iv-conasus/85859

AUTOCUIDADO ENTRE CONTATOS DE PESSOAS COM TUBERCULOSE: REVISÃO DE ESCOPO

EVELINE MENEZES CAÇOTE BARBOSA; SOFIA REIS KAWAMURA; WAGNER FERREIRA MONTEIRO; AMELIA NUNES SICSU

Introdução: A tuberculose (TB) é uma doença infectocontagiosa que permanece como importante desafio para a saúde pública mundial. Em 2024, aproximadamente 10,7 milhões de pessoas desenvolveram a doença e 1,23 milhão morreram em decorrência dela. Nesse cenário, o Brasil permanece entre os países com elevada carga de tuberculose, registrando mais de 85 mil casos novos e incidência de 40,4 casos por 100 mil habitantes. A transmissão ocorre principalmente pela inalação de aerossóis contendo *Mycobacterium tuberculosis*, tornando os contatos de pessoas com TB um grupo prioritário para ações de vigilância, prevenção e cuidado. **Objetivo:** mapear as estratégias de prevenção e autocuidado adotadas ou recomendadas para contatos de pessoas com tuberculose. **Metodologia:** Revisão de Escopo conduzida conforme a metodologia do Joanna Briggs Institute (JBI) e as recomendações do PRISMA-ScR. A questão de pesquisa foi estruturada segundo o mnemônico PCC (População: contatos de pessoas com tuberculose; Conceito: estratégias de autocuidado e prevenção; Contexto: ambientes de convivência prolongada). As buscas foram realizadas nas bases PubMed, Web of Science, Embase, Scopus, LILACS, SciELO e Google Acadêmico. A seleção dos estudos foi conduzida de forma independente por revisores, com auxílio do software Rayyan, e os dados foram extraídos em planilhas. **Resultados:** Dos 2.106 registros identificados, após remoção das duplicatas e triagem por pares, 30 estudos compuseram a amostra final. Os resultados evidenciaram que as estratégias concentram-se predominantemente nos contatos domiciliares. As principais intervenções envolveram a adesão ao Tratamento Preventivo da Tuberculose (TPT), incluindo isoniazida e o esquema 3HP, além da triagem, investigação e acompanhamento dos contatos. Também foram identificadas medidas de autocuidado individuais e coletivas, como etiqueta da tosse, higiene pessoal, uso de máscaras e melhoria da ventilação dos domicílios. Estratégias como suplementação nutricional e aconselhamento em saúde também se mostraram promissoras. **Conclusão:** o autocuidado e as ações preventivas direcionadas aos contatos de pessoas com TB envolvem múltiplas dimensões, associando mudanças comportamentais e ambientais no domicílio à adesão ao tratamento preventivo. Os achados evidenciam que a educação em saúde contínua desempenha papel fundamental na conscientização dos contatos, no enfrentamento das barreiras à adesão ao TPT e na redução da transmissão da tuberculose.

Palavras-chave: **TUBERCULOSE; AUTOCUIDADO; CONTATOS**

DOI: 10.51161/iv-conasus/85862

PSICOTERAPIA DE GRUPOS NA SAÚDE MENTAL - UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

JÉSSICA MELO PRESTES

Introdução: A psicoterapia de grupos é uma ferramenta de trabalho que ajuda a dinamizar o tratamento de pessoas sob cuidados em internação hospitalar na unidade de saúde mental. Propiciando o compartilhamento de vivências, a modulação dos afetos e a psicoeducação, pois esta abordagem amplia as possibilidades de intervenções. **Objetivo:** Destacar a importância da psicologia em hospitais e, especialmente, em unidades psiquiátricas. Sustentamos que somente com o auxílio psicológico é possível construir uma relação mais forte do sujeito com seu presente, que harmonize suas potências e emoções com a reorganização de suas vulnerabilidades. **Relato de experiência:** O Serviço de Psicologia Hospitalar da Associação Hospitalar Vila Nova, em Porto Alegre, capital do Rio Grande do Sul, tem potencializado sua presença em diversas frentes de trabalho dedicadas ao acolhimento e bem estar dos usuários do Sistema Único de Saúde. No setor de saúde mental, as ações têm se estruturado de modo colaborativo e plural: tanto em relação ao que chamamos de "corrida de leitos", focalizado no acolhimento e escuta qualificada do paciente, quanto pelos grupos terapêuticos. Estes últimos contemplam eixos essenciais como: entendimento e manejo das emoções, reestruturação cognitiva, elaboração de estratégias de prevenção a recaída em usuários de substâncias, incentivo à continuidade do cuidado e oficinas de arteterapia, que valorizam as linguagens lúdicas e artísticas na prática terapêutica. A oferta de grupos psicoterapêuticos é percebida como valiosa pelos usuários, que têm engajamento frequente e expressivo interesse em participar das sessões. **Conclusão:** Desta forma, corroboramos que a condução de grupos no contexto da Psicologia Hospitalar é imprescindível para a qualidade de vida em contextos hospitalares, em especial, na unidade psiquiátrica, potencializando a humanização e o florescimento de novos projetos de vida. Salientamos, no entanto, que esta prática está diretamente ligada à disponibilidade do serviço de psicólogos no corpo hospitalar. É imprescindível investir na Psicologia em espaços que valorizem a singularidade, o cuidado, à saúde pública e a recolocação social.

Palavras-chave: **PSICOLOGIA; HOSPITAL; HUMANIZAÇÃO**

DOI: 10.51161/iv-conasus/85866

INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA NOS MUNICÍPIOS BRASILEIROS: ANÁLISE DESCRITIVA DE 2022 A 2024

DÉBORA RAFAEL MOTA

RESUMO

As Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) constituem um indicador utilizado para analisar condições de saúde que, em determinadas circunstâncias, podem ser prevenidas ou acompanhadas adequadamente no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS). No Brasil, a APS ocupa posição estratégica na organização do Sistema Único de Saúde (SUS), especialmente por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF), responsável por ações de promoção da saúde, prevenção de doenças e acompanhamento longitudinal da população. Este estudo teve como objetivo analisar descritivamente a distribuição das ICSAP nos municípios brasileiros entre 2022 e 2024, considerando as diferenças observadas entre as grandes regiões do país. Trata-se de estudo ecológico, observacional e descritivo, realizado a partir de dados secundários de domínio público disponibilizados pelo Projeto de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde (PROADESS). Foram analisados dados municipais referentes aos anos de 2022, 2023 e 2024, considerando o percentual de ICSAP e sua distribuição segundo as grandes regiões brasileiras. Os dados foram organizados e analisados por meio de estatística descritiva, utilizando-se a média aritmética dos percentuais municipais em cada região e ano. Os resultados demonstraram redução da média percentual municipal de ICSAP no período, de 18,50% em 2022 para 18,25% em 2023 e 17,48% em 2024. A Região Norte apresentou as maiores médias nos três anos analisados, enquanto a Região Sul apresentou os menores valores. Todas as regiões apresentaram redução entre 2022 e 2024, embora em magnitudes distintas. Os achados evidenciam a existência de diferenças territoriais no comportamento das ICSAP e reforçam a importância de considerar aspectos sociais, econômicos e relacionados à organização dos serviços de saúde na interpretação desse indicador. Conclui-se que o monitoramento das ICSAP pode contribuir para a avaliação da situação de saúde e para o planejamento de políticas públicas, especialmente quando associado à perspectiva da equidade e às necessidades específicas dos diferentes territórios brasileiros.

Palavras-chave: Equidade; Estratégia Saúde da Família; Sistema Único de Saúde.

1 INTRODUÇÃO

A saúde constitui um direito fundamental de todos os brasileiros e um dever do Estado, conforme estabelecido pela Constituição Federal de 1988. A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) representou um marco na organização das políticas públicas de saúde no Brasil, fundamentando-se nos princípios da universalidade, integralidade e equidade. Esses princípios expressam a responsabilidade do Estado em garantir o acesso da população às ações e aos serviços de saúde, considerando as diferentes necessidades dos indivíduos e dos territórios.

A construção das políticas de saúde brasileiras está relacionada a um processo histórico marcado por avanços científicos, transformações sociais e desafios sanitários. Nesse percurso, destaca-se a contribuição de Oswaldo Cruz para a consolidação das práticas de saúde pública

DOI: 10.51161/iv-conasus/85867

no país, especialmente no enfrentamento de importantes problemas sanitários e na estruturação de ações de vigilância e prevenção. Sua trajetória evidencia a relevância das políticas públicas e da atuação do Estado na proteção da saúde coletiva, aspecto que permanece atual diante dos desafios relacionados às desigualdades sociais e territoriais em saúde.

A Atenção Primária à Saúde (APS) ocupa posição estratégica na organização do SUS, constituindo a principal porta de entrada preferencial do sistema e desempenhando papel fundamental na promoção da saúde, prevenção de doenças, diagnóstico precoce, tratamento e acompanhamento longitudinal dos usuários. Por sua proximidade com os territórios e comunidades, a APS apresenta potencial para atuar sobre os determinantes do processo saúde-doença e reduzir a ocorrência de agravos que poderiam ser prevenidos ou adequadamente acompanhados no nível primário de atenção.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) constitui importante modelo de organização da APS no Brasil. Por meio da territorialização e do acompanhamento das famílias e comunidades, as equipes desenvolvem ações de promoção, prevenção, assistência e vigilância em saúde. A expansão da ESF ocorreu de maneira territorializada e alcançou de forma importante populações socialmente vulneráveis, evidenciando seu potencial para ampliação do acesso e promoção da equidade. Revisão integrativa recente identificou associação entre maior cobertura da ESF e redução de internações por condições sensíveis à atenção primária, destacando a importância da estratégia em contextos de vulnerabilidade social (Cabral et al., 2026).

A compreensão da saúde como instrumento de transformação social também pode ser aproximada da perspectiva de Paulo Freire, para quem a educação deve favorecer a autonomia dos sujeitos e sua capacidade de compreender e transformar a realidade. Embora sua obra esteja situada no campo da educação, sua perspectiva contribui para pensar a educação em saúde como prática que ultrapassa a simples transmissão de informações, valorizando o diálogo, a participação e a autonomia dos indivíduos e das comunidades (Freire, 1996). Nessa perspectiva, assim como a educação pode contribuir para que sujeitos desenvolvam consciência crítica sobre sua realidade, as políticas de saúde devem favorecer condições para que indivíduos e coletividades exerçam plenamente seu direito à saúde.

A relação entre a APS e as hospitalizações potencialmente evitáveis constitui importante campo de investigação em saúde pública. A concepção de internações sensíveis à atenção ambulatorial foi desenvolvida inicialmente nos Estados Unidos, destacando-se os trabalhos de John Billings e colaboradores, que propuseram a utilização das hospitalizações potencialmente evitáveis como indicador relacionado ao acesso e à efetividade da atenção primária (Billings; Teicholz, 1990).

No contexto brasileiro, o conceito foi adaptado às características epidemiológicas e organizacionais do SUS. Alfradique et al. (2009) destacam que as Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) correspondem a condições de saúde cujo risco de hospitalização pode ser reduzido por meio de ações efetivas da atenção primária. O indicador pode contribuir para a avaliação do acesso e da qualidade da atenção básica, embora sua interpretação exija cautela, pois a ocorrência de uma internação não pode ser atribuída automaticamente a uma falha específica da atenção primária.

No Brasil, a Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária foi publicada pelo Ministério da Saúde por meio da Portaria SAS/MS nº 221, de 17 de abril de 2008, constituindo instrumento para avaliação da atenção primária e/ou da utilização da atenção hospitalar (Brasil, 2008). Estudos também identificaram associação entre a expansão de programas de atenção primária com orientação familiar e comunitária e a redução de hospitalizações por determinadas condições sensíveis à atenção ambulatorial (Guanais; Macinko, 2009).

Entretanto, as ICSAP devem ser interpretadas considerando as desigualdades sociais e territoriais presentes no Brasil. Diferenças entre regiões com distintos níveis de

desenvolvimento socioeconômico podem refletir-se na infraestrutura de saúde, disponibilidade de profissionais, acesso aos serviços e capacidade de diagnóstico e acompanhamento. Assim, a presença formal de serviços de APS não significa necessariamente condições equivalentes de acesso e qualidade do cuidado em todos os territórios.

Nesse sentido, a equidade constitui dimensão fundamental para compreender as diferenças observadas nas ICSAP. A universalidade garante o direito de todos à saúde, enquanto a equidade reconhece que diferentes grupos e territórios podem necessitar de respostas diferenciadas para que esse direito seja efetivamente garantido. Dessa forma, diferenças territoriais nas ICSAP podem refletir não apenas aspectos relacionados à organização da APS, mas também desigualdades estruturais que ultrapassam a capacidade de intervenção exclusiva dos serviços de saúde.

A análise de indicadores relacionados às hospitalizações potencialmente evitáveis pode, portanto, contribuir para a compreensão das desigualdades na saúde e para o planejamento de políticas públicas. Nesse contexto, o presente estudo teve como objetivo analisar descritivamente a distribuição das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária nos municípios brasileiros entre 2022 e 2024, considerando as diferenças observadas entre as grandes regiões do país.

2 MATERIAL E MÉTODOS

Foi realizado um estudo ecológico, observacional e descritivo, tendo como unidade de análise os municípios brasileiros e como período de estudo os anos de 2022 a 2024.

Foram utilizados dados secundários de domínio público disponibilizados pelo Projeto de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde (PROADESS). O desfecho analisado foi o percentual de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP), considerando os dados disponibilizados para os municípios brasileiros.

Os dados foram organizados segundo os anos de 2022, 2023 e 2024 e posteriormente agrupados conforme as cinco grandes regiões brasileiras: Norte, Nordeste, Sudeste, Sul e Centro-Oeste. Foi realizada análise descritiva, considerando a média aritmética dos percentuais municipais de ICSAP em cada região e ano.

A média regional corresponde à média dos percentuais observados nos municípios pertencentes a cada região, não representando uma taxa populacional regional ponderada pelo número de habitantes. Essa definição foi adotada em função da unidade de análise municipal estabelecida no estudo.

Foram comparadas as médias observadas entre os anos de 2022 e 2024, calculando-se a variação em pontos percentuais. Os resultados foram apresentados em tabela e interpretados à luz da literatura científica sobre Atenção Primária à Saúde, Estratégia Saúde da Família, Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária e desigualdades territoriais.

Por se tratar de estudo ecológico baseado em dados secundários agregados, os resultados não permitem estabelecer relações causais em nível individual. Além disso, as ICSAP são influenciadas por fatores demográficos, epidemiológicos, sociais e relacionados à organização da rede de atenção, devendo os resultados ser interpretados considerando essas limitações.

DOI: 10.51161/iv-conasus/85867

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise da base municipal do PROADESS identificou dados de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária para 5.563 municípios em 2022, 5.566 em 2023 e 5.567 em 2024.

A média percentual municipal de ICSAP apresentou redução ao longo do período analisado, passando de 18,50% em 2022 para 18,25% em 2023 e 17,48% em 2024, representando uma redução de 1,02 ponto percentual entre 2022 e 2024.

A distribuição dos resultados segundo as grandes regiões brasileiras está apresentada na Tabela 1.

Tabela 1 – Média percentual de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária nos municípios brasileiros, segundo grandes regiões, 2022–2024

Região	2022	2023	2024	Variação 2022-2024
Norte	21,29 %	21,65%	21,11%	-0,18
Nordeste	18,79%	18,34%	17,83%	-0,96
Sudeste	18,59%	18,48%	17,49%	-1,10
Sul	17,06%	16,73%	15,81%	-1,26
Centro-Oeste	17,99%	17,64%	16,86%	-1,13
Brasil	18,50%	18,25%	17,48%	-1,02

Fonte: Elaborado pela autora a partir de dados do Projeto de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde (PROADESS), 2022–2024.

Nota: Os valores correspondem à média aritmética dos percentuais de ICSAP observados nos municípios analisados em cada região. O valor Brasil corresponde à média dos municípios brasileiros analisados e não a uma taxa nacional ponderada pela população.

Observou-se que a Região Norte apresentou as maiores médias municipais de ICSAP nos três anos analisados, enquanto a Região Sul apresentou os menores valores. Em 2024, as médias variaram de 21,11% na Região Norte a 15,81% na Região Sul.

Entre 2022 e 2024, todas as regiões apresentaram redução da média municipal de ICSAP. A maior redução absoluta foi observada na Região Sul, com diminuição de 1,26 ponto percentual, seguida pelo Centro-Oeste (-1,13 p.p.), Sudeste (-1,10 p.p.), Nordeste (-0,96 p.p.) e Norte (-0,18 p.p.).

A redução observada no conjunto dos municípios brasileiros pode ser compreendida no contexto da importância da APS para a prevenção de agravos, acompanhamento longitudinal e coordenação do cuidado. Entretanto, por se tratar de um estudo ecológico e descritivo, não é possível atribuir causalidade entre a organização da APS e a redução observada.

A persistência de diferenças entre as regiões deve ser interpretada considerando as desigualdades territoriais que caracterizam o país. Municípios localizados em diferentes contextos socioeconômicos podem apresentar condições distintas de infraestrutura, oferta de serviços, disponibilidade de profissionais e acesso aos demais níveis de atenção. Dessa forma, as diferenças observadas nas ICSAP podem refletir um conjunto de fatores relacionados às condições de vida da população e à organização da rede de saúde.

Os resultados dialogam com a literatura que aponta a importância da ESF na ampliação do acesso e na promoção da equidade. Revisão integrativa recente identificou associação entre maior cobertura da ESF e redução de internações por condições sensíveis à atenção primária, especialmente em municípios socialmente vulneráveis (Cabral et al., 2026). Esses achados

reforçam a importância da organização territorial do cuidado, mas não permitem atribuir exclusivamente à ESF as diferenças observadas entre os municípios e regiões.

A maior média encontrada na Região Norte não permite concluir que a APS seja menos efetiva nesse território, assim como os menores valores observados no Sul não podem ser interpretados isoladamente como evidência de maior qualidade da atenção primária. O indicador analisado é influenciado por múltiplos fatores e deve ser compreendido dentro do contexto social, econômico, epidemiológico e organizacional de cada território.

A redução das ICSAP entre 2022 e 2024 também ocorreu em um período de reorganização dos serviços de saúde após a pandemia de COVID-19. Mudanças na utilização dos serviços e na continuidade das ações de acompanhamento podem ter influenciado os indicadores observados. Entretanto, essa possibilidade não foi diretamente testada neste estudo e, portanto, não pode ser considerada uma explicação causal para os resultados encontrados.

Os achados reforçam, assim, a importância de interpretar as ICSAP sob uma perspectiva territorial e de equidade. O monitoramento desse indicador pode contribuir para identificar diferenças entre territórios e apoiar o planejamento de políticas públicas voltadas ao fortalecimento da APS e à redução das desigualdades em saúde.

4 CONCLUSÃO

A análise demonstrou redução da média percentual de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária nos municípios brasileiros entre 2022 e 2024. A redução foi observada nas cinco grandes regiões do país. Apesar disso, permaneceram diferenças territoriais importantes.

A Região Norte apresentou os maiores valores médios de ICSAP no período. A Região Sul apresentou os menores. Esses resultados não permitem estabelecer relações causais. Entretanto, evidenciam a heterogeneidade territorial do indicador e reforçam a necessidade de considerar fatores sociais, econômicos, demográficos e relacionados à organização dos serviços de saúde.

Os achados também destacam a importância da Atenção Primária à Saúde e da Estratégia Saúde da Família na promoção da saúde, na prevenção de doenças e na continuidade do cuidado. Fortalecer a APS significa aproximar os serviços das comunidades e reconhecer as necessidades específicas de cada território.

O estudo apresenta como limitações o uso de dados secundários agregados e o caráter ecológico e descritivo da análise. Essas características impedem inferências causais e interpretações em nível individual. Além disso, a utilização da média aritmética dos percentuais municipais não considera ponderação pela população. Os resultados devem, portanto, ser compreendidos como uma análise comparativa entre os municípios estudados.

Como perspectiva, estudos futuros poderão incorporar variáveis socioeconômicas, demográficas e relacionadas à cobertura e à organização da Atenção Primária. Essas análises poderão ampliar a compreensão dos fatores associados às diferenças territoriais observadas.

Retomando a trajetória de Oswaldo Cruz, compreende-se que a saúde pública também se constrói pela capacidade de reconhecer os problemas de seu tempo e enfrentá-los por meio do conhecimento e da ação coletiva. Na perspectiva de Paulo Freire, transformar a realidade exige compreendê-la criticamente e reconhecer os sujeitos como participantes dessa transformação. Entre essas duas perspectivas, permanece um princípio fundamental: cuidar da saúde de uma população exige olhar para além da doença e compreender as condições que determinam sua existência.

Assim, analisar as Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária é também refletir sobre o compromisso do SUS com a universalidade, a integralidade e a equidade. As diferenças encontradas entre os territórios não são apenas números distintos em uma tabela. São

expressões de realidades sociais que demandam respostas igualmente distintas. Fortalecer a Atenção Primária, portanto, significa fortalecer a possibilidade de que o direito à saúde deixe de ser apenas um princípio assegurado em lei e se concretize, de forma equânime, na vida cotidiana de cada território e de cada cidadão brasileiro.

REFERÊNCIAS

ALFRADIQUE, M. E. et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, p. 1337-1349, 2009.

BILLINGS, J.; TEICHOLZ, N. Uninsured patients in District of Columbia hospitals. **Health Affairs**, v. 9, n. 4, p. 158-165, 1990.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria SAS/MS nº 221, de 17 de abril de 2008**. Publica a Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008.

CABRAL, A. A. S.; MANÇO, W. B. E. S.; ROCHA, N. O.; TEIXEIRA, S. E. S.; REIS, S. N.; MOURA, J. B. F.; AGAPE, L. C. S.; OLIVEIRA, V. M.; PAIVA, N. H. A estratégia Saúde da Família como instrumento de promoção da equidade em contextos de vulnerabilidade social. **REMUNOM**, v. 2, n. 02, p. 1-19, 2026. DOI: 10.66104/775zsw53.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

GUANAIS, F.; MACINKO, J. The health effects of decentralizing primary care in Brazil. **Health Affairs**, v. 28, n. 4, p. 1129-1139, 2009.

PROADESS – Projeto de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde. **Indicadores de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, [s.d.].

DIAGNÓSTICO SITUACIONAL COMO ESTRATÉGIA DE ENSINO NA FORMAÇÃO EM ENFERMAGEM: RELATO DE EXPERIÊNCIA EM MANAUS-AM

EVELINE MENEZES CAÇOTE BARBOSA

Introdução: O diagnóstico situacional constitui ferramenta essencial para o planejamento das ações em saúde, permitindo identificar necessidades, potencialidades e vulnerabilidades do território. Na formação em Enfermagem, favorece o desenvolvimento do pensamento crítico e reflexivo, aproximando os acadêmicos da realidade da Atenção Primária à Saúde e fortalecendo a integração entre ensino, serviço e comunidade. **Objetivo:** Relatar a experiência de acadêmicos do curso de Enfermagem da Universidade do Estado do Amazonas (UEA) na realização do diagnóstico situacional de um território adscrito a uma Unidade Básica de Saúde (UBS) da comunidade Vila da Felicidade, em Manaus-AM. **Relato de experiência:** A experiência foi desenvolvida por acadêmicos do curso de Enfermagem da UEA, nos meses de maio e junho de 2026, durante aulas práticas da disciplina Gestão em Enfermagem e Saúde. A territorialização e a observação sistematizada foram realizadas por roteiro fundamentado no ciclo PDCA, subsidiando a construção do diagnóstico situacional e a elaboração de planos de ação. O percurso contemplou a UBS, a escola vinculada ao Programa Saúde na Escola (PSE), a cozinha comunitária, a Feira da CEASA e outros espaços que influenciam as condições de vida e saúde da população. A vivência permitiu compreender o território para além da UBS, reconhecendo a influência dos determinantes sociais da saúde sobre o processo saúde-doença. Entre as principais vulnerabilidades identificadas destacaram-se o desemprego, o tráfico de drogas e a gravidez precoce, evidenciando desafios que demandam ações intersetoriais. Como potencialidade, observou-se a atuação resiliente e articulada dos profissionais da saúde e da educação na promoção da saúde. A construção coletiva do diagnóstico situacional possibilitou relacionar as vulnerabilidades observadas aos determinantes sociais da saúde, subsidiando a definição de prioridades e o planejamento de intervenções compatíveis com a realidade. **Conclusão:** O diagnóstico situacional mostrou-se estratégia pedagógica relevante para o desenvolvimento de competências em gestão, planejamento e análise territorial na Atenção Primária à Saúde. A experiência ampliou a compreensão da dinâmica territorial, da importância da atuação intersetorial e da elaboração de intervenções fundamentadas nas necessidades da comunidade, fortalecendo a integração entre universidade, serviços de saúde e comunidade e contribuindo para a formação de enfermeiros comprometidos com os princípios do SUS.

Palavras-chave: **DIAGNÓSTICO SITUACIONAL; GESTÃO EM SAÚDE; ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

DOI: 10.51161/iv-conasus/85868

TREINAMENTO REMOTO PARA ATUALIZAÇÃO DO PROTOCOLO DE SEPSE EM TRÊS UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO

RAFAEL BEZERRA DUARTE; LARISSA PAOLA BARBOSA DOS REIS; RIAN BRITO TELES; JOSÉ WILSON VERAS MOURÃO NETO; PAULO RICARDO COÊLHO MARINHO; MARIANE OLIVEIRA DE SOUSA FERNANDES; JANE MARIA FERNANDES

Introdução: A sepse constitui uma das principais causas de morbimortalidade nos serviços de urgência e emergência, sendo o reconhecimento precoce e o manejo oportuno fundamentais para reduzir a mortalidade e melhorar os desfechos clínicos desfavoráveis. Logo, a educação permanente em saúde favorece a atualização contínua dos profissionais, fortalece a segurança do paciente, qualifica a assistência e contribui para o alcance de indicadores assistenciais monitorados, em consonância com os padrões de qualidade e segurança preconizados pela Organização Nacional de Acreditação. **Objetivo:** Relatar a experiência da realização de um treinamento remoto sobre a atualização do Protocolo de Sepse destinado a médicos(as) e enfermeiros(as) de três Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) de Fortaleza, Ceará. **Relato de caso/experiência:** Trata-se de um relato de experiência, referente ao treinamento remoto realizado em 8 de julho de 2026, com duração de duas horas, por meio da plataforma Google Meet, conduzido por um médico intensivista e direcionado aos médicos(as) e enfermeiros(as) das UPAs Bom Jardim, Cristo Redentor e Vila Velha, em Fortaleza, Ceará. Participaram do treinamento 26 profissionais, sendo 14 médicos(as) e 12 enfermeiros(as). A atividade contemplou a revisão do Protocolo Institucional de Sepse já implantado nas unidades. Também foram apresentados o Formulário de Abertura do Protocolo de Sepse e o Formulário de Sepse – Guia de Antimicrobianos, reforçando sua correta aplicação para o reconhecimento precoce, tomada de decisão clínica e padronização da assistência. Ao término da atividade, os(as) participantes responderam a uma breve avaliação de satisfação do treinamento, na qual a maioria o classificou como excelente. Quanto ao conteúdo abordado, todos(as) os(as) participantes o consideraram de fácil compreensão. Na avaliação qualitativa, destacou-se a solicitação de ampliação da oferta de treinamentos dessa natureza, evidenciando o interesse dos(as) por ações contínuas de atualização. Embora os resultados tenham demonstrado elevada satisfação, observou-se adesão inferior à esperada, considerando a relevância do protocolo para a prática assistencial. **Conclusão:** O treinamento favoreceu a atualização dos profissionais e o fortalecimento da assistência segura no manejo da sepse. A elevada satisfação evidenciou a relevância da estratégia para a educação permanente. Entretanto, a baixa adesão reforça a necessidade de ampliar a participação dos profissionais nessas ações.

Palavras-chave: **EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE; SEGURANÇA DO PACIENTE; SEPSE**

DOI: 10.51161/iv-conasus/85877

BOAS PRÁTICAS NOS REGISTROS EM PRONTUÁRIO PELA ENFERMAGEM: RELATO DE EXPERIÊNCIA DE TREINAMENTO IN LOCO EM UMA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

NEILIANE TEIXEIRA LIMA BLEASBY MUNIZ; CAROLINA RODRIGUES DOS SANTOS; MARIA FABIANA SILVA SOUSA BARROS; SIMONE RAFAELA MENEZES DE BRITO; MARIANE OLIVEIRA DE SOUSA FERNANDES; RAQUEL SOUZA DA COSTA; RAFAEL BEZERRA DUARTE

Introdução: Os registros em prontuário constituem importante instrumento para a comunicação entre profissionais, continuidade da assistência, respaldo ético-legal e promoção da segurança do paciente. Em Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), caracterizadas pela elevada demanda assistencial e intensa rotatividade de pacientes, a qualificação dos registros em prontuário pela equipe de enfermagem torna-se essencial para reduzir falhas, fortalecer a qualidade do cuidado e subsidiar a tomada de decisão. Nesse contexto, a educação permanente em saúde configura-se como estratégia para o aprimoramento das práticas assistenciais. **Objetivo:** Relatar a experiência da realização de treinamento in loco com profissionais de enfermagem sobre boas práticas nos registros em prontuário em uma Unidade de Pronto Atendimento. **Relato de caso/experiência:** Trata-se de um relato de experiência, de caráter descritivo, referente ao treinamento in loco realizado nos dias 20 e 21 de julho de 2026, na Unidade de Pronto Atendimento Cristo Redentor, em Fortaleza, Ceará. A atividade foi conduzida pela Coordenadora de Enfermagem, pelo Coordenador da Educação Permanente e pela Coordenadora da Qualidade, contemplando as equipes dos turnos diurno e noturno, com carga horária de uma hora por turno em cada dia. Participaram 12 enfermeiros(as) e 36 técnicos(as) de enfermagem. A metodologia empregada incluiu exposição dialogada, distribuição de panfleto informativo e espaço destinado ao esclarecimento de dúvidas. Foram abordadas boas práticas relacionadas aos registros de enfermagem nos prontuários, destacando-se a necessidade de informações e dados claros, completos e fidedignos, proibição da reprodução de registros anteriores, checagem de medicações em tempo real, atualização do balanço hídrico, evolução de procedimentos dos(as) profissionais em todos os plantões, registro de intercorrências e atualização das informações referentes à dieta, dispositivos invasivos e curativos. A estratégia favoreceu a participação ativa dos profissionais, estimulou reflexões sobre a prática cotidiana e fortaleceu o compromisso da equipe com a qualidade dos registros. **Conclusão:** A realização do treinamento in loco mostrou-se uma estratégia eficaz de educação permanente. A experiência contribuiu para o fortalecimento da cultura de segurança do paciente, para a qualificação dos registros em prontuário, respaldo ético-legal e para a melhoria da comunicação entre os profissionais, favorecendo uma assistência mais segura, organizada e centrada na qualidade do cuidado.

Palavras-chave: **REGISTROS EM PRONTUÁRIO; SEGURANÇA DO PACIENTE; REINAMENTO IN LOCO**

DOI: 10.51161/iv-conasus/85882

PRONTUÁRIO ELETRÔNICO EM HOSPITAL REGIONAL DE SERGIPE: DESAFIOS PARA A GESTÃO EM SAÚDE

ÁUREA LUIZA BATISTA; SINDAYA ROSE CARVALHO BELFORT; ORTELINA MAIARA FARIAS FERREIRA DANTAS; BRENA GENTIL RESENDE; BRUNA VIEIRA DA SILVA; MARIA DO CARMO DE OLIVEIRA

RESUMO

A transformação digital no Sistema Único de Saúde (SUS) tem impulsionado a incorporação de tecnologias capazes de qualificar os processos assistenciais e gerenciais, destacando-se o prontuário eletrônico como ferramenta estratégica para a integração das informações em saúde, o fortalecimento da gestão e a melhoria da qualidade da assistência. Nesse contexto, a informatização dos serviços de saúde representa um importante avanço para a organização dos processos de trabalho, favorecendo a tomada de decisão baseada em informações confiáveis e atualizadas, além de contribuir para a eficiência dos serviços prestados à população. Este estudo teve como objetivo analisar os desafios e as potencialidades da implantação do prontuário eletrônico em um hospital regional da Rede Estadual de Saúde de Sergipe, a partir de uma visita técnica realizada por integrantes do PET-Saúde/I&SD. Trata-se de um relato de experiência fundamentado na observação dos setores assistenciais e administrativos da instituição, complementada pela discussão das percepções obtidas à luz da literatura científica sobre gestão em saúde e transformação digital no SUS. A experiência evidenciou que o sistema favorece a comunicação multiprofissional, a integração das informações clínicas, a rastreabilidade dos registros, a geração de indicadores, o faturamento dos serviços prestados e o planejamento gerencial. Além disso, observou-se que a utilização do prontuário eletrônico contribui para a segurança do paciente, a continuidade do cuidado, a redução de falhas decorrentes de registros manuais e o monitoramento dos processos assistenciais e administrativos. Em contrapartida, foram identificados desafios relacionados à infraestrutura tecnológica, à sobrecarga de trabalho das equipes, à instabilidade dos sistemas e à necessidade de capacitação contínua dos profissionais para a utilização adequada da ferramenta. Conclui-se que o prontuário eletrônico constitui um importante instrumento para o fortalecimento da gestão hospitalar, a otimização do faturamento e do repasse de recursos públicos, bem como para a qualificação da assistência prestada no SUS. Entretanto, seu potencial depende da realização de investimentos em infraestrutura tecnológica, da oferta de educação permanente aos profissionais e do aprimoramento contínuo dos processos de implementação, utilização e avaliação do sistema.

Palavras-chaves: Registros Eletrônicos de Saúde; Qualidade da Assistência à Saúde; Sistema Único de Saúde

1 INTRODUÇÃO

DOI: 10.51161/iv-conasus/85890

A transformação digital em saúde representa um dos principais desafios contemporâneos para os sistemas públicos de saúde, especialmente em países de grande extensão territorial e elevada desigualdade social, como o Brasil. Nesse contexto, a saúde digital surge como estratégia voltada à incorporação de tecnologias da informação e comunicação nos diferentes níveis assistenciais, com o objetivo de qualificar o cuidado, ampliar o acesso aos serviços e fortalecer os processos de gestão em saúde. A partir da implementação do SUS Digital, observou-se a intensificação do uso de ferramentas tecnológicas, como teleconsultas, prontuários eletrônicos, sistemas de regulação e plataformas integradas de informação em saúde, fortalecendo a interoperabilidade e a integração dos serviços (Orrillo, 2024).

Entretanto, a efetividade da implantação dessas tecnologias não depende exclusivamente da disponibilidade de sistemas informatizados, mas também da existência de infraestrutura adequada, conectividade, qualificação profissional e organização dos fluxos assistenciais. Dessa forma, a transformação digital no Sistema Único de Saúde ultrapassa a simples informatização dos serviços, configurando-se como ferramenta estratégica para fortalecimento da gestão, monitoramento de indicadores e qualificação da assistência prestada à população (Haddad, 2024).

O prontuário eletrônico constitui, nesse cenário, mais uma ferramenta de interoperabilidade que tem papel modificador na prática assistencial e gerencial. O Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC), a priori criado para suprir as demandas da atenção primária, vem sendo incorporado na assistência de média e alta complexidade, em especial quando despertou o interesse de instituições privadas e secretarias municipais e estaduais (Celuppi, 2024). A busca por esse recurso está associada ao desempenho de suas funções de monitoramento e avaliação de indicadores de saúde, agendamento de procedimentos, regulação e administração interna.

A organização dos prontuários eletrônicos segue padrões estabelecidos pelo Ministério da Saúde, permitindo integração das informações clínicas em sistema unificado e favorecendo maior segurança, continuidade do cuidado e qualidade assistencial. Sua estrutura possibilita registro multiprofissional padronizado e compartilhamento das informações entre os diferentes setores da assistência (Barbalho, 2022).

O hospital regional visitado, localizado nos arredores de Aracaju, Sergipe, utiliza prontuário eletrônico há aproximadamente um ano, por meio do Sistema de Prontuário Eletrônico do Paciente (SMPEP), desenvolvido pela SMED Tecnologia, uma healthtech brasileira que fornece software de gestão hospitalar. A ferramenta é integrada a setores assistenciais e administrativos, permitindo o registro clínico multiprofissional, solicitação de exames, prescrição médica, controle de leitos, monitoramento dos custos e de indicadores hospitalares. Além disso, o sistema apresenta integração com plataformas estaduais e nacionais de informação em saúde, fortalecendo a interoperabilidade e a gestão dos dados assistenciais.

O presente artigo objetiva analisar os desafios e as potencialidades da implantação do prontuário eletrônico em uma unidade hospitalar da Rede Estadual de Saúde de Sergipe, sob a perspectiva da gestão na saúde, a partir das observações realizadas durante visita técnica vinculada ao projeto PET- Informação e Saúde Digital.

2 RELATO DE EXPERIÊNCIA

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, elaborado a partir de visita técnica em um hospital regional na região metropolitana de Aracaju, Sergipe. A atividade ocorreu mediante observação direta dos setores assistenciais e administrativos

da unidade, incluindo análise dos fluxos organizacionais relacionados ao uso do prontuário eletrônico. Durante a visita, foram apresentadas as funcionalidades do sistema, suas formas de integração entre os setores e os impactos observados na dinâmica assistencial e gerencial do hospital. As percepções registradas foram posteriormente discutidas pelos integrantes do grupo à luz da literatura científica relacionada à saúde digital, à gestão hospitalar e à interoperabilidade em saúde. O relato objetiva descrever a experiência vivenciada durante a visita técnica e desenvolver análise crítica acerca da implantação do prontuário eletrônico, considerando seus impactos nos processos assistenciais, organizacionais, financeiros e gerenciais da unidade hospitalar.

Os discentes participantes da visita integravam o PET-Saúde/I&SD, programa financiado pelo Ministério da Saúde voltado à integração entre ensino, serviço e comunidade, com foco na formação em saúde digital e gestão na saúde. O programa possibilita aos estudantes o acompanhamento de processos de trabalho da gestão pública, favorecendo o desenvolvimento de competências relacionadas à inovação, interoperabilidade e qualificação da assistência no SUS.

No âmbito da Universidade Federal de Sergipe, os integrantes do grupo sete realizaram visita técnica ao hospital em virtude da implantação do novo sistema de prontuário eletrônico.

Realizada em dois momentos, a visita técnica dos monitores do PET, graduandos dos cursos de enfermagem e odontologia, aconteceu sob supervisão de uma trabalhadora que integra o Núcleo de Educação Permanente (NEP) da unidade. Ela mostrou, a princípio, a parte estrutural do hospital, seus setores e acomodações internas. Durante a visita técnica, observou-se que a infraestrutura e a capacidade instalada do hospital apresentavam limitações frente à elevada demanda assistencial da região, assim como um cenário de elevada sobrecarga assistencial, com superlotação e limitações estruturais que podem comprometer a efetividade da implantação de tecnologias digitais na saúde.

A utilização do prontuário eletrônico permite transformação dos registros assistenciais em indicadores de saúde, subsidiando monitoramento da qualidade do cuidado, o planejamento financeiros e das ações, além da tomada de decisão pela gestão. No contexto hospitalar, esses indicadores favorecem avaliação do desempenho institucional e identificação de necessidades financeiras e assistenciais.

Por fim, com o conhecimento adquirido acerca da organização da infraestrutura e dos fluxos de trabalho, posteriormente, realizou-se observação do setor de faturamento e um profissional da área de tecnologia da informação nos mostrou a completude do novo prontuário eletrônico implantado. O sistema possui interface estruturada e acessos organizados conforme as categorias profissionais, garantindo maior segurança no tratamento de dados sensíveis. Além disso, possibilita acompanhamento integrado da trajetória assistencial do paciente, favorecendo o acompanhamento e comunicação multiprofissional, a rastreabilidade das informações e a continuidade do cuidado.

Na visão do gerenciamento da assistência, é possível observar a quantidade de leitos disponíveis em relação ao número de pacientes internados, assim como é possível extrair relatórios sobre indicadores de saúde, tais como morbidade, mortalidade, letalidade, incidência e prevalência. A existência do recurso permite que seja realizada uma análise crítica desses dados, seguida do delineamento de mudanças que assegurem a qualidade do serviço, seja através da solicitação de recursos materiais à gestão do estado, seja por mudança organizacionais dentro da instituição.

Finalizada a visita, o grupo sete do PET-Saúde/I&SD se reuniu para discutir o que foi visto e associar aos conhecimentos prévios de gerenciamento na saúde e à prática assistencial de cada categoria profissional, enfermagem e odontologia.

DOI: 10.51161/iv-conasus/85890

3 DISCUSSÃO

A implantação do prontuário eletrônico em serviços hospitalares de alta complexidade constitui processo multifatorial que envolve aspectos tecnológicos, organizacionais, financeiros, estruturais e humanos. Nesse contexto, a análise da experiência permitiu identificar potencialidades, fragilidades e impactos gerenciais relacionados à incorporação da ferramenta no cotidiano assistencial.

A implementação do prontuário eletrônico do cidadão permite que a organização administrativa seja otimizada, atuando como adjuvante de mudanças nos modos de cuidar e gerir. O Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) organiza o serviço por meio da qualificação dos dados obtidos, seja no processo de admissão ou de internação de um paciente, armazenando os dados em uma nuvem sob um padrão determinado, para que, com a capacitação da equipe, não haja disparidade na interpretação das informações. Com a presença de um sistema integrado, há um favorecimento da comunicação efetiva entre a equipe multiprofissional, a qual eleva a satisfação no serviço, permitindo o foco exclusivo nas necessidades do paciente, reduzindo o tempo de espera e a incidência de erros, conforme apresentado por Gomes, S. C. et al.

São utilizadas diversas estratégias tecnológicas e metodológicas para garantir a segurança de dados e privacidade de informações de saúde dos cidadãos sergipanos. A segurança das informações constitui aspecto fundamental do prontuário eletrônico, especialmente diante das diretrizes estabelecidas pela Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD). O sistema implantado utiliza mecanismos de controle de acesso e autenticação profissional, restringindo a visualização das informações conforme a necessidade assistencial de cada setor, o que contribui para preservação do sigilo e proteção dos dados sensíveis dos pacientes (Brasil, 2018).

Além disso, a utilização do prontuário eletrônico fortalece a produção de inteligência em saúde, permitindo maior rastreabilidade das informações assistenciais e subsidiando processos de tomada de decisão baseados em evidências. A geração automatizada de indicadores possibilita monitoramento contínuo da qualidade do cuidado, identificação de fragilidades institucionais e planejamento de intervenções estratégicas voltadas à melhoria da assistência hospitalar.

Dentre os entraves observados na inserção do recurso tecnológico na assistência do serviço de saúde, o de maior prevalência é o recurso humano. O desenvolvimento das Tecnologias da Informação e Comunicação (TICs) é crescente somente a partir das últimas décadas, fazendo com que fossem necessárias habilidades técnicas para o manejo dos produtos que surgiram no mercado em grande escala. Estudos demonstram que trabalhadores que apresentam dificuldade em desenvolver a destreza para manejar as TICs, diminuem seus rendimentos no trabalho diante da insegurança e insatisfação, em especial no serviço de saúde (Hohenberger, G. F et al., 2024). A implementação acelerada de tecnologias digitais, sem processos adequados de capacitação e adaptação institucional, pode gerar resistência profissional e dificultar a incorporação efetiva do prontuário eletrônico na rotina assistencial.

A atuação do Núcleo de Educação Permanente, gerido pela SES, atua na superação do entrave, diagnosticado que a base da problemática é a insegurança no manejo de tecnologias, por meio da Educação Permanente em Saúde (EPS) (Gomes, S. C. et al., 2021). A EPS apresenta papel estratégico nesse processo, permitindo que os profissionais desenvolvam competências relacionadas ao uso das tecnologias digitais e compreendam a relevância do prontuário eletrônico para a qualificação da assistência, os recursos financeiros designados ao SUS e o fortalecimento da gestão na saúde.

DOI: 10.51161/iv-conasus/85890

A implantação de tecnologias digitais na saúde depende da existência de infraestrutura adequada, incluindo infraestrutura, conectividade, equipamentos e suporte tecnológico. Limitações relacionadas à internet e disponibilidade de dispositivos podem comprometer a efetividade operacional dos sistemas informatizados (Hohenberger, 2024; Estevam, 2024).

Para a implementação do prontuário no hospital regional, a Secretaria do Estado de Saúde, especialmente a Diretoria de Gestão de Sistemas e a Diretoria Operacional de Saúde, realizou um mapeamento situacional visando a identificação das necessidades da unidade. Contudo, durante a visita, percebeu-se que, por causa da lotação, já abordada, os recursos ficam limitados e a unidade fica sobrecarregada.

Observa-se, portanto, que a transformação digital na saúde pode produzir limitações importantes quando implementada em cenários marcados por fragilidade estrutural, insuficiência de recursos humanos e sobrecarga assistencial. Nesses contextos, a ausência de investimentos contínuos em infraestrutura tecnológica e educação permanente pode comprometer a efetividade dos sistemas informatizados e ampliar dificuldades operacionais já existentes nos serviços hospitalares.

A utilização do prontuário eletrônico permite transformação dos registros assistenciais em indicadores de saúde, subsidiando monitoramento da qualidade do cuidado, do planejamento das ações e da tomada de decisão pela gestão. No contexto hospitalar, esses indicadores favorecem avaliação do desempenho institucional e identificação de necessidades assistenciais (Toledo, 2021).

Sob a ótica da SES, os dados obtidos permitem analisar, não somente a qualidade do serviço se comparado ao próprio, bem como comparado aos outros dentro da rede. A interoperabilidade permitida pela integração entre os sistemas, fornece informações à Secretaria acerca de recursos materiais, financeiros e humanos, além de dados qualitativos e quantitativos das unidades que contemplam a Rede Estadual de Saúde de Sergipe. Portanto, essa conformação de sistema de comunicação favorece o fortalecimento de uma gestão democrática e participativa nos serviços de saúde.

Adicionalmente, a interoperabilidade entre os sistemas fortalece a governança digital no âmbito da gestão estadual, favorecendo processos de auditoria, regulação, planejamento orçamentário e monitoramento epidemiológico. Dessa maneira, o prontuário eletrônico deixa de ser apenas ferramenta assistencial e passa a constituir instrumento estratégico para organização das redes de atenção à saúde e qualificação das políticas públicas (Jabbur, et al, 2020).

4 CONCLUSÃO

Conclui-se que a transformação digital no Brasil, sobretudo na saúde, é um processo complexo que visa aprimorar a estrutura de cuidado e gestão do Sistema Único de Saúde. A partir de uma visita técnica em um hospital regional do interior do estado de Sergipe, realizada por integrantes do PET-Saúde Digital para analisar a implementação do prontuário eletrônico, foram identificadas como potencialidades da ação a melhora da organização administrativa e assistencial do serviço, bem como uma atenção à saúde que priorize a segurança do paciente. Como principais fragilidades da implementação da tecnologia, destacaram-se a resistência profissional diante do novo instrumento e as deficiências na infraestrutura. Dentre os impactos provocados, analisando-os com olhar gerencial, estão a criação de indicadores via sistema integrado e o melhor planejamento das ações administrativas da Secretaria de Estado da Saúde.

Dessa forma, compreende-se que a transformação digital no Sistema Único de Saúde ultrapassa a simples informatização dos serviços, configurando-se como

DOI: 10.51161/iv-conasus/85890

instrumento estratégico para fortalecimento da gestão, qualificação da assistência e consolidação de uma rede de atenção mais integrada, resolutiva e equânime. Contudo, para que essas tecnologias alcancem seu potencial pleno, torna-se indispensável o investimento contínuo em infraestrutura, conectividade, educação permanente e fortalecimento da governança digital nos serviços de saúde.

REFERÊNCIAS

BARBALHO, I. M. P. et al. Electronic health records in Brazil: prospects and technological challenges. **Frontiers in Public Health**, [s. l.], v. 10, art. 963841, nov. 2022.

BRASIL. Lei n° 13.709, de 14 de agosto de 2018**. Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD)**. Brasília, 2018.

CELUPPI, I. C. et al. Dez anos do Prontuário Eletrônico do Cidadão e-SUS APS: em busca de um Sistema Único de Saúde eletrônico. **Revista de Saúde Pública**, [s. l.], v. 58, n. 23, p. 1-11, 2024.

DELGADO ORRILLO, Y. A. et al. Percepção de gestores públicos de saúde sobre a transformação digital do SUS: estudo de caso. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 49, n. esp. 1, art. e9928, ago. 2025.

ESTEVAM, A. L. et al. Estudo sobre a utilização do sistema de Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) e seus efeitos na gestão hospitalar. **Cuadernos de Educación y Desarrollo**, [s. l.], v. 16, n. 13, p. 01-18, nov. 2024.

GOMES, S. C. et al. Prontuário Eletrônico: uma revisão sistemática de implementação sob as diretrizes da Política Nacional de Humanização**. Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 6, p. 2131-2140, 2021.

HADDAD, A. E.; LIMA, N. T. Saúde Digital no Sistema Único de Saúde (SUS). **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 28, art. e230597, 2024.

HOHENBERGER, G. F.; SILVA, F. P.; AZAMBUJA, M. S. Desafios no processo de implantação do prontuário eletrônico na APS do estado do Rio Grande do Sul, Brasil. **Revista Saúde em Redes**, [s. l.], v. 10, n. 1, p. 1-13, 2024.

JABBUR, I. S.; OSHIRO, N. N.; FAGUNDES, F. R. S. O processo de implantação do prontuário eletrônico do paciente em um hospital público de alta complexidade: relato de experiência. **Brazilian Journal of Health Review**, Curitiba, v. 3, n. 2, p. 2847-2849, mar./abr. 2020.

TOLEDO, P. P. S. et al. Prontuário Eletrônico: uma revisão sistemática de implementação sob as diretrizes da Política Nacional de Humanização. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 6, p. 2131-2140, jun. 2021.

PREDITORES ASSOCIADOS AO INÍCIO PRECOCE DO SEGUIMENTO EM AMBULATÓRIO MULTIDISCIPLINAR DE ACOMPANHAMENTO AO LACTENTE DE RISCO

VANIA DANIELA; MARIANA MARTINS DOS SANTOS; ANA CAROLINA DE CAMPOS

Introdução:O lactente de risco apresenta maior probabilidade de alterações no desenvolvimento, sendo o acompanhamento longitudinal uma estratégia eficaz na detecção dessas alterações.Objetivos: Identificar preditores associados ao início precoce do acompanhamento em ambulatório multidisciplinar de seguimento ao lactente de risco num país em desenvolvimento.**Metodologia:** Estudo de coorte retrospectivo (CAAE: 75700323.0.0000.5504).Participaram 646 lactentes de risco, nascidos entre 2019-2023, encaminhados para acompanhamento em ambulatório multidisciplinar de seguimento ao lactente de risco, de uma instituição pública em município brasileiro de médio porte. Foram coletadas informações sobre características maternas, gestacionais, perinatais e do programa de seguimento. Dados analisados descritivamente e testados modelos de regressão para identificação dos preditores associados à idade do lactente na primeira consulta no seguimento. **Resultados:** Entre os lactentes: 50,5% sexo feminino, 59% parto cesáreo; 40,1% baixo peso; 45,7% prematuros; 7,1% Apgar ≤ 7(5ºminuto); 30,3% internação UTI e 29,3% suporte ventilatório no nascimento. Dados maternos: idade média 26,7 anos (±6,7), sendo 17,4% adolescentes; 63,3% raça branca, 82% realizou pré-natal e 73,8% teve intercorrência gestacional. O encaminhamento para o seguimento foi predominantemente pelo hospital (61,1%) e a idade na primeira consulta ocorreu antes dos três meses de idade corrigida em 82% dos lactentes. O modelo de regressão linear múltipla identificou que lactentes encaminhados pelo hospital teve um adiantamento da primeira consulta no seguimento em 75,4 dias, enquanto o nascimento prematuro antecipou em média 36,7 dias, respectivamente ($p<0,001$; IC95%: -117,4 – -33,3 e -50,1 – -23,4). No entanto, encaminhamentos provenientes da atenção básica tiveram um adiamento da primeira consulta em aproximadamente 50,9 dias ($p<0,029$; IC95%: 5,2 – 96,7).A variância (R^2) foi de 35%. **Conclusão:** A maioria dos lactentes foram avaliados precocemente no seguimento, indicando efetividade na estratégia de seguimento, sendo os preditores associados ao início precoce no programa de seguimento: nascimento prematuro e encaminhamento pelo hospital.Entretanto, o adiamento de aproximadamente dois meses, quando o encaminhamento é proveniente da atenção básica, representa um período crítico para o neurodesenvolvimento infantil. Diante disso, a qualificação profissional e a implementação de estratégias de estratificação de risco no nível da atenção primária são recomendadas visando favorecer a identificação oportuna de crianças elegíveis para avaliação especializada, seguimento multiprofissional e intervenção precoce.

Palavras-chave: **INTERVENÇÃO PRECOCE; LACTENTE DE RISCO; SEGUIMENTO AMBULATORIAL**

DOI: 10.51161/iv-conasus/85892

SAÚDE OCUPACIONAL E GESTÃO DA SOMATIZAÇÃO NO TELETRABALHO: UMA REVISÃO NARRATIVA SOBRE ERGONOMIA ATIVA E AUTOCUIDADO (2020–2026)

KELLY CAETANO PEREIRA; BÁRBARA KELLY CAETANO DE OLIVEIRA; THIAGO CAETANO COSTA; LEONARDO DIAS FERNANDES DE MORAES

RESUMO

O teletrabalho, consolidado como modalidade estratégica no cenário pós-pandêmico, reconfigurou as dinâmicas laborais e introduziu desafios críticos à saúde musculoesquelética. O objetivo deste estudo foi analisar criticamente as evidências científicas recentes sobre o impacto do teletrabalho na saúde física, identificando como as intervenções de ergonomia ativa e as estratégias de autocuidado contribuem para a preservação funcional e o bem-estar ocupacional. Metodologicamente, trata-se de uma revisão narrativa da literatura, de caráter analítico-reflexivo, baseada em buscas nas bases MEDLINE, SciELO e LILACS entre 2020 e 2026. A amostra final consistiu em cinco estudos selecionados por sua relevância teórica sobre ergonomia participativa, autogestão somática e suporte organizacional. As evidências indicam que a prevenção de distúrbios musculoesqueléticos (DME) transcende a ergonomia passiva do mobiliário, exigindo uma postura participativa do trabalhador na gestão de sua própria saúde. Destacam-se como intervenções críticas: as pausas cinesioterapêuticas sistemáticas, a regra "20-20-20" para mitigar a fadiga ocular, a higiene do sono para preservação do ritmo circadiano e a liderança de segurança (*safety leadership*). Conclui-se que a sustentabilidade do teletrabalho depende de uma abordagem holística que integre ergonomia ativa e suporte institucional. Observa-se que a literatura é predominantemente descritiva, reforçando a necessidade de estudos experimentais longitudinais para validar protocolos específicos.

Palavras-chave: Saúde do Trabalhador; Cinesioterapia; Promoção da Saúde

1 INTRODUÇÃO

A Quinta Revolução Industrial integra inovação digital e centralidade humana, destacando o papel estratégico da Tecnologia da Informação na consolidação do trabalho remoto, da segurança e da colaboração, de modo que o futuro do trabalho depende do equilíbrio entre produtividade tecnológica e bem-estar (Hobmeir, 2025). Nesse contexto, o teletrabalho consolidou-se após a pandemia de COVID-19 como uma modalidade estratégica, proporcionando flexibilidade e autonomia, mas também novos desafios à saúde ocupacional (Silva; Takeshita, 2022). Apesar das vantagens logísticas, a rápida expansão dessa modalidade evidenciou a falta de planejamento ergonômico nos domicílios, expondo riscos físicos, ambientais e jurídicos que reforçam a necessidade de políticas públicas protetivas para o cenário pós-pandemia (Antunes et al., 2023).

Estudos demonstram aumento dos distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (DORT) e das lesões por esforço repetitivo (LER), associados a jornadas prolongadas, movimentos repetitivos, ambientes estressantes, permanência em posturas estáticas, uso

DOI: 10.51161/iv-conasus/85894

intensivo de dispositivos eletrônicos e ausência de pausas programadas (Fernandes; Salgueiro, 2022; Pinto et al., 2022). As regiões cervical e lombar apresentam as maiores prevalências de dor, comprometendo a capacidade funcional e a qualidade de vida dos teletrabalhadores (Leão; Alves; Barreto, 2022). Embora fatores psicossociais, como o tecnoestresse, também influenciem esse cenário, os agravos musculoesqueléticos destacam-se entre as principais causas de absenteísmo e adoecimento funcional (Afonso; Silva, 2026).

No Brasil, a promoção da saúde do trabalhador é respaldada pela NR-17, que estabelece a adaptação das condições de trabalho às características psicofisiológicas dos indivíduos (Brasil, 2023). Contudo, as intervenções organizacionais permanecem predominantemente centradas na ergonomia passiva, priorizando mobiliário e equipamentos, com menor investimento em estratégias de ergonomia ativa e educação em saúde (Vasconcelos et al., 2025). Em resposta a essa lacuna, têm sido propostas intervenções baseadas em pausas cinesioterapêuticas, exercícios de curta duração, reeducação postural, autogestão somática e consciência corporal, estimulando a participação ativa do trabalhador na prevenção da fadiga e dos distúrbios musculoesqueléticos (Pereira, 2026).

Diante desse cenário, o presente estudo tem como objetivo analisar, por meio de uma revisão narrativa da literatura, o panorama das evidências científicas acerca do impacto do teletrabalho na saúde musculoesquelética, identificando as contribuições das intervenções de ergonomia ativa e do autocuidado na saúde ocupacional para a prevenção de distúrbios físicos em teletrabalhadores.

2 MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de uma revisão narrativa da literatura, de natureza descritiva e caráter analítico-reflexivo, delineamento considerado adequado para contextualizar criticamente um tema em consolidação e integrar evidências provenientes de diferentes abordagens metodológicas. O estudo foi desenvolvido em quatro etapas: delimitação da temática e formulação da questão norteadora; busca e seleção da literatura científica; análise crítica das evidências recuperadas; e síntese narrativa dos achados. Essa estratégia possibilitou integrar os conceitos de ergonomia ativa e autocuidado na saúde ocupacional, oferecendo um panorama atualizado sobre a prevenção de distúrbios musculoesqueléticos em teletrabalhadores.

A pesquisa foi orientada pela seguinte questão norteadora: quais são as evidências científicas sobre a efetividade das intervenções de ergonomia ativa e de autocuidado na prevenção de distúrbios musculoesqueléticos e na promoção da saúde ocupacional de teletrabalhadores? A elaboração dessa questão fundamentou-se nos componentes da estratégia PICO, contemplando a população de teletrabalhadores, as intervenções relacionadas à ergonomia ativa e ao autocuidado e os desfechos voltados à prevenção de distúrbios musculoesqueléticos e à preservação da funcionalidade.

As buscas bibliográficas foram realizadas entre março e julho de 2026 nas bases de dados MEDLINE (via PubMed), SciELO e LILACS (via Biblioteca Virtual em Saúde – BVS). A estratégia de busca combinou descritores controlados dos vocabulários Medical Subject Headings (MeSH) e Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), associados a termos livres e operadores booleanos (AND e OR). Na MEDLINE foi utilizada a estratégia: ("Telecommuting" OR "Remote Work" OR "Teleworking") AND ("Ergonomics" OR "Human Engineering" OR "Active Ergonomics" OR "Self Care" OR "Somatic Education" OR "Body Awareness" OR "Rest Periods") AND ("Musculoskeletal Diseases" OR "Musculoskeletal Pain" OR "Occupational Health"). Para as bases SciELO e LILACS empregou-se a estratégia: ("Teletrabalho" OR "Trabalho Remoto" OR "Home Office") AND ("Ergonomia" OR "Ergonomia Ativa" OR "Autocuidado" OR "Educação Somática" OR "Consciência Corporal"

OR "Pausas Ativas" OR "Cinesioterapia Laboral") AND ("Doenças Musculoesqueléticas" OR "Distúrbios Musculoesqueléticos" OR "Saúde do Trabalhador"). A inclusão do termo amplo "Ergonomia/Ergonomics" teve como finalidade aumentar a sensibilidade da busca, sendo a especificidade relacionada às intervenções de ergonomia ativa e autocuidado aplicada manualmente durante a etapa de triagem. Foram considerados estudos publicados entre janeiro de 2020 e julho de 2026.

Os critérios de elegibilidade foram definidos com base na estratégia PICO e no objetivo da revisão. Foram incluídos estudos envolvendo trabalhadores em regime de teletrabalho, trabalho remoto ou home office que investigassem intervenções de ergonomia ativa, tais como pausas ativas, cinesioterapia laboral, educação ergonômica ou estratégias de autocuidado, incluindo autogestão da saúde, consciência corporal e práticas voltadas à promoção da saúde ocupacional. Também foram aceitos estudos que avaliaram desfechos relacionados à prevenção, incidência, prevalência ou intensidade de distúrbios musculoesqueléticos, dor ocupacional ou capacidade funcional, abrangendo pesquisas quantitativas, qualitativas e artigos de revisão publicados em português, inglês ou espanhol, com texto completo disponível. Foram excluídos estudos voltados exclusivamente aos aspectos psicossociais, organizacionais ou de saúde mental do teletrabalho, pesquisas centradas apenas na ergonomia passiva ou na adequação do mobiliário, sem participação ativa do trabalhador, publicações duplicadas e literatura cinzenta, como editoriais, cartas, resumos de eventos, dissertações, teses e relatórios institucionais.

A análise dos estudos selecionados foi conduzida por meio de leitura integral das publicações, seguida da extração e organização das informações relevantes. As evidências foram sintetizadas de forma qualitativa mediante análise temática, identificando convergências, divergências e lacunas do conhecimento. A discussão foi estruturada em três eixos temáticos: (1) intervenções de ergonomia ativa no contexto do teletrabalho; (2) estratégias de autocuidado e autogestão da saúde ocupacional; e (3) contribuições dessas intervenções para a prevenção de distúrbios musculoesqueléticos e a promoção da funcionalidade dos teletrabalhadores.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

As buscas bibliográficas eletrônicas foram realizadas entre março e julho de 2026 nas bases de dados MEDLINE (via PubMed), SciELO e LILACS (via Biblioteca Virtual em Saúde – BVS). Ao término da estratégia de busca, foram identificados 45 registros potencialmente elegíveis para a presente revisão narrativa. Após a verificação de duplicidade, um registro duplicado foi removido, permanecendo 44 estudos para a etapa de triagem.

Dos 34 artigos recuperados na MEDLINE (via PubMed), 19 estavam disponíveis em texto completo, enquanto 15 foram excluídos por indisponibilidade de acesso ao texto integral. Todos os estudos recuperados nas bases SciELO e LILACS encontravam-se disponíveis para avaliação, totalizando 29 artigos submetidos à análise de elegibilidade.

Na etapa de seleção, a aplicação do funil de especificidade, fundamentado nos critérios de elegibilidade previamente estabelecidos, resultou na exclusão de 24 estudos. Os principais motivos de exclusão compreenderam: estudos observacionais voltados exclusivamente à identificação da prevalência, dos fatores de risco ou da associação entre teletrabalho e distúrbios musculoesqueléticos, sem avaliação de intervenções de ergonomia ativa ou estratégias de autocuidado (n = 13); estudos com enfoque predominantemente organizacional, institucional, psicossocial ou de saúde mental, sem desfechos relacionados às intervenções propostas (n = 6); pesquisas direcionadas exclusivamente à ergonomia passiva, ao mobiliário ou às características do posto de trabalho, sem participação ativa do trabalhador em

estratégias de autocuidado (n = 3); e estudos com abordagem tecnológica ou de engenharia, sem foco em intervenções voltadas à saúde ocupacional (n = 2).

Ao final do processo de seleção, cinco estudos atenderam integralmente aos critérios de elegibilidade e compuseram a amostra desta revisão narrativa. Abaixo, apresenta-se a tabela com os detalhes de cada publicação e seus respectivos focos temáticos:

Tabela 1 – Caracterização dos estudos selecionados para a revisão narrativa.

Autor (Ano)	Título do Artigo	Foco Principal / Contribuição para a Revisão
Janc et al. (2024)	*Ergonomia i organizacja pracy zdalnej – aspekt zdrowotny i zalecenia dotyczące organizacji biura domowego*	Analisa o impacto do uso de telas na saúde visual (CVS), nos distúrbios musculoesqueléticos e no ritmo circadiano, fornecendo recomendações para a organização do home office.
Florin et al. (2026)	*Framework for Health-Promoting Environments for Office Workers: Photovoice Study*	Propõe um modelo visual que integra perspectivas ambientais (ergonomia, estética, sensorial) e comportamentais (flexibilidade, pausas, atividade física) para promover a saúde.
Cheung (2024)	*Practical Considerations of Workplace Wellbeing Management under Post-Pandemic Work-from-Home Conditions*	Discute a gestão do bem-estar, focando em ergonomia, estresse, gestão de fronteiras entre vida pessoal/profissional e conflitos familiares no teletrabalho.
Schall Jr. & Chen (2022)	*Evidence-based Strategies for Improving Occupational Safety and Health Among Teleworkers During and After the Coronavirus Pandemic*	Apresenta estratégias baseadas em evidências para melhorar a segurança ocupacional, destacando a liderança de segurança, a gestão de limites de papéis e o redesenho do trabalho.
Souza Júnior (2023)	*Impactos do teletrabalho na saúde, segurança e bem-estar dos trabalhadores: uma revisão da literatura científica*	Revisa os impactos na saúde física e mental, abordando a relevância do absenteísmo e do presenteísmo, além de fornecer diretrizes práticas para a promoção da saúde ocupacional.

Elaborado pelos autores (2026).

As evidências foram organizadas segundo as intervenções propostas, sua implementação e os resultados na saúde ocupacional dos teletrabalhadores. Os estudos demonstram que a prevenção dos distúrbios musculoesqueléticos (DME) e a promoção do bem-estar no teletrabalho ultrapassam a adequação do mobiliário, exigindo a integração entre ergonomia ativa, autocuidado e suporte organizacional para reduzir a sobrecarga musculoesquelética e preservar a capacidade funcional.

As principais intervenções identificadas incluem educação ergonômica, reorganização da estação de trabalho, pausas programadas, alongamentos, atividade física, alternância

postural, redução do tempo contínuo de exposição às telas, higiene do sono e desenvolvimento da consciência corporal. Janc et al. (2024) ressaltam que a organização da jornada e os hábitos saudáveis são tão importantes quanto os ajustes antropométricos para prevenir fadiga visual, sobrecarga musculoesquelética e alterações do ritmo circadiano. Souza Júnior (2023) destaca que o autocuidado favorece o reconhecimento precoce da fadiga e incentiva comportamentos preventivos, enquanto fatores ambientais, como iluminação natural, ventilação e elementos biofílicos, contribuem para maior conforto, recuperação cognitiva e bem-estar.

A implementação dessas estratégias ocorre por meio de educação em saúde, treinamentos ergonômicos e mudanças comportamentais. Recomenda-se a capacitação dos trabalhadores para adequação do posto de trabalho, realização de pausas ativas, alongamentos e aplicação da regra "20-20-20" para reduzir a fadiga ocular. Schall Jr. e Chen (2022) enfatizam ainda o papel dos gestores no incentivo a práticas seguras, alternância postural, metas compatíveis com a jornada e equilíbrio entre vida profissional e pessoal.

Os estudos associam essas intervenções à redução de dores cervicais e lombares, diminuição da fadiga, melhora da funcionalidade, maior satisfação laboral e melhor qualidade de vida. Cheung (2024) destaca que a flexibilidade do teletrabalho favorece autonomia e bem-estar quando acompanhada de suporte organizacional, mas alerta para o risco de presenteísmo e esgotamento ocupacional na ausência de limites. De forma semelhante, Florin et al. (2026) demonstram que ambientes que favorecem pausas, movimentação corporal e atividade física promovem melhor percepção da saúde e maior eficácia profissional.

Como limitações, observou-se o reduzido número de estudos específicos sobre ergonomia ativa e autocuidado, com predominância de estudos observacionais, revisões narrativas e artigos de recomendação, além da produção concentrada no período da pandemia de COVID-19. Também se verificaram limitações relacionadas ao uso de instrumentos de autorrelato, amostras pouco representativas, ausência de avaliação formal da qualidade metodológica e de síntese quantitativa, bem como a indisponibilidade de textos completos de parte dos estudos recuperados na MEDLINE.

Apesar dessas limitações, as evidências convergem ao indicar que programas estruturados de ergonomia ativa, associados ao autocuidado e ao suporte institucional, representam estratégias promissoras para a prevenção dos DME e a promoção da saúde ocupacional, reforçando a necessidade de estudos longitudinais e ensaios de intervenção com maior rigor metodológico.

4 CONCLUSÃO-

Esta revisão demonstra que mitigar distúrbios musculoesqueléticos no teletrabalho exige superar o modelo ergonômico passivo tradicional. A sinergia entre intervenções de ergonomia ativa como pausas cinesioterapêuticas e reconfiguração dinâmica do posto laboral e o autocuidado reduz a sobrecarga biomecânica, tornando o trabalhador coparticipante de sua saúde.

Contudo, a literatura atual restringe-se a estudos observacionais e recomendações de baixo nível de evidência. A escassez de ensaios clínicos controlados e investigações longitudinais com desfechos clínicos e funcionais estritos limita a padronização de protocolos institucionais baseados em evidências robustas.

Em termos pragmáticos, os resultados sublinham que a governança da saúde do trabalhador no regime remoto não pode ser reduzida à mera concessão ou adequação de mobiliário doméstico. Torna-se imperativo que organizações públicas e privadas arquitetem programas de ergonomia ativa contínuos e monitorados. Paralelamente, urge que o desenho de políticas públicas de saúde e os órgãos reguladores no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e das diretrizes trabalhistas incorporem as especificidades dessa arquitetura virtual de trabalho, chancelando parâmetros regulatórios que coíbam o retrocesso social e assegurem a

DOI: 10.51161/iv-conasus/85894

sustentabilidade psicofísica da força de trabalho contemporânea.

REFERÊNCIAS

AFONSO, D. S.; SILVA, W. C. Saúde e segurança ocupacional na era digital. **Revista Jurídica Direito, Sociedade e Justiça (RJDSJ)**, v. 13, n. 21, jan./jun. 2026.

ANTUNES, E. D. et al. A ponta do iceberg: o teletrabalho durante a pandemia. **Saúde e Sociedade**, v. 32, n. 3, e220075, 2023.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. **Norma Regulamentadora n.º 17 (NR-17)**: Ergonomia. Brasília: MTE, 2023.

CHEUNG, V. K. L. Practical Considerations of Workplace Wellbeing Management under Post-Pandemic Work-from-Home Conditions. **Int. J. Environ. Res. Public Health**, v. 21, n. 924, 2024.

FERNANDES, A. C.; SALGUEIRO, M. Dores musculoesqueléticas e ergonomia em tempos de home office: uma revisão de literatura. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 13, e414111335743, 2022.

FLORIN, U. et al. Framework for Health-Promoting Environments for Office Workers: Photovoice Study. **JMIR Form Res**, v. 10, e90712, 2026.

HOBMEIR, L. (org.). **Revolução industrial 5.0**: tecnologia, humanidade e sustentabilidade. Ponta Grossa: ZH4, 2025.

JANC, M. et al. Ergonomia i organizacja pracy zdalnej – aspekt zdrowotny i zalecenia dotyczące organizacji biura domowego. **Med Pr Work Health Saf.**, Łódź, v. 75, n. 1, p. 69–80, 2024.

LEÃO, A. G.; ALVES, L. S.; BARRETO, R. R. Percepção da ergonomia e sintomas osteomusculares de docentes universitários em modalidade de ensino remoto, durante a pandemia da COVID-19. **Revista Movimenta**, v. 15, e20220039, 2022.

PEREIRA, K. C. **Fisioterapia na Era do Algoritmo**. 1. ed. São Paulo: Expressão Científica, 2026.

PINTO, F. P. et al. Notificações de LER/DORT no Brasil entre 2007 e 2021: Um estudo descritivo. [S. n.], 2022. *(Nota: Alterado para [S. n.] indicando sem editora, padrão correto para relatórios sem selo editorial).*

SCHALL JR., M. C.; CHEN, P. Evidence-based Strategies for Improving Occupational Safety and Health Among Teleworkers During and After the Coronavirus Pandemic. **Hum Factors.**, v. 64, n. 8, p. 1404–1411, 2022.

SILVA, L. M. M. da; TAKESHITA, L. M. A. O teletrabalho e o direito à desconexão no home office em tempos de pandemia. **Revista De Direito Sanitário**, v. 22, n. 2, e0013, 2022.

SOUZA JÚNIOR, A. C. M. **Impactos do teletrabalho na saúde, segurança e bem-estar dos trabalhadores**: uma revisão da literatura científica. 2023. Trabalho de Conclusão de Curso (Residência Médica em Medicina do Trabalho) – Instituto Nacional de Câncer, Rio de

Janeiro, 2023.

VASCONCELOS, A. V. et al. Ergonomia e fisioterapia no ambiente de trabalho: estratégias integradas para prevenção de lesões e promoção da saúde ocupacional. **Revista FT**, v. 27, ed. 125, 2025.

DOI: 10.51161/iv-conasus/85894

USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS POR PESSOAS AUTISTAS: LACUNAS NA LITERATURA CIENTÍFICA E DESAFIOS PARA O CAPS AD

LARISSA GOMES PEREIRA

Introdução: No campo da saúde mental, as políticas públicas brasileiras estruturam o cuidado em liberdade por meio da Rede de Atenção Psicossocial, na qual os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD) constituem dispositivos territoriais estratégicos. Entretanto, pessoas autistas que fazem uso de álcool e outras drogas permanecem pouco visibilizadas na produção científica e nas práticas assistenciais. Sob o paradigma da neurodiversidade, o consumo de substâncias pode estar relacionado ao enfrentamento das exigências do mascaramento social e à busca de autorregulação emocional e sensorial em contextos capacitistas e pouco acessíveis. **Objetivos:** Mapear a produção acadêmica nacional sobre a intersecção entre transtorno do espectro autista, consumo de substâncias psicoativas e atenção assistencial no âmbito dos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas. **Metodologia:** Realizou-se uma revisão exploratória da literatura nas bases Biblioteca Virtual em Saúde, SciELO e Portal de Periódicos CAPES. A estratégia de busca combinou termos relacionados ao autismo, às substâncias psicoativas, à saúde mental e aos serviços de atenção psicossocial, mediante operadores booleanos. Foram considerados elegíveis estudos brasileiros, empíricos ou teóricos, que abordassem conjuntamente pessoas autistas, consumo de álcool ou outras drogas e atuação nesses serviços. **Resultados:** Não foram localizadas, por meio da estratégia de busca empregada, publicações brasileiras que articulassem os três eixos investigados. O resultado evidencia uma lacuna na produção científica nacional e aponta para a ausência de subsídios técnico-assistenciais específicos voltados às particularidades comunicacionais, cognitivas e sensoriais desse público. **Conclusão:** Os achados indicam a necessidade de estudos empíricos e pesquisas aplicadas sobre essa intersecção. Também evidenciam a importância de desenvolver orientações técnicas e processos de educação permanente que contribuam para um cuidado acessível, anticapacitista e orientado para o acolhimento desse público no Sistema Único de Saúde.

Palavras-chave: **NEURODIVERSIDADE; MASCARAMENTO SOCIAL; ACESSIBILIDADE**

DOI: 10.51161/iv-conasus/85898

PRINCIPAIS DESAFIOS NO CONTROLE DO CÂNCER CERVICAL EM MULHERES NA IDADE FÉRTIL: UMA REVISÃO DE LITERATURA

LINDALVA PRISCILA NUNES BRANDÃO; ALICE LIMA MACEDA; JULIA RODRIGUES MARTINS DE FARIA; MILLENE FERNANDES VALOIS COELHO

Introdução: O câncer do colo do útero (CCU) permanece como um importante problema de saúde pública, especialmente em países de baixa e média renda. A doença está diretamente relacionada à infecção persistente pelo Papilomavírus Humano (HPV) e apresenta elevada incidência e mortalidade, apesar da existência de estratégias eficazes de prevenção e rastreamento. Mais recentemente, a literatura científica tem apontado um aumento preocupante na incidência desse câncer entre mulheres em idade fértil. Esse cenário suscita questionamentos acerca da exposição aos fatores de risco, efetividade das estratégias de prevenção e desigualdades no acesso à assistência em saúde. **Objetivo:** Analisar os principais desafios relacionados ao controle do câncer do colo do útero em mulheres em idade fértil, abordando fatores de risco, estratégias de prevenção, métodos de rastreamento e acesso aos serviços de saúde. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, realizada conforme as recomendações do método PRISMA. A busca foi conduzida nas bases de dados PubMed, SciELO e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), incluindo artigos publicados entre 2021 e 2026. Foram identificados 21 estudos, dos quais 11 atenderam aos critérios de elegibilidade e compuseram a amostra final. **Resultados:** Os estudos analisados demonstraram que a persistência da infecção pelo HPV, a baixa cobertura vacinal, a adesão insuficiente ao rastreamento citopatológico e as desigualdades socioeconômicas e regionais constituem os principais desafios para o controle do câncer do colo do útero. Observou-se ainda que mulheres em situação de vulnerabilidade social apresentam maior risco de diagnóstico tardio e piores desfechos clínicos. **Conclusão:** O fortalecimento das ações de Atenção Primária à Saúde, associado à ampliação do acesso à vacinação, rastreamento e educação em saúde, é fundamental para reduzir a incidência e a mortalidade por câncer do colo do útero no Brasil.

Palavras-chave: **CANCER DE COLO DO UTERO; INFECÇÃO PELO HPV; ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

DOI: 10.51161/iv-conasus/85900

DIAGNÓSTICOS TARDIOS, PESQUISAS MAIS INCLUSIVAS E AMPLIAÇÃO DO ACESSO À SAÚDE: COMPREENDENDO O AUMENTO DOS DIAGNÓSTICOS DE AUTISMO NO BRASIL

LARISSA GOMES PEREIRA

Introdução: O aumento dos diagnósticos de transtorno do espectro autista tem sido frequentemente apresentado, nos meios de comunicação e nas redes sociais, como evidência de uma suposta epidemia, de diagnósticos excessivos ou de banalização da condição. Esses discursos, geralmente desprovidos de sustentação empírica, deslegitimam pessoas historicamente marginalizadas e desconsideram que os conhecimentos e critérios diagnósticos foram construídos, predominantemente, a partir da observação de meninos brancos, europeus ou norte-americanos e pertencentes às classes médias. Mulheres, pessoas não binárias, pessoas racializadas e indivíduos de diferentes contextos socioculturais permaneceram sub-representados nas pesquisas e nos serviços de saúde. **Objetivos:** Analisar criticamente a relação entre o crescimento dos diagnósticos, a ampliação do acesso à informação e à saúde e a circulação de discursos desinformativos que questionam a legitimidade das identificações realizadas em populações historicamente negligenciadas. **Metodologia:** Trata-se de um ensaio teórico-reflexivo fundamentado na produção científica sobre desigualdades diagnósticas, gênero, raça, diversidade sociocultural e comunicação em saúde. Foram problematizados os critérios historicamente utilizados para o reconhecimento da condição, a incorporação de referenciais internacionais no contexto brasileiro e os discursos sociais sobre o suposto excesso de diagnósticos. **Resultados:** A análise indica que o crescimento dos diagnósticos não pode ser interpretado isoladamente como aumento da prevalência ou como banalização. Esse fenômeno também está relacionado à ampliação do acesso à informação, à saúde, à formação dos profissionais e ao reconhecimento de apresentações anteriormente invisibilizadas. Verificou-se, ainda, que a utilização de referenciais predominantemente europeus e norte-americanos, nem sempre acompanhada de adequada contextualização cultural, contribuiu para limitar a identificação dos critérios diagnósticos na população brasileira. Narrativas sobre uma suposta epidemia tendem a produzir descrédito, dificultar o acesso a direitos e aprofundar práticas capacitistas. **Conclusão:** É urgente fomentar pesquisas brasileiras que incluam mulheres, pessoas não binárias, populações racializadas e diferentes classes sociais, produzindo dados que subsidiem práticas sensíveis às especificidades culturais, sociais e regionais do desenvolvimento humano no Brasil. O combate à desinformação exige uma comunicação pública comprometida com a diversidade das experiências autistas. Nesse processo, cabe ao Sistema Único de Saúde divulgar informações qualificadas, promover a educação permanente das equipes e ampliar a oferta de vagas para avaliação, diagnóstico e acompanhamento.

Palavras-chave: **EQUIDADE; INTERSECCIONALIDADE; NEURODIVERGÊNCIA**

DOI: 10.51161/iv-conasus/85906

O DIREITO DO IDOSO HOSPITALIZADO À INFORMAÇÃO: PERSPECTIVAS LEGAIS E SOCIAIS

CAROLINA DA SILVA ZELINSKI ROSA; EDUARDA ZELINSKI ROSA

Introdução: O envelhecimento populacional no Brasil é acompanhado pelo aumento de enfermidades crônicas e pela necessidade frequente de hospitalização do público idoso. Embora o Estatuto da Pessoa Idosa garanta a preservação da saúde física, mental e da dignidade, observa-se que as diretrizes legais enfrentam obstáculos práticos no cotidiano hospitalar. Nesse ambiente, ocorrem violações de direitos fundamentais, com destaque para a restrição do acesso à informação sobre tratamentos e rotinas de saúde. **Objetivo:** Analisar os aspectos legais e sociais relacionados ao direito do idoso hospitalizado à informação, identificando os principais desafios enfrentados, os impactos sociais dessa garantia e estratégias institucionais para promover a inclusão comunicacional e a sensibilização na área da saúde. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa exploratória e descritiva, pautada em revisão bibliográfica e análise documental. O arcabouço fundamentou-se na legislação brasileira vigente e em dados oficiais do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, além de publicações e relatórios de saúde pública da Fundação Oswaldo Cruz. **Resultados:** Com 75% dos idosos dependendo exclusivamente do sistema público de saúde, a elevação dos períodos de internação agrava o isolamento familiar, a dependência e o sofrimento psicológico. Identificou-se que as barreiras comunicacionais, a linguagem médica técnica e a exclusão digital figuram como os principais entraves para a efetivação do direito à informação. Em contrapartida, o acesso garantido à comunicação promove benefícios sociais, cognitivos e emocionais, além de cumprir os preceitos de divulgação educativa previstos na legislação sobre o envelhecimento biopsicossocial. **Conclusão:** A superação dos obstáculos informacionais no ambiente hospitalar exige ações integradas entre órgãos governamentais, instituições de saúde e sociedade civil. Destaca-se a relevância de adotar tecnologias da informação e criar grupos de discussão voltados à qualidade de vida e à difusão de direitos, assegurando ao paciente idoso o protagonismo e a dignidade ao longo do processo de internação.

Palavras-chave: **DIREITOS; HOSPITALAR; IDOSO**

DOI: 10.51161/iv-conasus/85909

MASCARAMENTO E SOFRIMENTO PSÍQUICO POR ALTA PERFORMANCE EM PESSOAS AUTISTAS LEVAM AO BURNOUT AUTISTA

LARISSA GOMES PEREIRA

Introdução: Pessoas autistas consideradas de alto funcionamento frequentemente têm suas necessidades de suporte deslegitimadas porque conseguem estudar, trabalhar, estabelecer relações e cumprir determinadas expectativas sociais. Entretanto, essa aparente adaptação pode ser sustentada por mascaramento social, perfeccionismo, hipervigilância constante e esforço elevado para controlar comportamentos, esconder desconfortos e reproduzir padrões neurotípicos. A discrepância entre o desempenho socialmente apresentado e as dificuldades comunicacionais, executivas, emocionais e sensoriais favorece formas menos reconhecidas de capacitismo, uma vez que o sofrimento é invalidado justamente porque a pessoa consegue performar funcionalidade. **Objetivos:** Analisar a relação entre mascaramento social, expectativas elevadas de desempenho, capacitismo e sofrimento psíquico em pessoas autistas adultas cujas necessidades de suporte são ocultadas por alta performace. **Metodologia:** Trata-se de um ensaio teórico-reflexivo fundamentado na produção científica sobre deficiência, mascaramento social, perfeccionismo, sofrimento psíquico e esgotamento (burnout autista), articulada à minha experiência clínica no acompanhamento psicológico de pessoas autistas adultas. A reflexão priorizou situações recorrentes da prática clínica. **Resultados:** A análise indica que a capacidade de corresponder externamente às expectativas sociais não representa ausência de deficiência ou de necessidade de suporte. A manutenção dessa performance aparece associada ao monitoramento permanente do próprio comportamento, à supressão de necessidades, à antecipação de possíveis reprovações e, em alguns casos, ao uso de substâncias como recurso de desinibição, autorregulação ou enfrentamento. Essa dinâmica pode contribuir para perfeccionismo, ansiedade, ansiedade social, depressão, sintomas pós-traumáticos e obsessivo-compulsivos. A exposição prolongada à sobrecarga e a ausência de adaptações também podem culminar em burnout autista, redução temporária ou prolongada de habilidades e aumento da necessidade de suporte. **Conclusão:** Reconhecer a deficiência para além da aparência de funcionalidade é fundamental para combater o capacitismo e garantir cuidado equitativo. Serviços e profissionais devem investigar o custo subjetivo da adaptação, compreender o mascaramento como estratégia desenvolvida em contextos pouco acessíveis e oferecer suporte antes que a pessoa alcance estados graves de esgotamento. A inclusão exige reduzir barreiras e expectativas incompatíveis com as capacidades individuais, e não condicionar o reconhecimento da deficiência apenas à incapacidade de performar, é preciso analisar os custo psicoemocionais dos que performam neurotipiciadade sendo neurodivergentes.

Palavras-chave: **CAPACITISMO; MASKING; ESGOTAMENTO**

DOI: 10.51161/iv-conasus/85912

INDICADORES ASSISTENCIAIS COMO FERRAMENTAS PARA A MELHORIA DA QUALIDADE DO CUIDADO

LEILA SANTOS OLIVEIRA TAVARES; ROSIVAN TAVARES DOS SANTOS

Introdução: O processo de gerenciamento por indicadores assistenciais são importantes processos de gestão, avaliação e mensuração da qualidade dos serviços de saúde, possibilitando o acompanhamento sistêmico dos processos de trabalho e os resultados relacionados a assistência prestada. Por meio da análise de dados, é possível identificar fragilidades, monitorar o desempenho das equipes, reconhecer não conformidades e implementar estratégias de melhoria contínua. Nos serviços de urgência e emergência, caracterizados pela alta demanda, complexidade e necessidade de respostas rápidas, o acompanhamento de indicadores torna-se fundamental para subsidiar a tomada de decisão e promover uma assistência segura, eficiente e centrada nas necessidades dos usuários. **Objetivo:** Descrever a cerca da utilização de indicadores assistenciais como ferramentas para o monitoramento dos processos de trabalho e a melhoria da qualidade do cuidado em um serviço de urgência e emergência. **Relato de experiência:** A partir do acompanhamento sistêmico dos indicadores assistenciais relacionados à qualidade e à segurança do cuidado prestado. Foram observados processos de coleta, organização, analise e discussão dos dados junto a equipe assistencial, possibilitando a identificação de oportunidades de melhorias nos processos assistenciais. A avaliação do indicadores concedeu a oportunidade de reconhecer as fragilidade relacionadas ao fluxo assistencial, ao seguimento dos protocolos, à continuidade da assistência e a adesão as praticas de segurança do paciente. Com base nos resultados encontrados, foram discutidas estratégias de intervenções, orientações as equipes assistenciais e acompanhamento dos processos. Sendo ainda evidenciado que o monitoramento contínuo dos indicadores favorece a tomada de decisão baseada em evidências e fortalece a corresponsabilização dos profissionais pela qualidade do cuidado. **Conclusão:** Os indicadores assistenciais são ferramentas essenciais para o acompanhamento e a qualificação dos processos de trabalho, o que contribui para a identificação de fragilidades, o planejamento de intervenções e a melhoria contínua da assistência. Sua utilização sistemática fortalece a gestão da qualidade, promove maior segurança ao paciente e favorece a construção de uma cultura organizacional orientada para resultados e para a excelência do cuidado.

Palavras-chave: **INDICADORES; ASSISTÊNCIA; QUALIDADE DO CUIDADO**

DOI: 10.51161/iv-conasus/85913

A EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA COMO ESTRATÉGIA DE FORTALECIMENTO DA PROMOÇÃO DA SAÚDE DA PESSOA IDOSA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

SARAH KATARINA ALVES LIMA; STELA DE ALMEIDA GOMES; EDINILZA DA SILVA MACHADO MEDEIROS

Introdução: O envelhecimento populacional brasileira demanda estratégias de promoção da saúde que favoreçam a qualidade de vida e a autonomia da pessoa idosa. Nesse cenário, a extensão universitária, articulada ao ensino e à pesquisa, fortalece a integração entre universidade, serviços de saúde e comunidade, contribuindo para a formação de profissionais alinhados aos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). **Objetivo:** Relatar a experiência de acadêmicos do terceiro semestre de Medicina na implementação de oficinas de estimulação cognitiva e motora para pessoas idosas, evidenciando as contribuições da extensão universitária para a promoção da saúde e a integração ensino-serviço-comunidade. **Relato de experiência:** Foram realizadas oficinas semanalmente por graduandos de Medicina em um programa municipal, envolvendo mais de 100 pessoas idosas. As atividades incluíram exercícios de memória, atenção, interação social, coordenação motora, equilíbrio e prevenção de quedas, favorecendo a manutenção das capacidades cognitivas e funcionais, além da convivência e da autonomia dos participantes. A inserção dos estudantes no território possibilitou a articulação entre teoria e prática, ampliando a compreensão sobre o processo de envelhecimento, o cuidado integral e os determinantes sociais da saúde. A experiência também fortaleceu a aproximação entre universidade, serviços de saúde e comunidade, promovendo a ressignificação dos conhecimentos acadêmicos a partir das necessidades locais e reafirmando a extensão universitária como eixo integrador do ensino e da pesquisa. **Conclusão:** A experiência evidenciou que ações de promoção da saúde baseadas na estimulação cognitiva e motora contribuem para o envelhecimento saudável, fortalecem a autonomia da pessoa idosa e ampliam o vínculo com os serviços de saúde. Além disso, reforçou o papel da extensão universitária na formação de profissionais mais críticos, sensíveis e comprometidos com a integralidade do cuidado, a participação social e os princípios do SUS.

Palavras-chave: **EDUCAÇÃO EM SAÚDE; ENVELHECIMENTO ATIVO; INTERPROFISSIONALIDADE**

DOI: 10.51161/iv-conasus/85916

MATERIAIS EDUCATIVOS IMPRESSOS COMO ESTRATÉGIA DE EDUCAÇÃO ALIMENTAR E NUTRICIONAL EM GRUPO DE ATIVIDADE FÍSICA PARA IDOSOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

ANA CLAUDIA PRACHTHAUSER WOLF; MARIANA LUIZA DOS SANTOS;

Introdução: A Educação Alimentar e Nutricional (EAN) é uma estratégia fundamental do Sistema Único de Saúde SUS para a promoção da alimentação adequada e saudável. Materiais educativos impressos constituem uma ferramenta relevante para a população idosa, que frequentemente apresenta menor familiaridade com recursos digitais e desafios cognitivos e visuais na compreensão de informações em saúde. O uso de imagens ilustrativas potencializa a compreensão, tornando os conteúdos mais acessíveis. Grupos de atividade física na Atenção Primária oferecem espaço privilegiado para a integração entre prática corporal e EAN, potencializando a adoção de hábitos saudáveis. **Objetivo:** Relatar a experiência de elaboração e utilização de recursos educativos impressos em ações de EAN integradas a um grupo de atividade física para idosos em uma UBSF. **Relato da Experiência:** A ação foi desenvolvida no primeiro semestre de 2026 em uma UBSF de Joinville/SC. Os materiais incluíram folhetos ilustrativos, guias práticos e cartilhas temáticas sobre alimentação adequada, aproveitamento integral dos alimentos, hidratação, consumo proteico, redução do consumo de sal e açúcar, cálcio e vitamina D para saúde óssea e leitura de rótulos alimentícios. Esses recursos foram adaptados ao público idoso, com linguagem acessível, fonte ampliada e imagens ilustrativas dos alimentos e práticas recomendadas, facilitando a compreensão visual. A escolha pelo formato impresso deve-se à necessidade de um recurso concreto que os idosos pudessem manusear e manter em casa como referência cotidiana, dada a limitação de acesso a meios digitais nessa faixa etária. Foram oito encontros ao longo de quatro semanas, às segundas e quartas-feiras, das 7h às 8h, com aproximadamente 30 idosos. A atividade física era conduzida pelo educador físico da UBSF e, ao término de cada sessão, eram realizados momentos de EAN por meio de rodas de conversa sobre alimentação, com distribuição dos impressos. Observou-se bom engajamento, com relatos informais de mudanças alimentares e maior interesse nas temáticas abordadas. **Conclusão:** A experiência evidenciou que os recursos educativos impressos são uma estratégia viável e promissora para a EAN com idosos no SUS, especialmente quando integrados a grupos de atividade física e aliados a recursos visuais que favorecem a compreensão, ampliando o alcance e a apropriação dos conteúdos.

Palavras-chave: **EDUCAÇÃO ALIMENTAR E NUTRICIONAL; IDOSO; MATERIAL EDUCATIVO E DIVULGAÇÃO**

DOI: 10.51161/iv-conasus/85921

TIRZEPATIDA COMO ESTRATÉGIA DE PREVENÇÃO CARDIOVASCULAR EM PACIENTES COM OBESIDADE: PERSPECTIVAS PARA O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

JAQUISON PEREIRA NECO FILHO; LÍVIA RODRIGUES DE SOUZA LIMA; JOÃO VICTOR DE RESENDE GOIS; ARTHUR DE LIMA GOMES; THIAGO MARQUES DA SILVA NEVES; MARIA EVILLY DE ANDRADE RODRIGUES; MARIA BEATRIZ COELHO FONSÊCA

Introdução: A obesidade é um fator de risco independente e modificável para doenças cardiovasculares, gerando elevado impacto na morbimortalidade da população e nos custos do Sistema Único de Saúde (SUS). A tirzepatida, um agonista duplo dos receptores de polipeptídeo inibitório gástrico (GIP) e peptídeo 1 semelhante ao glucagon (GLP-1), atua de forma sinérgica na regulação do apetite e no metabolismo energético, despontando não apenas para o manejo ponderal, mas também para a proteção cardiometabólica. **Objetivo:** Analisar as perspectivas e os desafios da potencial incorporação da tirzepatida no SUS como estratégia de prevenção cardiovascular em pacientes com obesidade. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão narrativa da literatura. A busca foi realizada nas bases PubMed, LILACS e SciELO, utilizando os descritores "Tirzepatide", "Obesity", "Cardiovascular Diseases" e "Unified Health System". Incluíram-se ensaios clínicos, revisões sistemáticas e estudos farmacoeconômicos publicados nos últimos cinco anos. **Resultados:** Evidências recentes demonstram que o uso da tirzepatida promove redução de até 20% do peso corporal inicial, além de quedas significativas na pressão arterial, nos níveis de triglicerídeos e de marcadores inflamatórios. Na realidade do SUS, o controle agressivo da obesidade reduz diretamente o risco de eventos agudos, como infarto agudo do miocárdio e acidente vascular cerebral. O principal desafio para a implementação da droga, contudo, é o impacto orçamentário. O processo de avaliação pela CONITEC exige a comprovação de que o alto investimento inicial no fármaco pode ser amortizado a longo prazo pela diminuição de internações, intervenções de alta complexidade, como cateterismos e cirurgias bariátricas e tratamento de sequelas crônicas. Além disso, a dispensação demandaria a criação de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) extremamente restritos, priorizando os pacientes de mais alto risco cardiovascular. **Conclusão:** A tirzepatida representa uma quebra de paradigma na prevenção cardiovascular associada à obesidade. Embora o custo seja um entrave para o sistema público, a elaboração de estratégias de negociação de preços e a adoção de critérios clínicos rigorosos podem tornar sua incorporação uma realidade viável, promovendo saúde preventiva e resguardando a sustentabilidade do SUS.

Palavras-chave: **OBESIDADE; DOENÇAS CARDIOVASCULARES; SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

DOI: 10.51161/iv-conasus/85923

A TELEASSISTÊNCIA COMO INOVAÇÃO EM SAÚDE E TRANSFORMAÇÃO DIGITAL NO CUIDADO À PESSOA IDOSA: RELATO DE PESQUISA OBSERVACIONAL REALIZADA NA CRUZ ROJA DE A CORUÑA, GALÍCIA, ESPANHA (2023–2024)

TELMA PINHEIRO TORRES

RESUMO

O envelhecimento populacional impõe desafios crescentes aos sistemas de saúde, exigindo estratégias inovadoras capazes de promover autonomia, segurança, cuidado contínuo e qualidade de vida às pessoas idosas. Entre essas estratégias, a teleassistência destaca-se como importante ferramenta de transformação digital em saúde, integrando tecnologias de monitoramento remoto, comunicação em tempo real e atuação multiprofissional. Este estudo apresenta os resultados de uma pesquisa observacional, descritiva e qualitativa realizada entre 2023 e 2024 na Cruz Roja de A Coruña, Galícia, Espanha, com o objetivo de analisar o modelo de teleassistência destinado às pessoas idosas residentes em domicílio. Foram observados o funcionamento da central de atendimento, os dispositivos tecnológicos utilizados, os protocolos de monitoramento remoto e a articulação entre profissionais de saúde, assistência social e serviços de emergência. Os resultados evidenciaram que o sistema possibilita atendimento permanente, resposta rápida às intercorrências, acompanhamento contínuo dos usuários e fortalecimento da autonomia funcional, contribuindo para a prevenção de hospitalizações evitáveis e para a permanência segura da pessoa idosa em seu ambiente familiar. Conclui-se que a experiência observada representa uma estratégia relevante de inovação em saúde e transformação digital, podendo subsidiar reflexões sobre a ampliação da atenção domiciliar e da assistência à pessoa idosa no Sistema Único de Saúde (SUS), respeitando as especificidades da realidade brasileira.

Palavras-chave: Teleassistência; Transformação Digital em Saúde; Pessoa Idosa

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional representa um dos maiores desafios para os sistemas de saúde contemporâneos. O aumento da expectativa de vida exige a implementação de estratégias inovadoras capazes de promover autonomia, segurança e cuidado contínuo às pessoas idosas. Nesse cenário, a transformação digital em saúde tem impulsionado o desenvolvimento de modelos assistenciais baseados em teleassistência, monitoramento remoto e integração entre tecnologias digitais e equipes multiprofissionais, favorecendo o cuidado domiciliar e a prevenção de agravos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2021; BRASIL, 2020).

A teleassistência caracteriza-se como uma estratégia de cuidado que combina tecnologias de comunicação, acompanhamento remoto e resposta rápida às necessidades das pessoas idosas, possibilitando maior independência e permanência segura no ambiente domiciliar. No modelo desenvolvido pela Cruz Roja Española, os serviços incluem teleassistência domiciliar e móvel, localização de pessoas, videoatendimento, acompanhamento

DOI: 10.51161/iv-conasus/85928

preventivo e atendimento contínuo durante vinte e quatro horas por dia, com possibilidade de mobilização de familiares, pessoas próximas e serviços de emergência diante de situações de risco. Dessa forma, o uso das tecnologias não se limita ao atendimento de urgências, mas também contribui para o cuidado da saúde, a redução do isolamento social, a manutenção das capacidades funcionais e cognitivas e o fortalecimento da segurança e da autonomia da pessoa idosa (CRUZ ROJA ESPAÑOLA, 2026)

O presente estudo teve como objetivo analisar o modelo de teleassistência desenvolvido pela Cruz Roja de A Coruña, Galícia, Espanha, identificando suas contribuições para a promoção da autonomia da pessoa idosa, prevenção de hospitalizações evitáveis e fortalecimento da atenção integrada à saúde, bem como discutir sua aplicabilidade no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS).

2 MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa observacional, descritiva e qualitativa, realizada entre 2023 e 2024, por meio da observação das práticas assistenciais desenvolvidas pela Cruz Roja de A Coruña. Foram analisados os fluxos de atendimento da central de teleassistência, os mecanismos de monitoramento remoto, a integração entre tecnologias digitais e equipes multiprofissionais e as estratégias de acompanhamento de pessoas idosas residentes em domicílio. As observações foram registradas de forma sistemática, preservando a confidencialidade das informações e sem identificação individual de usuários.

A observação institucional foi realizada por pesquisadora com formação interdisciplinar nas áreas de Biologia e Gestão de Serviços de Saúde, além de especializações em Gerontologia, Saúde Coletiva e Saúde da Família e Práticas Integrativas e Complementares em Saúde. Essa trajetória acadêmica e profissional possibilitou uma análise ampliada do modelo de teleassistência, considerando suas dimensões assistenciais, gerontológicas, tecnológicas, organizacionais e de gestão do cuidado.

Durante a visita técnica ao Serviço de Teleassistência da Cruz Roja de A Coruña, foram observados aspectos relacionados à estrutura e ao funcionamento da central de atendimento, aos recursos tecnológicos utilizados, aos protocolos de acompanhamento, aos mecanismos de resposta às situações de emergência e à articulação entre profissionais, usuários, familiares, cuidadores e serviços da rede de apoio. Também foram analisadas as estratégias adotadas para favorecer a permanência segura da pessoa idosa no domicílio, a prevenção de agravos, a identificação precoce de riscos e a continuidade do cuidado.

As observações foram registradas em diário de campo e posteriormente organizadas em categorias temáticas, contemplando: organização do serviço; tecnologias empregadas; fluxos de atendimento; atuação multiprofissional; monitoramento remoto; segurança da pessoa idosa; prevenção de hospitalizações evitáveis; e possibilidades de adaptação do modelo ao contexto brasileiro. A análise foi conduzida de maneira descritiva e interpretativa, relacionando os elementos observados às diretrizes nacionais e internacionais sobre envelhecimento saudável, saúde digital, teleassistência e cuidado integrado.

A partir da sistematização da experiência, foram identificados elementos considerados relevantes para subsidiar a elaboração de uma proposta de projeto-piloto de teleassistência no Estado de Mato Grosso. Entretanto, a proposição de implantação não constituiu uma intervenção realizada no decorrer deste estudo, mas um desdobramento técnico formulado com base na experiência observacional, na análise documental e na comparação entre o modelo espanhol e as necessidades assistenciais do Sistema Único de Saúde.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Observou-se um sistema de teleassistência disponível 24 (vinte e quatro horas por dia, destinado principalmente às pessoas idosas que vivem sozinhas ou apresentam maior vulnerabilidade social). O serviço utiliza dispositivos instalados nas residências, permitindo que o usuário acione rapidamente a central em situações de emergência, quedas, mal-estar ou necessidade de apoio. Esse funcionamento possibilita uma resposta imediata às necessidades apresentadas e contribui para que a pessoa idosa permaneça em seu ambiente domiciliar com maior segurança, tranquilidade e independência (CRUZ ROJA ESPAÑOLA, 2026).

Após o acionamento, profissionais capacitados realizam o acolhimento inicial e avaliam a situação apresentada, articulando, quando necessário, o encaminhamento para as equipes responsáveis — biólogos, gestores em serviços de saúde, gerontólogos, enfermagem, assistência social, médicos ou serviços de atendimento de urgência, todos essenciais para a realização do cuidado. Além da resposta às intercorrências, o modelo prevê contatos periódicos e acompanhamento contínuo, o que favorece a identificação precoce de riscos e contribui para a permanência segura da pessoa idosa em seu domicílio.

A atuação multiprofissional fortalece a integralidade da assistência, pois permite que diferentes necessidades sejam analisadas de forma conjunta, evitando que o cuidado fique restrito apenas à ocorrência de emergências. A participação de profissionais com formação em saúde, gestão, gerontologia, enfermagem e assistência social amplia a capacidade de avaliação dos riscos e favorece a adoção de condutas compatíveis com as condições apresentadas pela pessoa idosa. Nesse sentido, o cuidado integrado e centrado na pessoa constitui uma das principais recomendações para a promoção do envelhecimento saudável e para a organização de serviços destinados à população idosa (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2021).

A pesquisa evidenciou que a teleassistência fortalece a autonomia, amplia a sensação de segurança dos usuários e de seus familiares e favorece um cuidado mais integrado entre os diferentes serviços de saúde e assistência social. Também foram observados indícios de redução da necessidade de institucionalização e de hospitalizações potencialmente evitáveis, associados ao acompanhamento contínuo e à resposta rápida diante de situações de risco.

A experiência observada demonstra que a teleassistência constitui uma importante ferramenta de inovação em saúde e transformação digital, ao integrar tecnologia, organização dos serviços e cuidado centrado na pessoa. Mais do que um recurso tecnológico, representa um modelo assistencial que amplia o acesso ao cuidado, fortalece a vigilância em saúde e contribui para o envelhecimento com maior independência.

Por meio de dispositivos de comunicação, sensores, equipamentos móveis e sistemas de monitoramento remoto, a pessoa idosa pode solicitar apoio de forma rápida diante de quedas, mal-estar, acidentes domésticos ou outras situações de risco, sem depender permanentemente da presença física de familiares ou cuidadores. Dessa forma, a tecnologia atua como suporte para a realização das atividades cotidianas e para a permanência segura no ambiente domiciliar.

A independência da pessoa idosa não deve ser compreendida somente como a ausência de doenças ou limitações, mas como a possibilidade de continuar tomando decisões, realizando atividades significativas e participando da vida familiar e comunitária. Nesse sentido, a Organização Mundial da Saúde considera que o envelhecimento saudável está relacionado ao desenvolvimento e à manutenção da capacidade funcional necessária para promover o bem-estar na velhice. Essa capacidade resulta da interação entre as condições físicas e mentais do indivíduo e o ambiente em que ele vive. Assim, quando utilizadas de maneira acessível e adequada às necessidades dos usuários, as tecnologias de teleassistência podem transformar o

domicílio em um ambiente mais seguro e favorável à autonomia (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020).

O monitoramento remoto também favorece a identificação precoce de alterações nas condições de saúde e no comportamento habitual da pessoa idosa. Sensores de movimento, detectores de quedas, dispositivos de localização, botões de emergência e equipamentos de acompanhamento de sinais vitais podem emitir alertas para a central de atendimento, permitindo intervenções antes que uma situação se agrave. Esse acompanhamento não significa retirar da pessoa idosa sua liberdade ou submetê-la a uma vigilância excessiva, mas oferecer uma rede de proteção capaz de respeitar suas escolhas e reduzir riscos relacionados à vida independente. A Organização Mundial da Saúde destaca que as tecnologias assistivas podem manter ou melhorar o funcionamento, a segurança e a independência, permitindo que as pessoas idosas permaneçam em suas residências pelo maior tempo possível (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2024).

Embora existam diferenças estruturais entre os sistemas de saúde da Espanha e do Brasil, os princípios observados podem subsidiar o desenvolvimento de estratégias adaptadas ao SUS, especialmente no âmbito da Atenção Primária à Saúde e da atenção domiciliar, respeitando as características epidemiológicas, sociais e organizacionais brasileiras.

Nesse sentido, a partir das experiências acompanhadas na Cruz Roja de A Coruña, propôs-se a elaboração e a implantação de um projeto-piloto de teleassistência voltado à população idosa do município de Cuiabá, Mato Grosso. A proposta prevê, num primeiro momento, a inclusão de territórios com maior concentração de idosos que vivem sozinhos, apresentam limitações funcionais, histórico de quedas, doenças crônicas ou rede de apoio familiar e social reduzida — buscando, assim, adaptar os princípios do modelo espanhol às necessidades epidemiológicas, sociais, territoriais e organizacionais do município.

O projeto-piloto pressupõe a articulação entre a Secretaria Municipal de Saúde de Cuiabá, as unidades de Saúde da Família, as equipes multiprofissionais, o Serviço de Atenção Domiciliar, a rede de urgência e emergência e os serviços de assistência social. Entre as ações previstas estão o cadastramento e a avaliação multidimensional das pessoas idosas, a disponibilização de dispositivos de teleassistência, a estruturação de uma central de monitoramento e a definição de protocolos para o recebimento, a classificação e o atendimento dos alertas emitidos pelos equipamentos.

A proposta também contempla a capacitação dos profissionais responsáveis pelo acompanhamento dos usuários, além da organização dos fluxos de comunicação entre a central de teleassistência, as equipes da Atenção Primária à Saúde, os familiares, os cuidadores, os serviços de assistência social e a rede de emergência. Essa articulação é essencial para que os alertas gerem respostas oportunas e coordenadas — evitando que a tecnologia seja usada de forma isolada, desconectada da rede de atenção já existente.

A implantação foi pensada para acontecer de maneira gradual, começando por uma ou mais unidades de Saúde da Família selecionadas conforme critérios de vulnerabilidade social, demanda assistencial, número de idosos cadastrados e disponibilidade de infraestrutura tecnológica. Ao longo da execução, será importante acompanhar indicadores como o número de pessoas idosas atendidas, a quantidade e a natureza dos alertas emitidos, a ocorrência de quedas, os acionamentos dos serviços de emergência, as internações potencialmente evitáveis, o tempo de resposta das equipes, a adesão dos usuários, a satisfação dos familiares e os custos operacionais da iniciativa.

O acompanhamento desses indicadores permitirá avaliar a efetividade, a viabilidade e a aceitabilidade do projeto, além de identificar limitações e pontos a aprimorar antes de qualquer expansão. Vale destacar que, além dos resultados quantitativos, é importante considerar a percepção das pessoas idosas, dos familiares, dos cuidadores e dos profissionais envolvidos —

sobretudo no que diz respeito à autonomia, à segurança, à facilidade de uso dos dispositivos e à qualidade da resposta oferecida pela rede de atendimento.

Assim, a proposta do projeto-piloto representa um desdobramento prático da experiência observacional vivida na Cruz Roja de A Coruña, indo além do campo teórico ao propor a transferência adaptada desse conhecimento para a realidade brasileira. A iniciativa pode contribuir para a construção de um modelo municipal de teleassistência integrado ao Sistema Único de Saúde, orientado pelos princípios da universalidade, da integralidade, da equidade e da atenção centrada na pessoa idosa.

Uma vez implantado e avaliado, o projeto-piloto poderá ser ampliado progressivamente para outras regiões de Cuiabá. Mais adiante, caso demonstre efetividade assistencial, viabilidade econômica e boa aceitação por parte de usuários e profissionais, essa experiência pode servir de referência para iniciativas semelhantes em outros municípios do estado de Mato Grosso.

4 CONCLUSÃO

A pesquisa observacional realizada na Cruz Roja de A Coruña evidencia que a teleassistência constitui uma estratégia inovadora para qualificar o cuidado à pessoa idosa, promovendo autonomia, segurança, monitoramento contínuo e resposta oportuna às necessidades de saúde. A incorporação de modelos semelhantes, adaptados à realidade brasileira, poderá fortalecer a transformação digital do SUS, contribuir para a prevenção de agravos, reduzir internações evitáveis e ampliar a qualidade de vida da população idosa.

A experiência também deixa claro que a teleassistência só é efetiva quando há integração real entre recursos tecnológicos, equipes multiprofissionais, familiares, cuidadores e os serviços da rede de atenção. Não basta contar com dispositivos de monitoramento, sistemas de comunicação e mecanismos de resposta rápida — esses recursos precisam estar amparados por protocolos bem definidos, profissionais capacitados e um acompanhamento verdadeiramente humanizado. A tecnologia, nesse arranjo, não substitui o cuidado presencial; ela complementa as ações assistenciais, amplia a capacidade de identificar riscos precocemente e favorece a permanência segura da pessoa idosa em seu próprio domicílio.

Por isso, ao pensar na implantação de projetos-piloto de teleassistência no Brasil, é preciso considerar as desigualdades regionais, o acesso à internet, o grau de familiaridade da população idosa com tecnologias digitais, a acessibilidade dos equipamentos e a proteção dos dados pessoais. Articular esse tipo de serviço com a Atenção Primária à Saúde, a atenção domiciliar, a assistência social e os serviços de urgência poderá ajudar a construir um modelo de cuidado mais preventivo, integrado e centrado na pessoa. Dessa forma, a teleassistência se mostra capaz de fortalecer a independência, preservar a dignidade e oferecer mais segurança às pessoas idosas e às redes que as apoiam.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégia de Saúde Digital para o Brasil 2020–2028**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020.

CRUZ ROJA ESPAÑOLA. **Teleasistencia: servicios de teleasistencia y cuidado para las personas**. Madrid: Cruz Roja Española, 2026. Disponível em: https://www2.cruzroja.es/web/teleasistencia. Acesso em: 21 jul. 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Assistive technology**. Geneva: WHO, 2024. Disponível em: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/assistive-technology. Acesso em: 21 jul. 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Decade of healthy ageing: baseline report**. Geneva: World Health Organization, 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global strategy on digital health 2020–2025**. Geneva: WHO, 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Healthy ageing and functional ability**. Geneva: WHO, 2020. Disponível em: https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/healthy-ageing-and-functional-ability. Acesso em: 21 jul. 2026.

ATUAÇÃO FONOAUDIOLÓGICA NA PROMOÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: UMA REVISÃO DA LITERATURA

DÉBORA VITÓRIA BARBOSA MARTINS

RESUMO

O aleitamento materno constitui uma prática fundamental para a promoção da saúde infantil e materna, entretanto, dificuldades relacionadas ao processo de amamentação podem comprometer sua continuidade, tornando necessária a atuação de profissionais capacitados para o acompanhamento da díade mãe-bebê. Nesse contexto, destaca-se a importância da atuação fonoaudiológica na identificação e manejo de alterações relacionadas às funções orofaciais e ao processo de amamentação. O presente estudo tem como objetivo analisar a atuação do fonoaudiólogo na promoção do aleitamento materno no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Trata-se de uma revisão da literatura, de caráter descritivo, realizada por meio da busca de estudos na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), utilizando os descritores "Fonoaudiologia" e "Aleitamento Materno", combinados pelo operador booleano AND. Foram incluídos artigos publicados nos últimos dez anos, disponíveis na íntegra, em língua portuguesa e relacionados à atuação fonoaudiológica em serviços vinculados ao SUS. A seleção dos estudos ocorreu mediante leitura dos títulos, resumos e textos completos, conforme os critérios de elegibilidade estabelecidos. Foram identificados 99 estudos, dos quais 11 foram selecionados para compor a revisão. Os resultados demonstraram que o fonoaudiólogo atua em diferentes níveis de atenção, contribuindo para a avaliação da mamada, manejo das dificuldades, ações educativas e assistência multiprofissional. Contudo, foram identificados desafios relacionados à inserção desse profissional nos serviços de saúde, ao reconhecimento de sua atuação e à necessidade de maior formação específica na área. Conclui-se que a atuação fonoaudiológica apresenta relevância para a promoção e apoio ao aleitamento materno, fortalecendo o cuidado integral à díade mãe-bebê no contexto do SUS.

Palavras-chave: Saúde Materno-Infantil; Promoção da Saúde; Sucção

1 INTRODUÇÃO

O leite materno constitui a principal fonte de nutrientes para o recém-nascido nos primeiros meses de vida, sendo essencial para o crescimento e o desenvolvimento saudável da criança. Segundo o Ministério da Saúde (2015), não há vantagens na introdução de alimentos complementares antes dos seis meses de idade, podendo essa prática acarretar prejuízos à saúde infantil, como aumento do número de hospitalizações por doenças respiratórias, maior risco de desnutrição e redução da absorção de nutrientes. Além dos benefícios para o bebê, o aleitamento materno fortalece o vínculo entre mãe e filho e promove benefícios à saúde materna. Dessa forma, o aleitamento materno configura-se como uma importante estratégia de promoção da saúde e da qualidade de vida da díade mãe-bebê.

Nesse sentido, apesar da reconhecida importância do aleitamento materno, diversas dificuldades podem comprometer sua eficácia e continuidade da amamentação. De acordo com Leite, Mittang e Rosseto (2024), as principais dificuldades enfrentadas pelas mulheres durante o puerpério incluem lesões mamilares, falta de informação e baixa eficiência da sucção do

DOI: 10.51161/iv-conasus/85929

recém-nascido, sendo essas intercorrências mais frequentes entre mães em situação de maior vulnerabilidade socioeconômica. Diante desse cenário, torna-se fundamental a atuação de profissionais capacitados para orientar e acompanhar a díade mãe-bebê desde o pré-natal até o pós-parto, contribuindo para a prevenção, identificação precoce e manejo das dificuldades relacionadas ao aleitamento materno.

Nesse contexto, a atuação multiprofissional é essencial para garantir uma assistência integral à díade mãe-bebê durante o processo de amamentação. Entre os profissionais envolvidos, destaca-se o fonoaudiólogo, que atua na avaliação e promoção das funções orofaciais relacionadas ao aleitamento materno, especialmente da sucção. Esse profissional realiza a avaliação da mamada, a identificação precoce de alterações que possam comprometer esse processo e orienta as famílias, contribuindo para o estabelecimento e a manutenção do aleitamento materno. A atuação fonoaudiológica ocorre em diferentes cenários de assistência à saúde, incluindo instituições públicas e privadas, com participação em equipes multiprofissionais voltadas ao cuidado materno-infantil e ao apoio à amamentação (Gaigher; Fujinaga; Bagarollo, 2025).

No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), essa atuação multiprofissional é fortalecida por meio de políticas e estratégias voltadas à promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno em diferentes níveis de atenção à saúde, abrangendo desde a Atenção Primária à Saúde (APS) até maternidades e outros serviços hospitalares. Essas ações são desenvolvidas de forma articulada entre as esferas federal, estadual e municipal, com o objetivo de integrar e qualificar a assistência materno-infantil. Entre as principais iniciativas destacam-se a Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil, a Iniciativa Hospital Amigo da Criança, o Método Canguru e a Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano, que contribuem para a organização do cuidado à díade mãe-bebê e favorecem a promoção do aleitamento materno (Brasil, 2017).

Diante desse cenário, apesar da existência de diversas estratégias voltadas à promoção e apoio ao aleitamento materno, a atuação fonoaudiológica ainda apresenta desafios relacionados ao seu reconhecimento. Assim, esta pesquisa justifica-se pela necessidade de ampliar a compreensão acerca das contribuições da Fonoaudiologia na promoção do aleitamento materno no âmbito do SUS, reunindo evidências sobre suas práticas e sua importância na assistência integral e melhoria do processo de aleitamento materno. Dessa forma, o presente estudo tem como objetivo analisar a atuação fonoaudiológica na promoção do aleitamento materno no SUS por meio de uma revisão da literatura.

2 MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de uma revisão da literatura, de caráter descritivo, com o objetivo de analisar a atuação fonoaudiológica na promoção do aleitamento materno no âmbito do SUS. A busca dos estudos foi na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), utilizando os descritores “Fonoaudiologia” e “Aleitamento Materno”, combinados pelo operador booleano AND.

Foram incluídos artigos publicados nos últimos dez anos, disponíveis na íntegra, em língua portuguesa e que abordassem a atuação fonoaudiológica relacionada ao aleitamento materno em serviços vinculados ao SUS. Foram excluídos estudos duplicados, artigos que não apresentavam o texto na íntegra, publicações fora do período estabelecido e estudos que não contemplavam a atuação fonoaudiológica no contexto do aleitamento materno.

A seleção dos estudos ocorreu por meio da leitura dos títulos, resumos e textos completos, conforme os critérios de elegibilidade definidos. O processo de identificação, triagem, elegibilidade e inclusão dos estudos foi representado por meio de um fluxograma de seleção. Os artigos selecionados foram organizados em uma tabela para caracterização dos estudos quanto aos autores, ano de publicação, objetivo, tipo de estudo e principais resultados.

DOI: 10.51161/iv-conasus/85929

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Inicialmente, foram identificados 99 estudos na base de dados consultada, utilizando os descritores “Fonoaudiologia” e “Aleitamento Materno”, combinados pelo operador booleano AND. Após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão e da leitura dos títulos, resumos e textos completos, foram selecionados 11 artigos para compor a presente revisão. O processo de seleção dos estudos está apresentado na Figura 1.

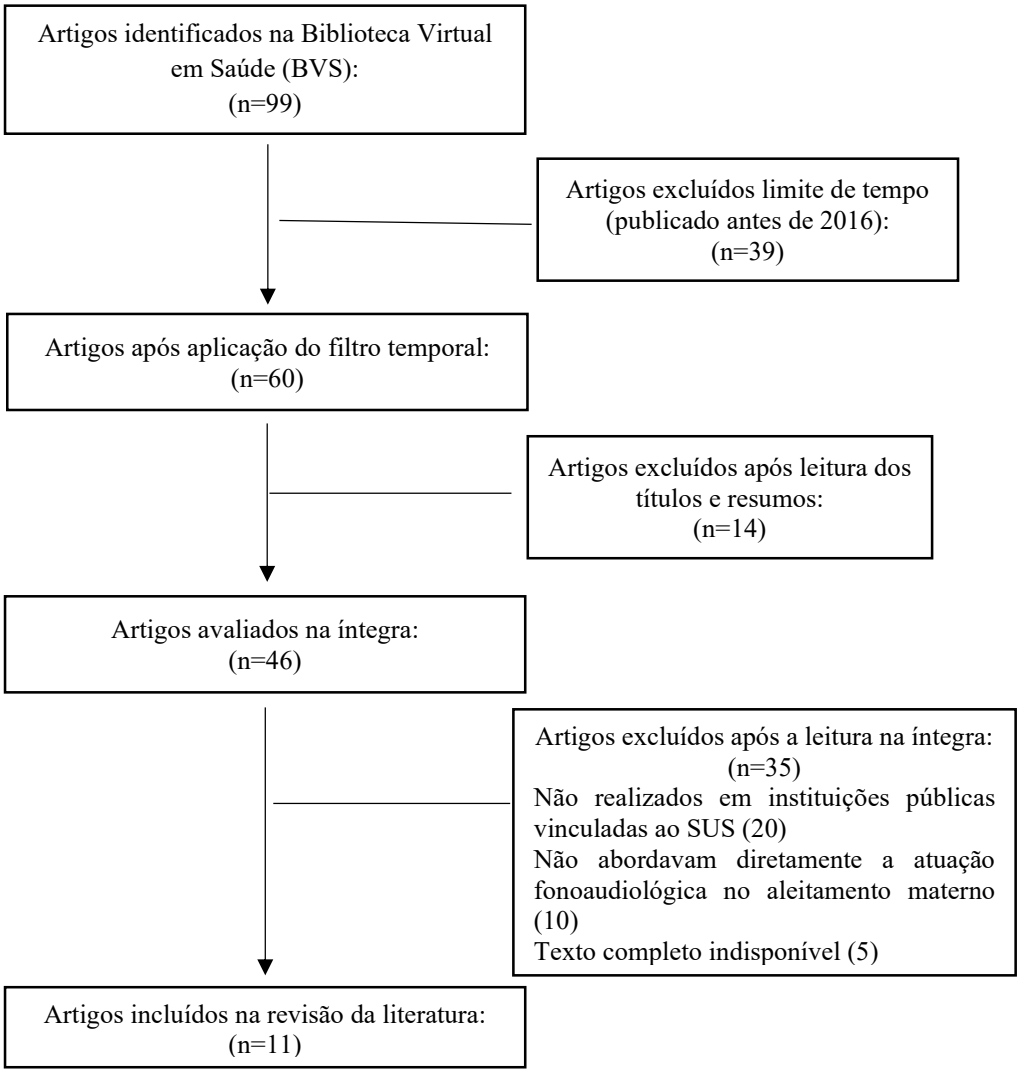


Figura 1: Fluxograma do processo de seleção dos estudos incluídos na revisão de literatura.
Fonte: Elaboração pela autora (2026)

Os estudos selecionados foram caracterizados de acordo com os autores, ano de publicação, objetivos, tipo de estudo e principais resultados relacionados à atuação fonoaudiológica no aleitamento materno, conforme apresentado na Tabela 1.

Tabela 1 – Caracterização dos estudos incluídos na revisão da literatura.

Autores	Ano	Objetivo de estudo	Tipo de estudo	Principais resultados
Basso et al.	2019	Verificar o índice de alta hospitalar em aleitamento materno e descrever a atuação fonoaudiológica no período de	Estudo documental retrospectivo, de abordagem quantitativa.	Observou-se alta taxa de aleitamento na alta fonoaudiológica (86,5%) após implantação do Método Canguru, com favorecimento

		implantação do Método Canguru		da coordenação sucção-deglutição-respiração e transição para via oral exclusiva.
Feitosa; Silva	2022	Descrever as possibilidades de atuação fonoaudiológica em um Banco de Leite Humano.	Estudo de abordagem qualitativa descritiva do tipo relato de experiência.	Evidenciou a atuação fonoaudiológica em Banco de Leite Humano, com destaque para manejo das dificuldades de amamentação, avaliação do frênulo lingual, alterações de sucção, pega inadequada e engasgos.
Frois; Mangilli	2021	Apresentar um protocolo clínico e um sistema de medição de indicadores para monitorar a qualidade da assistência fonoaudiológica em aleitamento materno no alojamento conjunto.	Estudo descritivo.	Apresentou o Protocolo Fonoaudiológico de Assistência à Saúde Materno-Infantil (PASMI), destacando a importância da atuação sistematizada e integrada na promoção do aleitamento materno.
Fujinaga et al.	2017	Avaliar o frênulo da língua em bebês recém-nascidos a termo e verificar a sua associação com o aleitamento materno.	Estudo descritivo exploratório, de caráter transversal.	Identificou baixa prevalência de alteração de frênulo lingual (0,8%) e ocorrência de dificuldades na mamada (40,5%), reforçando a importância da avaliação fonoaudiológica global da amamentação.
Gaigher; Fujinaga; Bagarollo	2025	Investigar a formação e as vivências da Fonoaudiologia em aleitamento materno no país.	Estudo descritivo, com abordagem qualitativa.	Demonstrou que a formação prática em aleitamento materno esteve relacionada aos serviços do SUS e à pós-graduação, evidenciando barreiras como busca tardia pelo profissional e desconhecimento multiprofissional.
Jesus et al.	2020	Determinar os índices de aleitamento materno (na alta e pós-alta), analisar o desenvolvimento neuropsicomotor e indicar a taxa de encaminhamento para reabilitação de prematuros atendidos pela fonoaudiologia.	Estudo documental retrospectivo.	A intervenção fonoaudiológica hospitalar e ambulatorial contribuiu para a manutenção do aleitamento e acompanhamento do desenvolvimento de prematuros, com baixa necessidade de reabilitação.
Madruga et al.	2020	Caracterizar as orientações sobre aleitamento materno e investigar fatores que influenciam o aleitamento	Estudo transversal observacional descritivo.	Evidenciou baixa participação fonoaudiológica nas orientações sobre aleitamento materno, com

		materno exclusivo e o uso da chupeta e da mamadeira.		predomínio da atuação de outros profissionais da saúde no aconselhamento às mães.
Medeiros et al.	2025	Investigar a visão de puérperas sobre mitos envolvendo o aleitamento materno e aspectos fonoaudiológicos, além de avaliar a aceitabilidade de orientações sobre essas temáticas.	Estudo de caráter transversal, analítico e exploratório.	Identificou bom conhecimento materno sobre aspectos fonoaudiológicos relacionados à amamentação e elevada aceitação das orientações fornecidas pelo profissional.
Medeiros et al.	2017	Investigar a situação do aleitamento materno, considerando o tempo de vida do RN e intervenção fonoaudiológica, em uma maternidade pública de alto risco.	Estudo longitudinal prospectivo.	A intervenção fonoaudiológica precoce promoveu melhora da pega, posicionamento mãe-bebê e redução de intercorrências durante o aleitamento.
Silva; Peixoto	2021	Descrever as estratégias utilizadas em uma Unidade Básica de Saúde para o incentivo e apoio ao aleitamento materno.	Relato de experiência.	O acompanhamento em Unidade de Saúde da Família favoreceu o incentivo ao aleitamento, identificação de alterações do frênulo lingual e manejo das dificuldades no puerpério.
Souza et al.	2025	Descrever a abordagem interdisciplinar realizada em lactente com diagnóstico de anquiloglossia.	Relato de caso.	A abordagem multiprofissional no caso de anquiloglossia possibilitou diagnóstico e intervenção precoces, favorecendo a manutenção do aleitamento materno.

Fonte: Elaborado pela autora.

A partir da análise dos estudos, verificou-se que a atuação fonoaudiológica no âmbito do SUS ocorre em diferentes momentos da assistência materno-infantil, abrangendo o pré-natal, o pós-parto e o acompanhamento do recém-nascido. Para que essa assistência seja realizada de forma sistematizada e baseada em evidências científicas, destaca-se a importância da utilização de protocolos validados, capazes de padronizar a avaliação e as condutas fonoaudiológicas (Frois; Mangilli, 2021). Além disso, o acompanhamento fonoaudiológico contínuo, desde a internação hospitalar até o seguimento ambulatorial, contribui para a manutenção do aleitamento materno e para melhores desfechos no desenvolvimento do recém-nascido, evidenciando a importância da continuidade do cuidado (Jesus et al., 2020).

Entre as principais intervenções realizadas estão a avaliação da mamada, da pega, do posicionamento da díade mãe-bebê e o manejo das dificuldades relacionadas à sucção. Essas intervenções são desenvolvidas tanto em ações assistenciais quanto educativas, ampliando o cuidado prestado à díade mãe-bebê. Além da assistência clínica, o fonoaudiólogo também pode atuar por meio de ações de educação em saúde, especialmente na APS, oferecendo orientações durante o pré-natal e o puerpério. Estudos demonstram que o acompanhamento fonoaudiológico favorece o estabelecimento e a manutenção do aleitamento materno, enquanto

as orientações ofertadas às gestantes e puérperas apresentam elevada aceitabilidade e potencial para fortalecer essa prática (Medeiros et al., 2017; Medeiros et al., 2025; Silva; Peixoto, 2021).

As pesquisas incluídas evidenciaram que a atuação fonoaudiológica nos serviços vinculados ao SUS está presente em diferentes cenários de assistência materno-infantil. No ambiente hospitalar, Basso et al. (2019) demonstraram que a inserção da Fonoaudiologia durante a implantação do Método Canguru contribuiu para elevados índices de alta hospitalar com aleitamento materno seguro e eficiente. Além disso, Feitosa e Silva (2022) destacaram a atuação do fonoaudiólogo nos Bancos de Leite Humano, especialmente na assistência às nutrizes com dificuldades relacionadas à amamentação. Nesse contexto, o profissional atua de forma integrada à equipe multiprofissional, oferecendo orientações sobre a pega, sucção, posicionamento da díade mãe-bebê e outros fatores que podem interferir no sucesso do aleitamento materno.

Outro aspecto evidenciado pelos estudos foi a importância da atuação multiprofissional para o manejo das dificuldades relacionadas ao aleitamento materno. A avaliação fonoaudiológica pode identificar alterações nas funções orofaciais e, quando necessário, indicar o encaminhamento para outros profissionais, favorecendo uma assistência integral à díade mãe-bebê. Nesse contexto, Souza et al. (2025) demonstraram que a atuação integrada entre Fonoaudiologia e Odontologia possibilitou o diagnóstico precoce da anquiloglossia e a intervenção adequada, contribuindo para a manutenção do aleitamento materno. Entretanto, Fujinaga et al. (2017) observaram que a presença de alterações no frênulo lingual nem sempre está associada às dificuldades na amamentação, reforçando a necessidade de uma avaliação fonoaudiológica global da mamada antes da indicação de outras intervenções.

Contudo, apesar das contribuições da Fonoaudiologia para a promoção do aleitamento materno, os estudos analisados evidenciaram desafios que ainda limitam a inserção desse profissional nos serviços de saúde. Madruga et al. (2020) observaram baixa participação do fonoaudiólogo nas orientações realizadas durante o pré-natal e discreta atuação no pós-parto imediato, indicando a necessidade de ampliar sua inserção em ações de promoção e prevenção em saúde ao longo da gestação e do puerpério.

Além disso, Gaigher et al. (2025) relataram que muitos profissionais consideram insuficiente a formação recebida durante a graduação para a prática clínica em aleitamento materno. O estudo também evidenciou que o encaminhamento das mães e dos recém-nascidos para avaliação fonoaudiológica frequentemente ocorre de forma tardia, após a busca por outros profissionais, o que pode retardar a identificação e o manejo das dificuldades relacionadas à amamentação. Esses achados reforçam a necessidade de fortalecer a inserção do fonoaudiólogo nos diferentes níveis de atenção à saúde, ampliando sua participação nas ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno.

4 CONCLUSÃO

Conclui-se que o objetivo proposto foi alcançado, evidenciando a importância da atuação fonoaudiológica na promoção do aleitamento materno no contexto do SUS. Os estudos demonstraram que o fonoaudiólogo exerce papel relevante na avaliação da mamada, no manejo das dificuldades, nas ações de educação em saúde e na atuação multiprofissional, contribuindo para um cuidado mais seguro e integral à díade mãe-bebê. Entretanto, permanecem desafios relacionados à ampliação da inserção desse profissional nos serviços de saúde e ao fortalecimento de seu reconhecimento na assistência ao aleitamento materno. Como limitação deste estudo, destaca-se a busca realizada em apenas uma base de dados. Dessa forma, sugere-se a realização de novas pesquisas que ampliem as evidências sobre a atuação fonoaudiológica no SUS, especialmente nos diferentes níveis de atenção à saúde.

DOI: 10.51161/iv-conasus/85929

REFERÊNCIAS

BASSO, C. S. D.; ARROYO, M. A. S.; SAES, M. A. B. F.; BEANI, L.; MAIA, A. B.; LOURENÇÃO, L. G. Índice de aleitamento materno e atuação fonoaudiológica no Método Canguru. **Revista CEFAC**, Campinas, v. 21, n. 5, e11719, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Bases para a discussão da Política Nacional de Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

FEITOSA, A. L. F.; SILVA, M. G. P. Banco de leite humano: possibilidades de atuação fonoaudiológicas. **Distúrbios da comunicação**, São Paulo, v. 34, n. 1, e51934, 2022.

FROIS, C. A.; MANGILLI, L. D. Apresentação de um protocolo clínico direcionado ao aleitamento materno no alojamento conjunto. **Audiology - Communication Research**, São Paulo, v. 26, e2389, 2021.

FUJINAGA, C. I.; CHAVES, J. C.; KARKOW, I. K.; KLOSSOWSKI, D. G.; SILVA, F. R.; RODRIGUES, A. H. Frênulo lingual e aleitamento materno: estudo descritivo. **Audiology - Communication Research**, São Paulo, v. 22, e1762, 2017.

GAIGHER, M. S. F.; FUJINAGA, C. I.; BAGAROLLO, M. F. Formação e vivências da fonoaudiologia no aleitamento materno: um estudo descritivo. **Audiology - Communication Research**, São Paulo, v. 30, e2958, 2025.

JESUS, L. M. R.; BASSO, C. S. D.; CASTIGLIONI, L. MONSERRAT, A. L.; ARROYO, M. A. S. Acompanhamento fonoaudiológico de crianças nascidas pré-termo: desempenho alimentar e neuropsicomotor. **Revista CEFAC**, Campinas, v. 22, n. 4, e15119, 2020.

MADRUGA, T. F. L.; MILLIONS, F. A.; FURLAN, R. M. M. M.; FRICHE, A. A. L.; MOTTA, A. R. Caracterização das orientações sobre aleitamento materno recebidas por gestantes e puérperas na cidade de Belo Horizonte. **Distúrbios da comunicação**, São Paulo, v. 32, n. 4, p. 615-625, 2020.

MEDEIROS, A. M. C.; SANTOS, J. C. J.; SANTOS, D. A. R.; BARRETO, I. D. C.; ALVES, Y. V. T. Acompanhamento fonoaudiológico de aleitamento materno em recém-nascidos nas primeiras horas de vida. **Audiology - Communication Research**, São Paulo, v. 22, e1856, 2017.

MEDEIROS, A. M.; FREITAS, C. A. N.; MATOS, A. L. S.; SOUZA, L. V.; SANTOS, M. L. S.; BARRETO, I. D. C.; ASSIS, H. S.; LOPES, A. S. A. Mitos sobre aleitamento materno e fonoaudiologia: visão de puérperas e aceitação das orientações realizadas pela equipe de saúde. **Revista CEFAC**, Campinas, v. 27, n. 3, e6324, 2025.

SILVA, L. M. M.; PEIXOTO, M. V. S. Estratégias para promoção e incentivo ao aleitamento materno na atenção básica de saúde: experiência de uma residência multiprofissional em saúde da família. **Distúrbios da comunicação**, São Paulo, v. 33, n. 4, p. 793-799, 2021.

SOUZA, L. C.; CORTELETI, J. F.; IMPARATO, J. C. P.; GOMES, A. P. M. Abordagem multiprofissional em lactente com anquiloglossia: relato de caso. **International Journal Of Science Dentistry**, Niterói, v. 2, n. 70, p. 41-53, 2025.

TELESSAÚDE NO SUS E A REDUÇÃO DAS DESIGUALDADES NO ACESSO À SAÚDE NO BRASIL

LUMA FERREIRA CARVALHO; GABRIELLE ASSIS FARIA; MARIANA ELIUD FELD RAINE SANTOS DE OLIVEIRA; TAYLA VALESKA ALVES MATIAS; HUGO MENDONÇA LIMA; MARIANA SENTO SÉ REIS

Introdução: O acesso universal aos serviços de saúde constitui um dos princípios fundamentais do Sistema Único de Saúde (SUS). Contudo, desigualdades territoriais, socioeconômicas e tecnológicas ainda limitam a efetivação desse direito, sobretudo entre populações vulneráveis e residentes em áreas remotas. Nesse cenário, a Telessaúde apresenta-se como estratégia capaz de reduzir barreiras geográficas, apoiar profissionais e ampliar a oferta de cuidados. Assim, torna-se pertinente examinar sua contribuição para a equidade no acesso aos serviços do SUS. **Objetivo:** Analisar a contribuição da Telessaúde para a redução das desigualdades no acesso à saúde no Brasil, destacando avanços, limitações e repercussões sobre a equidade assistencial no SUS. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão integrativa da literatura realizada nas bases PubMed, SciELO e documentos oficiais disponíveis em repositórios do Ministério da Saúde. Foram utilizados os descritores (DeCS/MeSH): "Telessaúde", "Acesso aos Serviços de Saúde", "Equidade em Saúde", combinados pelo operador booleano "AND". Incluíram-se artigos originais e documentos oficiais publicados entre 2020 e maio de 2026, nos idiomas português e inglês, disponíveis na íntegra. Excluíram-se publicações duplicadas, textos de opinião e estudos sem relação com o SUS. Após a seleção, foram incluídos sete estudos. **Resultados:** A literatura demonstra que a Telessaúde favorece a ampliação do acesso aos serviços de saúde no âmbito do SUS, sobretudo em regiões remotas e populações vulneráveis. Entre os principais benefícios observados estão a redução das barreiras geográficas, fortalecimento da Atenção Primária à Saúde, aumento da resolutividade dos atendimentos, diminuição de encaminhamentos evitáveis, apoio à educação permanente dos profissionais e utilização das tecnologias digitais. Entretanto, limitações relacionadas à conectividade, à disponibilidade de equipamentos, à alfabetização digital, à capacitação das equipes e à continuidade do financiamento dificultam sua implementação equitativa. Observou-se, ainda, que a exclusão digital pode reproduzir ou aprofundar desigualdades preexistentes quando não são adotadas medidas de inclusão. **Conclusão:** A Telessaúde é uma ferramenta relevante que reduz as disparidades de acesso ao sistema de saúde brasileiro e fortalece a equidade e integralidade no SUS. Seus benefícios, contudo, dependem da garantia de infraestrutura, inclusão digital, qualificação profissional, financiamento contínuo e integração das tecnologias aos níveis de atenção, acompanhadas de estratégias que assegurem sua expansão.

Palavras-chave: **ACESSO À SAÚDE; EQUIDADE EM SAÚDE; TELESSAÚDE**

DOI: 10.51161/iv-conasus/85931

PROJETO PILOTO DE MONITORAMENTO DOS INDICADORES NO COFINANCIAMENTO FEDERAL DA APS DE BRASILÉIA

ESTEFANY ROCHA DIAS; SAMAYRA NOGUEIRA DA SILVA

Introdução: A utilização estratégica das informações em saúde é fundamental para o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS), especialmente diante das novas diretrizes de financiamento e da necessidade de monitorar indicadores de desempenho que subsidiem a tomada de decisão. Entretanto, a dificuldade em transformar os dados produzidos pelo e-SUS APS em informações gerenciais limita o planejamento das equipes e a qualificação da assistência. **Objetivo:** Relatar a experiência de desenvolvimento e implementação do **APS Monitor**, uma ferramenta tecnológica criada para automatizar o monitoramento de indicadores estratégicos da APS, apoiar a gestão baseada em evidências e qualificar o processo de trabalho das equipes de saúde. **Relato de experiência:** A ferramenta foi desenvolvida a partir de um projeto piloto de monitoramento dos indicadores da APS, utilizando dados exportados do e-SUS APS para gerar painéis gerenciais, identificar usuários com pendências assistenciais e subsidiar ações de busca ativa. O APS Monitor foi estruturado para realizar a importação e o processamento automatizado das bases de dados, disponibilizando indicadores estratégicos, relatórios gerenciais e informações em tempo oportuno para gestores e profissionais de saúde. Sua utilização favoreceu a organização do processo de trabalho, a identificação de fragilidades assistenciais, o acompanhamento contínuo dos indicadores, o planejamento das intervenções e o fortalecimento da cultura de monitoramento e avaliação. Além disso, proporcionou maior agilidade na análise das informações, ampliando o uso dos dados como instrumento de gestão e contribuindo para a melhoria da qualidade da assistência prestada à população. **Conclusão:** A experiência demonstrou que o APS Monitor constitui uma estratégia inovadora, de baixo custo e elevada aplicabilidade para o monitoramento dos indicadores da Atenção Primária à Saúde. A ferramenta fortalece a gestão baseada em evidências, otimiza o planejamento das ações, qualifica o acompanhamento dos indicadores estratégicos e apresenta elevado potencial de replicação em diferentes realidades do Sistema Único de Saúde, contribuindo para o aprimoramento da gestão e da assistência.

Palavras-chave: **ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE; INOVAÇÃO TECNOLÓGICA; GESTÃO DE INDICADORES**

DOI: 10.51161/iv-conasus/85934

DESERTOS E PÂNTANOS ALIMENTARES COMO DETERMINANTES DA OBESIDADE INFANTIL: REVISÃO DE LITERATURA

ISABELLA MENDONÇA PIRES DA SILVA; IANDRA LAGE SILVA; ISABELA VICTÓRIA ANASTÁCIO DE SOUSA; JULIA KATHLEEN VIANA EVA; KAREM MOURA MONTEZUMA; MAXWELL SILVA DE AZARA; EUNICE DA SILVA BARROS

RESUMO

A obesidade infantil constitui um problema de saúde pública crescente, relacionado a fatores genéticos, ambientais e sociais. Entre os fatores ambientais, destacam-se os desertos alimentares, caracterizados pelo acesso limitado a alimentos in natura e minimamente processados, e os pântanos alimentares, marcados pela oferta predominante de alimentos ultraprocessados, ambos favorecendo padrões alimentares inadequados e contribuindo para o desenvolvimento da obesidade na infância. Este estudo teve como objetivo analisar a influência dos desertos e pântanos alimentares no consumo de alimentos ultraprocessados e no risco de obesidade infantil. Trata-se de uma revisão narrativa da literatura, realizada nas bases Pubmed, *Scientific Electronic Library Online*, Google Acadêmico e Elton B. *Stephens Company*, com publicações entre 2014 e 2026, priorizando estudos conduzidos com crianças e adolescentes, resultando em 15 estudos selecionados para análise. Os resultados mostraram que crianças residentes em áreas de maior vulnerabilidade social apresentam maior consumo de alimentos ultraprocessados, menor ingestão de alimentos saudáveis e maior risco de obesidade e de doenças crônicas não transmissíveis. Os pântanos alimentares mostraram-se um preditor de obesidade ainda mais forte do que os desertos alimentares, uma vez que a abundância de opções ultraprocessadas exerce maior influência sobre as escolhas alimentares do que a simples escassez de alimentos saudáveis, possivelmente em razão do menor custo e da maior praticidade desses produtos. Conclui-se que tanto os desertos quanto os pântanos alimentares constituem determinantes relevantes da obesidade infantil, reforçando a necessidade de fortalecimento de políticas públicas voltadas à redução das desigualdades socioeconômicas, à regulação do ambiente alimentar e à promoção da educação alimentar e nutricional como estratégias para reduzir os impactos dos ambientes obesogênicos sobre a saúde e o desenvolvimento infantil.

Palavras-chave: Alimento ultraprocessado; Ambiente alimentar; Vulnerabilidade social.

1. INTRODUÇÃO

A obesidade infantil (OI) constitui um problema de saúde pública, classificada como uma Doença Crônica Não Transmissível (DCNT) de origem multifatorial, relacionada a fatores genéticos, ambientais, psicológicos e comportamentais (FARPOUR-LAMBERT et al., 2015). Segundo a UNICEF (2025), a obesidade infantil já superou a desnutrição, afetando uma em cada dez crianças em idade escolar no mundo. No Brasil, o percentual de crianças e adolescentes com obesidade triplicou entre os anos 2000 e 2022, atingindo 15%. Esse crescimento é associado à exposição generalizada ao marketing de alimentos ultraprocessados, que influencia as preferências e escolhas alimentares infantis (MONTEIRO et al., 2019).

O ambiente alimentar, compreendido como o conjunto de fatores físicos, econômicos e socioculturais que envolvem o acesso à alimentação, exerce papel central no desenvolvimento da obesidade infantil (OLIVEIRA et al., 2023). Entre os diferentes tipos de ambiente alimentar,

DOI: 10.51161/iv-conasus/85937

destacam-se os desertos alimentares (DA), áreas com baixa disponibilidade e difícil acesso a alimentos in natura e minimamente processados, especialmente em territórios de maior vulnerabilidade social (ANDRETTI et al., 2023). Os pântanos alimentares (PA) diferem dos DA por apresentarem elevada oferta de fast-foods e alimentos ultraprocessados, em detrimento de alimentos saudáveis (COOKSEY-STOWERS; SCHWARTZ; BROWNELL, 2017). A presença de DA e PA está associada à pior qualidade da alimentação e ao maior risco de obesidade infantil (RICARDO; CARVALHO; LOURENÇO, 2024).

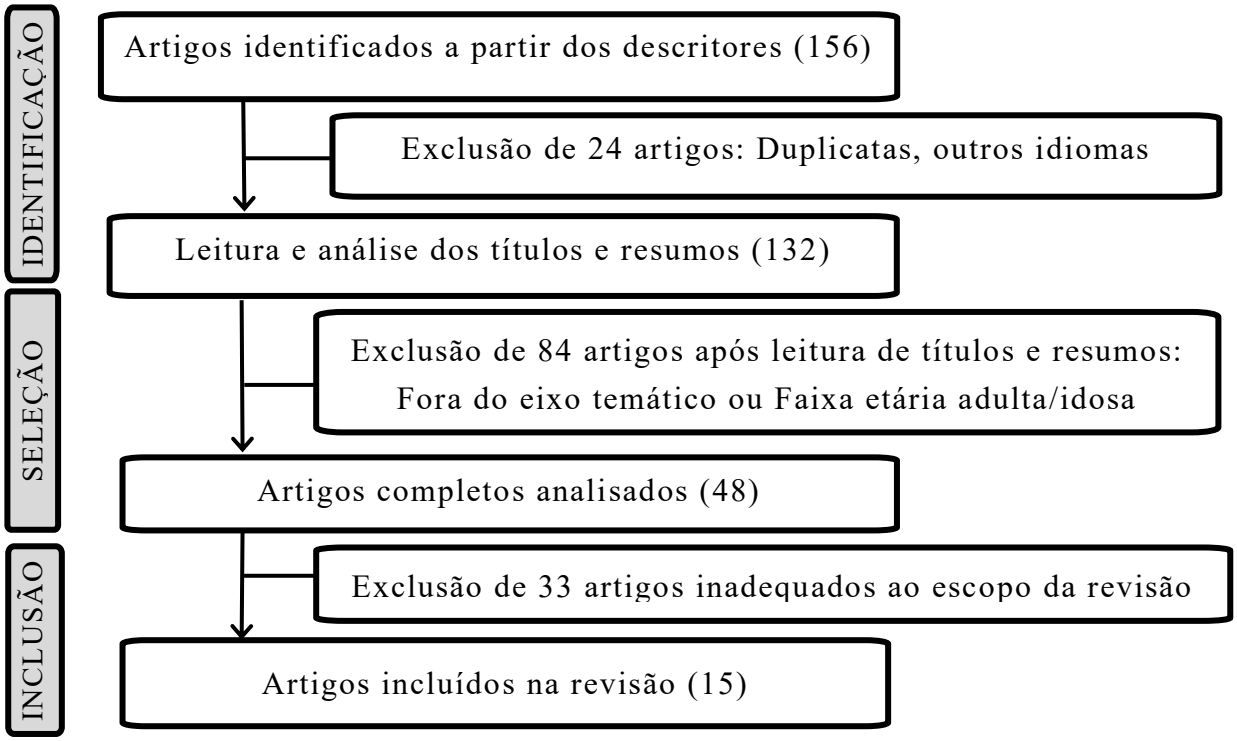
Diante desse cenário, torna-se necessário compreender de que forma os desertos e pântanos alimentares influenciam o consumo de alimentos ultraprocessados e o risco de obesidade infantil. Assim, o objetivo deste trabalho é analisar, por meio de revisão narrativa da literatura, a influência dos desertos e pântanos alimentares no consumo de alimentos ultraprocessados e no risco de obesidade infantil.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de uma revisão narrativa da literatura, com coleta de dados realizada entre maio e junho de 2026. Foram adotados como critérios de inclusão artigos disponibilizados na íntegra, nos idiomas português e inglês, relacionados ao tema proposto e publicados entre 2014 e 2026, priorizando estudos conduzidos com crianças e adolescentes; pesquisas com população exclusivamente adulta foram excluídas, salvo quando traziam evidências diretamente aplicáveis à compreensão da influência do ambiente alimentar sobre a obesidade infantil. Foram excluídos artigos duplicados, publicados em outros idiomas, disponíveis apenas em formato de resumo, ou que não respondessem ao objetivo da revisão. A busca foi realizada nas bases Pubmed, Scientific Electronic Library Online (SciELO), Google Acadêmico e Elton B. Stephens Company (EBSCO), utilizando os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS/MeSH) “desertos alimentares”, “pântanos alimentares”, “obesidade infantil” e “alimentos ultraprocessados”, combinados pelos operadores booleanos AND e OR.

De acordo com o Fluxograma, foram identificados 156 artigos, dos quais 24 duplicados foram removidos, restando 132 para triagem por título e resumo. Nessa etapa, 84 artigos foram excluídos por não atenderem aos critérios estabelecidos, restando 48 para leitura na íntegra; após a leitura, mais 33 foram excluídos por não responderem diretamente ao objetivo da revisão, resultando em 15 artigos incluídos na análise final.

Fluxograma



DOI: 10.51161/iv-conasus/85937

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na **Tabela 1[a-c]** segue a síntese dos 15 artigos selecionados, publicados entre 2014 e 2026, compostas por estudos originais (ecológicos, transversais e observacionais), revisões (conceituais, narrativas, de escopo e de literatura) e um documento de posicionamento (Tabela 1). O estudo baseou-se majoritariamente na população brasileira, com contribuições da América Latina, Nova Zelândia, Estados Unidos, Canadá, Inglaterra e Alemanha, com foco em crianças e adolescentes em vulnerabilidade socioeconômica.

Tabela 1[a]: Síntese dos artigos analisados

Autor/ Ano	País	Tipo de estudo	Amostra	Principais resultados	Relação com obesidade infantil
Batista, 2025	Brasil	Revisão de escopo	Crianças e adolescentes do Brasil	Maior oferta de alimentos ultraprocessados menor acesso a alimentos saudáveis estiveram associados ao aumento do risco de obesidade infantil	O ambiente alimentar influencia de forma significativa no desenvolvimento da obesidade infantil
Ribeiro, 2024	Brasil	Revisão narrativa	Literatura científica	Ultraprocessados associados a aumento do IMC e DCNT	Associação direta
Ricardo et al., 2024	Brasil	Transversal (SISVAN)	63.426 crianças	Maior ausência de consumo de alimentos in natura e maior consumo de ultraprocessados em desertos alimentares	Aumento do risco de excesso de peso
Andretti et al, 2023	Brasil	Estudo ecológico	3.159 escolas	Desertos e pântanos alimentares concentrados em áreas de baixa renda	Maior exposição a ambientes obesogênicos
Oliveira et al., 2023	Brasil	Estudo ecológico	Municípios da RIDE-DF[1] e Regiões Administrativas	Desertos e pântanos alimentares foram mais frequentes em áreas com menor renda.	Estudo é relevante pois demonstra que crianças e famílias que vivem em DA estão mais expostas a padrões alimentares inadequados

Tabela 1[b]: Síntese dos artigos analisados

Autor/ Ano	País	Tipo de estudo	Amostra	Principais resultados	Relação com obesidade infantil
Batista, 2025	Brasil	Revisão de escopo	Crianças e adolescentes do Brasil	Maior oferta de alimentos ultraprocessados menor acesso a alimentos saudáveis estiveram associados ao aumento do risco de obesidade infantil	O ambiente alimentar influencia de forma significativa no desenvolvimento da obesidade infantil
Ribeiro, 2024	Brasil	Revisão narrativa	Literatura científica	Ultraprocessados associados a aumento do IMC e DCNT	Associação direta
Ricardo et al., 2024	Brasil	Transversal (SISVAN)	63.426 crianças	Maior ausência de consumo de alimentos in natura e maior consumo de ultraprocessados em desertos alimentares	Aumento do risco de excesso de peso
Andretti et al, 2023	Brasil	Estudo ecológico	3.159 escolas	Desertos e pântanos alimentares concentrados em áreas de baixa renda	Maior exposição a ambientes obesogênicos
Lucan et al., 2022	Estados Unidos	Observacional geoespacial	Crianças de baixa renda	Maior oferta de ultraprocessados associada à obesidade	Associação positiva
Ferreira e Andrade, 2021	Brasil	Transversal	8.517 adolescentes com excesso de peso e 8.499 com sedentarismo	Adolescentes de diferentes níveis socioeconômicos apresentam diferenças na prevalência de excesso de peso e comportamento sedentário.	Fatores socioeconômicos influenciam no risco de excesso de peso.
Oliveira et al., 2021	Brasil	AHP[2] + QGIS[3]	41 municípios	39,0% dos municípios classificados como desertos alimentares	Associação com vulnerabilidade social

DOI: 10.51161/iv-conasus/85937

Tabela 1[c]: Síntese dos artigos analisados

Autor/ Ano	País	Tipo de estudo	Amostra	Principais resultados	Relação com obesidade infantil
Gibney, 2019	Irlanda	Revisão conceitual	Literatura científica	A definição de alimentos ultraprocessados na classificação NOVA sofreu mudanças ao longo do tempo e que há inconsistências na classificação de alguns alimentos	Associação indireta
Monteiro el al., 2019	Brasil	Revisão conceitual	Literatura científica	Definição e classificação NOVA dos ultraprocessados	Fundamentaçã o teórica
Nogueira Almeida et al., 2018	Brasil	Revisão narrativa	Literatura científica	Atualizar a classificação da obesidade infantil com base em novas evidências científicas	Associação direta
Cooksey Stowers, Schwartz & Brownel, 2017	Estados Unidos	Transversa l ecológico	3.141 áreas administra tivas locais	Os pântanos alimentares mostraram-se preditores mais fortes da obesidade em adultos que os desertos alimentares	Associação indireta: o ambiente alimentar de um domicílio afeta alimentação de todos os membros da família
Nour et al., 2017	Estados Unidos	Revisão de escopo	Diversos estudos	Vulnerabilidade social relacionada à obesidade infantil	Associação indireta
Schneide r et al., 2017	Aleman ha	Revisão de literatura	Literatura científica	O ambiente físico e social, influencia significativamente os comportamentos relacionados à saúde	Associação indireta
Farpour-Lambert et al., 2015	Europa	Document o de posiciona mento	Evidências científicas	Obesidade infantil como doença crônica	Necessidade de intervenção precoce

Fonte: elaborada pelos autores (2026). **Legenda** 1. RIDE-DF: Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e entorno. 2. AHP: Processo Analítico Hierárquico; 3. QGIS: Sistema de Informação Geográfica

A revisão evidenciou relação significativa entre o consumo elevado de alimentos ultraprocessados e o aumento da obesidade infantil, associada a maior teor de açúcares, gorduras e sódio desses produtos (MONTEIRO et al., 2018). Os DA dificultam o acesso a alimentos frescos e saudáveis, favorecendo o consumo de industrializados, especialmente entre

crianças em vulnerabilidade social (RICARDO; CARVALHO; LOURENÇO, 2024; OLIVEIRA; JESUS; MARTINEZ, 2021; LUCAN et al., 2022).

Em relação aos PA, verificou-se que a elevada concentração de estabelecimentos que comercializam fast-foods e ultraprocessados no entorno residencial se associa a maior risco de obesidade. Cooksey-Stowers, Schwartz e Brownell (2017) constataram que os PA foram preditores mais fortes de obesidade do que os DA na população adulta, enquanto Lucan et al. (2022), em crianças de baixa renda, constataram associação positiva entre maior oferta de ultraprocessados e excesso de peso. Esse achado sugere que a abundância de opções não saudáveis exerce maior peso na determinação da obesidade do que a simples escassez de alimentos saudáveis, possivelmente em razão do menor custo e da maior praticidade dos ultraprocessados.

Segundo Andretti et al. (2023), em estudo realizado no Rio de Janeiro, escolas em áreas de maior vulnerabilidade social apresentam maior exposição a DA e, sobretudo, a PA, o que reforça a necessidade de políticas intersetoriais que integrem planejamento urbano, regulação do comércio de alimentos e fortalecimento da oferta de alimentos in natura. Deve-se considerar, contudo, que grande parte das evidências sobre PA provém de populações adultas; crianças não possuem autonomia de compra, e seus hábitos alimentares dependem diretamente das escolhas dos responsáveis.

A transição alimentar, marcada pelo crescente consumo de ultraprocessados, compromete a diversidade alimentar desde a infância, favorecendo a persistência de hábitos inadequados na vida adulta (MONTEIRO et al., 2019). Embora existam instrumentos para identificação desses produtos, como a classificação NOVA e a RDC nº 429/2020 da Anvisa, complementada pela IN nº 75/2020, eles ainda figuram como primeira opção de consumo, em razão do baixo custo e da praticidade. Gibney (2019) pondera, contudo, que a classificação NOVA apresenta inconsistências que ainda precisam ser aperfeiçoadas.

4 CONCLUSÃO

Os estudos analisados aprofundam a compreensão sobre desertos e pântanos alimentares, alimentos ultraprocessados e vulnerabilidade social como fatores que contribuem para a obesidade infantil, grave problema de saúde pública associado a agravos futuros como diabetes mellitus e hipertensão arterial. Tanto os desertos quanto os pântanos alimentares influenciam amplamente o desenvolvimento da obesidade e não se restringem a locais de pobreza extrema, evidenciando que o problema está ligado à forma como o ambiente alimentar está organizado, e não apenas à renda.

As evidências reunidas reforçam a necessidade de políticas públicas que restrinjam a concentração de estabelecimentos que comercializam prioritariamente ultraprocessados e promovam o acesso a alimentos in natura, com atuação conjunta de gestores de saúde pública, nutricionistas e responsáveis por políticas urbanas. Recomenda-se ainda o incentivo a espaços de atividade física, ações de educação alimentar e nutricional nas escolas e unidades básicas de saúde, e o monitoramento regular de marcadores antropométricos em crianças com obesidade. Como limitação, destaca-se que a maior parte das evidências sobre pântanos alimentares deriva de populações adultas, sendo necessários mais estudos focados especificamente no público infantil.

DOI: 10.51161/iv-conasus/85937

REFERÊNCIAS

ANDRETTI, Bernardo et al. Ecological study of the association between socioeconomic inequality and food deserts and swamps around schools in Rio de Janeiro, Brazil. BMC Public Health, v. 23, n. 120, p. 1-11, 2023.

COOKSEY-STOWERS, Kristen; SCHWARTZ, Marlene B.; BROWNELL, Kelly D. Food swamps predict obesity rates better than food deserts in the United States. International Journal of Environmental Research and Public Health, v. 14, n. 11, p. 1366, 2017.

FARPOUR-LAMBERT, N. J. et al. Childhood obesity is a chronic disease demanding specific health care: a position statement from the Childhood Obesity Task Force (COTF) of the European Association for the Study of Obesity (EASO). Obesity Facts, v. 8, n. 5, p. 342-349, 2015.

FERREIRA, Carolina S.; ANDRADE, et al. Desigualdades socioeconômicas associadas ao excesso de peso e sedentarismo em adolescentes brasileiros. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, p. 1095-1104, 2021.

GIBNEY, M. J. Ultra-processed foods: definitions and policy issues. Current Developments in Nutrition, v. 3, n. 2, nzy077, 2019.

LUCAN, S. C. et al. Geospatial food environment exposure and obesity among low-income Baltimore City children. Preventive Medicine Reports, v. 30, p. 101998, 2022.

MONTEIRO, C. A. et al. The UN Decade of Nutrition, the NOVA food classification and the trouble with ultra-processing. Public Health Nutrition, v. 21, n. 1, p. 5-17, 2018.

MONTEIRO, Augusto et al. Ultra-processed foods: what they are and how to identify them. Public Health Nutrition, Cambridge, v. 22, n. 5, p. 936-941, 2019.

OLIVEIRA, Denise et al. Entre Desertos, Pântanos e Oásis Alimentares: mapeamento de ambientes de acesso a alimentos saudáveis na RIDE-DF. In: Desertos, Pântanos e Oásis Alimentares: reflexões, experiências e políticas públicas. 2023.

OLIVEIRA, Elizabeth Santos de; JESUS, Andrêssa Pereira de; MARTINEZ, Romari Alejandra. Disponibilidade e acesso a alimentos saudáveis nos municípios da microrregião Ilhéus-Itabuna do estado da Bahia (Brasil). Finisterra, Lisboa, v. 56, n. 118, p. 111-129, 2021.

RICARDO, Beatriz Inês; CARVALHO, Aline Martins de; LOURENÇO, Bárbara Hatzlhoffer. Exposição a desertos alimentares e marcadores do consumo alimentar entre crianças acompanhadas no Sisvan. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 48, n. esp. 1, e8593, 2024.

UNICEF – FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA. Relatório sobre nutrição infantil 2025: alimentando o lucro — como os ambientes alimentares estão falhando com as crianças. Nova York: UNICEF, 2025.

DOI: 10.51161/iv-conasus/85937

MERCADO HOSPITALISTA: UM CAMINHO DE OPORTUNIDADES PARA INSTITUIÇÕES DE CUIDADOS INTERMEDIÁRIOS

FÁBIO MARQUES MEIRA

RESUMO

O envelhecimento populacional e o aumento da prevalência de doenças crônicas vêm modificando significativamente a demanda por serviços de saúde, intensificando a necessidade de estratégias que assegurem a continuidade do cuidado após a alta hospitalar e promovam maior eficiência na utilização dos recursos assistenciais. Nesse contexto, as instituições de cuidados intermediários surgem como alternativa para atender pacientes clinicamente estabilizados que ainda necessitam de reabilitação, cuidados paliativos, acompanhamento multiprofissional ou preparação para o retorno ao domicílio, contribuindo para a desospitalização segura e para a otimização da ocupação de leitos hospitalares. Diante desse cenário, o presente estudo teve como objetivo analisar as instituições de cuidados intermediários como oportunidade para o mercado hospitalista, considerando os impactos do envelhecimento populacional, a crescente demanda por cuidados continuados e a necessidade de adoção de modelos de remuneração baseados em qualidade, desempenho e sustentabilidade assistencial. Trata-se de uma revisão narrativa da literatura, de abordagem qualitativa, caráter descritivo e exploratório, complementada por análise documental. Foram consultadas bases de dados nacionais e internacionais e documentos técnicos de instituições de referência, publicados entre 2000 e 2025. A análise foi organizada em quatro eixos temáticos: impactos do envelhecimento populacional sobre os serviços hospitalares; contribuição das instituições de cuidados intermediários para a continuidade do cuidado e desospitalização; modelos de remuneração baseados em valor; e oportunidades para o desenvolvimento do mercado hospitalista brasileiro. Os resultados apontaram que o envelhecimento populacional amplia as internações prolongadas, os custos assistenciais e a ocupação de leitos de alta complexidade por pacientes que poderiam ser acompanhados em serviços intermediários. Verificou-se ainda que essas instituições favorecem a continuidade assistencial, reduzem reinternações evitáveis, promovem maior integração entre os níveis de atenção e apresentam potencial para aumentar a eficiência dos sistemas de saúde. Constatou-se também que modelos de remuneração orientados por desempenho, qualidade e desfechos clínicos podem fortalecer a sustentabilidade econômica desses serviços e estimular sua expansão. As instituições de cuidados intermediários representam uma oportunidade estratégica para o mercado hospitalista brasileiro, contribuindo para uma assistência mais integrada, eficiente, humanizada e alinhada às necessidades decorrentes da transição demográfica e epidemiológica.

Palavras-chave: Remuneração baseada em valor; Saúde baseada em valor; Transição demográfica.

DOI: 10.51161/iv-conasus/85940

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional e o avanço das doenças crônicas ampliam a demanda por recuperação prolongada, reabilitação, cuidados paliativos e acompanhamento multiprofissional, exigindo maior continuidade assistencial entre hospital, domicílio e rede de atenção (IBGE, 2024; OMS, 2020).

Nos hospitais gerais, pacientes clinicamente estáveis podem permanecer em leitos de alta complexidade por limitações funcionais, dificuldades familiares ou ausência de serviços adequados, elevando custos, reduzindo a disponibilidade de leitos e comprometendo o fluxo hospitalar (CASTRO; TRAVASSOS; CARVALHO, 2002; FERREIRA; BANSI; PASCHOAL, 2014).

Nesse cenário, as instituições de cuidados intermediários atendem pacientes que ainda necessitam de monitoramento, reabilitação, cuidados paliativos ou preparação para a alta, favorecendo recuperação funcional, desospitalização segura e redução de reinternações, desde que integradas à rede e apoiadas por equipes qualificadas e protocolos assistenciais (RASMUSSEN et al., 2021; LEITHAUS et al., 2022; UCHIMURA et al., 2023).

Essas instituições também representam oportunidade para o mercado hospitalista por meio de parcerias com hospitais, operadoras, seguradoras e programas públicos. Contudo, sua sustentabilidade exige superar o modelo fee-for-service, que pode estimular fragmentação e aumento do volume de serviços sem relação direta com os resultados assistenciais (ANS, 2019; ANS, 2021).

Como alternativa, modelos de remuneração baseados em valor, desempenho e desfechos, como pagamento por indicadores, bundled payments e Accountable Care Organizations, podem ampliar a coordenação do cuidado, a previsibilidade financeira, a redução de desperdícios e a qualidade assistencial (ANS, 2021; CMS, 2025).

Diante disso, este estudo analisou as instituições de cuidados intermediários como oportunidade para o mercado hospitalista, considerando o envelhecimento populacional, a demanda por cuidados continuados e a necessidade de modelos sustentáveis de remuneração baseados em qualidade e desempenho.

2 MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, de caráter descritivo e exploratório, desenvolvido por meio de uma revisão narrativa da literatura e análise documental. Esse delineamento foi adotado por permitir a integração de evidências científicas e documentos técnicos sobre os cuidados intermediários, o mercado hospitalista e os modelos de remuneração em saúde, possibilitando uma análise crítica da evolução desses temas ao longo do tempo.

A busca bibliográfica foi realizada nas bases de dados PubMed, SciELO, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Google Acadêmico, sendo complementada por documentos oficiais da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), Organização Mundial da Saúde (OMS), Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Foram utilizados os descritores, em português e inglês, combinados pelo operador booleano AND: cuidados intermediários (intermediate care), cuidados de transição (transitional care), mercado hospitalista (hospital market), envelhecimento populacional (population ageing), saúde baseada em valor (value-based healthcare), modelos de remuneração em saúde (payment models), bundled payments e accountable care organizations.

Como critérios de inclusão, foram considerados artigos científicos, revisões de literatura, documentos técnicos, diretrizes e publicações institucionais disponibilizados na íntegra, nos idiomas português e inglês, publicados entre 2000 e 2025, que abordassem o envelhecimento populacional, os cuidados intermediários, a transição do cuidado, a sustentabilidade dos sistemas de saúde e os modelos de remuneração baseados em valor. Foram excluídos editoriais, resumos de eventos, cartas ao editor, trabalhos duplicados e publicações sem relação direta com a temática proposta.

Após a seleção, os estudos foram submetidos à leitura integral e organizados segundo análise temática, sendo agrupados em quatro eixos: (I) impactos do envelhecimento populacional sobre a utilização dos serviços hospitalares; (II) contribuição das instituições de cuidados intermediários para a continuidade do cuidado e desospitalização; (III) modelos de remuneração baseados em indicadores de desempenho, *bundled payments* e *Accountable Care Organizations*; e (iv) oportunidades e desafios para o desenvolvimento do mercado hospitalista no contexto brasileiro.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O envelhecimento populacional, associado ao aumento da expectativa de vida e à maior prevalência de doenças crônicas, vem modificando de forma significativa o perfil de utilização dos serviços de saúde. Pessoas idosas apresentam com frequência multimorbidades, fragilidade clínica, limitações funcionais e maior necessidade de acompanhamento contínuo, o que amplia a demanda por internações prolongadas, reabilitação, cuidados paliativos, monitoramento e atuação multiprofissional. Esse cenário representa um desafio para a sustentabilidade dos sistemas de saúde, especialmente porque exige maior disponibilidade de recursos humanos, tecnológicos e financeiros para atender às necessidades de uma população com condições clínicas mais complexas (IBGE, 2024; OMS, 2020; FERREIRA; BANSI; PASCHOAL, 2014; OECD, 2023).

Nos hospitais gerais, muitos pacientes permanecem internados mesmo após a estabilização do quadro agudo, principalmente por limitações funcionais, ausência de suporte familiar, dificuldades socioeconômicas ou inexistência de serviços adequados para garantir a continuidade do cuidado. Essa permanência prolongada pode aumentar os custos hospitalares, reduzir a disponibilidade de leitos para pacientes agudos e elevar o risco de complicações, como infecções, delirium, perda de massa muscular, declínio funcional, úlceras por pressão, quedas e reinternações precoces. Desse modo, a ocupação de leitos de alta complexidade por pacientes que já não necessitam desse nível de suporte compromete a eficiência do fluxo hospitalar e reforça a necessidade de alternativas assistenciais capazes de organizar melhor a transição entre hospital, domicílio e demais serviços da rede (CASTRO; TRAVASSOS; CARVALHO, 2002; OMS, 2020; RASMUSSEN et al., 2021).

Nesse contexto, as instituições de cuidados intermediários assumem papel estratégico, pois atendem pacientes clinicamente estáveis que ainda necessitam de reabilitação, cuidados de enfermagem, manejo de doenças crônicas, cuidados paliativos, recuperação funcional ou preparação para a alta. Essas instituições funcionam como elo entre o hospital de alta complexidade e o retorno seguro ao domicílio, contribuindo para a continuidade assistencial, a desospitalização planejada e a redução de reinternações evitáveis. Quando integradas à rede de atenção, com protocolos definidos, equipe multiprofissional, plano terapêutico individualizado e participação familiar, podem melhorar a comunicação entre os serviços, favorecer a recuperação do paciente e ampliar a segurança durante a transição do cuidado (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020; WHO, 2020; FERREIRA; BANSI; PASCHOAL, 2014; RASMUSSEN et al., 2021; UCHIMURA et al., 2023; LEITHAUS et al., 2022).

Além dos benefícios clínicos e assistenciais, os cuidados intermediários representam uma oportunidade relevante para o mercado hospitalista, pois permitem a criação de novos serviços especializados em reabilitação, cuidados paliativos, transição do cuidado, acompanhamento pós-agudo e preparação para o retorno ao domicílio. Esse segmento pode favorecer parcerias entre hospitais gerais, operadoras de planos de saúde, seguradoras, serviços de atenção domiciliar, centros de reabilitação e programas públicos, ampliando a oferta de cuidados e melhorando a utilização dos leitos hospitalares. A integração entre esses diferentes prestadores possibilita organizar linhas de cuidado mais adequadas às necessidades dos pacientes idosos e crônicos, ao mesmo tempo que contribui para a redução de desperdícios e para a maior eficiência do sistema (LILJAS et al., 2019; OECD, 2023; PORTER, 2023).

Entretanto, a consolidação desse mercado depende de modelos de financiamento capazes de conciliar qualidade assistencial, sustentabilidade econômica e resultados clínicos. O modelo tradicional Fee for Service, baseado no pagamento de cada consulta, exame, procedimento ou diária, pode estimular o aumento do volume de serviços, a fragmentação da assistência e a elevação dos custos sem garantir melhora proporcional dos resultados. Por essa razão, a Agência Nacional de Saúde Suplementar tem discutido a substituição gradual desse formato por modelos orientados por valor, nos quais a remuneração considera indicadores de qualidade, segurança, satisfação do paciente, redução de reinternações e efetividade do cuidado (ANS, 2019; ANS, 2021; PORTER, 2010; PORTER, 2023; OECD, 2023).

Entre as alternativas destacam-se os pagamentos por desempenho, os bundled payments e as Accountable Care Organizations. Nos pagamentos por desempenho, parte da remuneração está relacionada ao alcance de metas assistenciais e indicadores de qualidade. Nos bundled payments, um valor único é definido para todo o episódio clínico, incluindo internação, reabilitação e cuidados pós-alta, favorecendo maior integração entre os prestadores. Já as Accountable Care Organizations promovem responsabilidade clínica e financeira compartilhada entre profissionais e instituições, estimulando o acompanhamento longitudinal e a coordenação entre os níveis de atenção. Esses modelos podem ampliar a previsibilidade financeira, reduzir procedimentos desnecessários, melhorar os desfechos clínicos e criar condições mais favoráveis ao desenvolvimento das instituições de cuidados intermediários (ANS, 2021; CMS, 2024; CMS, 2025).

Dessa forma, o fortalecimento dos cuidados intermediários pode contribuir simultaneamente para a melhoria da assistência, a desospitalização segura e o desenvolvimento do mercado hospitalista brasileiro. Contudo, sua consolidação exige regulamentação adequada, critérios claros de elegibilidade, integração efetiva entre os serviços, sistemas de informação, equipes qualificadas, participação familiar e monitoramento contínuo dos resultados. Quando estruturadas com responsabilidade assistencial e sustentadas por modelos de remuneração baseados em valor, essas instituições podem responder de maneira mais eficiente, humanizada e sustentável aos desafios impostos pelo envelhecimento populacional e pelo aumento da demanda por cuidados continuados (OMS, 2020; ANS, 2021; IBGE, 2024).

4 CONCLUSÃO

Esta revisão permitiu compreender que o envelhecimento populacional é um dos principais fatores por trás da transformação na demanda por serviços de saúde, impondo desafios assistenciais, econômicos e organizacionais aos sistemas hospitalares. O aumento da prevalência de doenças crônicas, da multimorbidade, da dependência funcional e das internações prolongadas mostra que o modelo tradicional — centrado exclusivamente na hospitalização de alta complexidade — já não é suficiente para responder às necessidades da população idosa. Nesse cenário, as instituições de cuidados intermediários surgem como uma alternativa relevante para reorganizar a rede assistencial, garantindo a continuidade do cuidado,

reduzindo permanências hospitalares desnecessárias e favorecendo uma transição mais segura entre o ambiente hospitalar e o domicílio ou outros serviços de menor complexidade.

Os resultados também mostraram que a consolidação dessas instituições depende diretamente da adoção de modelos de remuneração alinhados à lógica do cuidado baseado em valor. Modelos como indicadores de desempenho, Bundled Payments e Accountable Care Organizations funcionam como importantes instrumentos para estimular a coordenação do cuidado, integrar os diferentes níveis assistenciais, reduzir desperdícios e melhorar os desfechos clínicos — deslocando o foco da remuneração por quantidade de procedimentos para sistemas orientados pela qualidade, pela eficiência e pela experiência do paciente. Essa mudança beneficia especialmente os serviços de cuidados intermediários, voltados à reabilitação, à prevenção de reinternações, aos cuidados paliativos e à recuperação funcional dos pacientes.

Sob a perspectiva do mercado hospitalista, verificou-se que os cuidados intermediários representam uma oportunidade estratégica ainda pouco explorada no Brasil. A demanda crescente por assistência continuada, somada à necessidade de otimizar o uso dos leitos hospitalares e controlar os custos assistenciais, cria um cenário favorável ao desenvolvimento desse segmento. Sua expansão, no entanto, ainda depende de avanços importantes: regulamentação mais clara, maior integração das Redes de Atenção à Saúde, qualificação das equipes multiprofissionais, fortalecimento dos mecanismos de referência e contrarreferência e incorporação de modelos de financiamento orientados por resultados.

As instituições de cuidados intermediários têm potencial para se firmar como um novo nicho do mercado hospitalista brasileiro, agregando valor a prestadores, financiadores e, sobretudo, aos pacientes. Além de contribuir para a sustentabilidade dos sistemas de saúde diante do envelhecimento populacional, esses serviços podem tornar a assistência mais integrada, humanizada, eficiente e centrada nas reais necessidades da pessoa idosa. Por fim, recomenda-se que estudos futuros avaliem a implantação de modelos de cuidados intermediários em diferentes contextos brasileiros, mensurando indicadores clínicos, econômicos e de satisfação dos usuários — de modo a gerar evidências capazes de embasar políticas públicas e estratégias de expansão desse segmento assistencial.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). **Guia para implementação de modelos de remuneração baseados em valor**. Rio de Janeiro: ANS, 2021.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). **Programa Modelos de Remuneração Baseados em Valor**. Rio de Janeiro: ANS, 2019.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Guia para implementação de modelos de remuneração baseados em valor**. Rio de Janeiro: ANS, 2021. Disponível em: https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/assuntos/gestao-em-saude/projeto-modelos-de-remuneracao-baseados-em-valor/guia_modelos_remuneracao_baseados_valor.pdf. Acesso em: 22 jul. 2026.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Programa Modelos de Remuneração Baseados em Valor**. Rio de Janeiro: ANS, 2019. Disponível em: https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/gestaosaude/programa-modelos-de-remuneracao-baseados-em-valor-1. Acesso em: 22 jul. 2026.

CASTRO, Mônica Silva Monteiro de; TRAVASSOS, Cláudia; CARVALHO, Marília Sá. Fatores associados às internações hospitalares no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de

Janeiro, v. 7, n. 4, p. 795-811, 2002. DOI: https://doi.org/10.1590/S1413-81232002000400010.

CENTERS FOR MEDICARE & MEDICAID SERVICES (CMS). **Accountable Care Organizations (ACO)**. Baltimore: CMS, 2025.

CENTERS FOR MEDICARE & MEDICAID SERVICES. **Bundled Payments for Care Improvement Advanced**. Baltimore: CMS, 2024. Disponível em: https://www.cms.gov/priorities/innovation/innovation-models/bpci-advanced. Acesso em: 22 jul. 2026.

FERREIRA, Fernanda Pretti Chalet; BANSI, Luciana Orui; PASCHOAL, Sérgio Márcio Pacheco. Serviços de atenção ao idoso e estratégias de cuidado domiciliares e institucionais. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 911-926, 2014.

FERREIRA, Fernanda Pretti Chalet; BANSI, Luciana Orui; PASCHOAL, Sérgio Márcio Pacheco. Serviços de atenção ao idoso e estratégias de cuidado domiciliares e institucionais. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 911-926, 2014. DOI: https://doi.org/10.1590/1809-9823.2014.13053.

FERREIRA, Fernanda Pretti Chalet; BANSI, Luciana Orui; PASCHOAL, Sérgio Márcio Pacheco. Serviços de atenção ao idoso e estratégias de cuidado domiciliares e institucionais. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 911-926, 2014. DOI: 10.1590/1809-9823.2014.13053.

FERREIRA, Fernanda Pretti Chalet; BANSI, Luciana Orui; PASCHOAL, Sérgio Márcio Pacheco. Serviços de atenção ao idoso e estratégias de cuidado domiciliares e institucionais. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 911-926, 2014. https://doi.org/10.1590/1809-9823.2014.13053.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Projeções da População: Brasil e Unidades da Federação – Revisão 2024**. Rio de Janeiro: IBGE, 2024. Disponível em: https://www.ibge.gov.br. Acesso em: 22 jul. 2026.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Projeções da população: notas metodológicas 01/2024: Brasil e Unidades da Federação: estimativas e projeções: revisão 2024**. Rio de Janeiro: IBGE, 2024.

LEITHAUS, Merel et al. Integrated care components in transitional care models from hospital to home for frail older adults: a systematic review. **International Journal of Integrated Care**, v. 22, n. 2, 2022.

LILJAS, Ann E. M. et al. Impact of integrated care on patient-related outcomes among older people: a systematic review. **International Journal of Integrated Care**, v. 19, n. 3, p. 6, 2019. DOI: 10.5334/ijic.4632.

ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT (OECD). **Health at a Glance 2023: OECD Indicators**. Paris: OECD Publishing, 2023. DOI: https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en.

ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT (OECD). **Health at a Glance 2023: OECD Indicators**. Paris: OECD Publishing, 2023.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Decade of Healthy Ageing: Baseline Report**. Geneva: World Health Organization, 2020. Disponível em: https://www.who.int/publications/i/item/9789240017900. Acesso em: 22 jul. 2026.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Decade of Healthy Ageing: baseline report**. Geneva: World Health Organization, 2020.

PORTER, Michael E. **Value-Based Health Care Delivery**. Harvard Business School, atualização 2023.

PORTER, Michael E. What is Value in Health Care? **New England Journal of Medicine**, v. 363, n. 26, p. 2477-2481, 2010.

RASMUSSEN, Lisa Fønss et al. Impact of transitional care interventions on hospital readmissions in older medical patients: a systematic review. **BMJ Open**, v. 11, n. 1, e040057, 2021. DOI: 10.1136/bmjopen-2020-040057.

RASMUSSEN, Lisa Fønss et al. Impact of transitional care interventions on hospital readmissions in older medical patients: a systematic review. **BMJ Open**, v. 11, e040057, 2021. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-040057.

UCHIMURA, Liza Yurie Teruya et al. Evidências de efetividade dos cuidados de transição em idosos após internação hospitalar: uma revisão sistemática rápida. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 47, e143, 2023.

UCHIMURA, Liza Yurie Teruya et al. Evidências de efetividade dos cuidados de transição em idosos após internação hospitalar: uma revisão sistemática rápida. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 47, e143, 2023. https://doi.org/10.26633/RPSP.2023.143.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Decade of Healthy Ageing: Baseline Report**. Geneva: World Health Organization, 2020.

RELATO DE EXPERIÊNCIA DA ATUAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NA ARTICULAÇÃO DA REDE DE SERVIÇOS PÚBLICOS POR MEIO DO SISTEMA DE REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA

GILMARA RIPARDO MARTINS; OSVALDETE SANTOS SOUSA; MARIA DE FÁTIMA SOUSA LIMA DE CARVALHO

RESUMO

O relato de experiência fundamenta-se na prática profissional do/da assistente social na unidade de transplante renal, do Hospital Universitário Walter Cantídio, a partir dos rebatimentos das expressões da questão social[1] na vida dos indivíduos sociais, materializadas em demandas sociais que, em suas complexidades, acabam exigindo respostas conjuntas no campo das Políticas Públicas Setoriais, cuja operacionalização dar-se-á através do sistema de referenciamento e contrarreferenciamento como ferramenta de gestão, baseada no fluxo de comunicação entre os serviços intersetoriais no processo de efetivação do cuidado integral ao paciente.

Palavras-chave: Serviço Social; Referência e Contrarreferência; Políticas Sociais Públicas.

1 INTRODUÇÃO

O sistema único de Saúde, criado pela lei 8080/1980, funda e organiza o sistema de saúde brasileiro pautados nos princípios da universalidade, equidade e integralidade. Em seu art. 2º afirma que a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

Para que o usuário receba os devidos cuidados, a assistência em saúde se dá a partir de uma rede hierarquizada e regionalizada, dividida em três níveis de complexidade: a Atenção Primária, a Atenção Secundária e a Atenção Terciária.

Nesse contexto a Portaria nº 4.279 de 2010 do Ministério da Saúde - MS ratifica a responsabilidade do SUS e estabelece as diretrizes para a organização de Redes de Atenção à Saúde (RAS), tendo como objetivo principal a superação da fragmentação dos serviços, integrando e coordenando a atenção contínua e integral às necessidades da população.

Para materializar a ação da RAS, foi criado o Sistema de Referência e Correferência (RCR) que trata-se sobre os fluxos e contrafluxos de informações dos usuários organizado de forma racional entre os serviços que compõem a rede de cuidado em saúde, possibilitando a comunicação na concretização do cuidado integral no SUS.

Este relato de experiência fundamenta-se na prática profissional do Serviço Social desenvolvida no Hospital Universitário Walter Cantídio - HUWC, a partir do acompanhamento social de usuários do programa de transplante renal, dos registros profissionais e da observação da articulação entre os serviços que compõem a Rede de Atenção à Saúde.

O estudo tem como objetivo discutir o funcionamento do sistema de referência e contrarreferência para a integralidade do cuidado em um centro transplantador, analisando a

DOI: 10.51161/iv-conasus/85941

atuação do Serviço Social, bem como seus limites e possibilidades na efetivação dos direitos sociais.

A reflexão parte da identificação das expressões da questão social durante os atendimentos aos usuários e problematiza a importância da articulação entre as diferentes políticas públicas sociais para a concretização do cuidado integral no SUS.

2 RELATO DE CASO/EXPERIÊNCIA

A discussão exposta trata-se de um relato de experiência, de caráter descritivo e reflexivo, construído a partir da prática profissional do Serviço Social do HUWC, inserido na atenção terciária do Sistema Único de Saúde.

As reflexões apresentadas tiveram como base a observação do cotidiano profissional, os atendimentos sociais, as entrevistas sociais realizadas com usuários e familiares (em contexto de internação e em atendimentos ambulatoriais) e os encaminhamentos efetuados para a Rede de Atenção à Saúde e para a Rede Socioassistencial.

Os casos apresentados possuem caráter ilustrativo, com utilização de nomes fictícios para preservação da identidade dos usuários

A experiência de atuação do assistente social no acompanhamento aos usuários do serviço de transplante renal do HUWC revela a importância da intersetorialidade no processo de atendimento de demandas sociais complexas, as quais exigem respostas conjuntas da rede de serviços públicos.

No serviço de transplante renal do HUWC, o assistente social, intervém sobre as expressões da questão social, cuja complexidade das demandas exige a articulação com órgãos de garantia de direitos, a exemplo do conselho tutelar e ministério público, bem como outros serviços de saúde e/ou outras políticas setoriais, sendo a política de assistência social a de maior incidência.

A entrevista social é um dos instrumentos utilizados pelos assistentes sociais nos atendimento dos usuários, cujo objetivo é conhecer o contexto socioeconômico, político e cultural do indivíduo e se aproximar das dinâmicas e interações que envolvem os sujeitos e o contexto em que vivem, possibilitando uma avaliação das condições que impactam na sua qualidade de vida e saúde.

É a partir do acompanhamento social que o profissional de serviço social procura identificar as expressões da questão social, materializadas na forma de demandas sociais que, por vezes, vão além das demandas clínicas que deram causa inicial ao atendimento.

Dentre as principais demandas sociais apresentadas pelos pacientes e/ou familiares estão: a insegurança de renda, insegurança habitacional, insegurança alimentar, fragilização ou rompimentos de vínculos familiares e comunitários, falta de acesso a serviços públicos, dentre outras.

Identificadas as demandas sociais, cabe ao assistente social articular com a Rede de Atenção à Saúde (RAS) ou demais redes de serviços das políticas setoriais, através dos instrumentos de referência e contrarreferência que são responsáveis pela organização do fluxo de paciente no SUS, podendo ampliar para outras políticas sociais.

O sistema de referenciamento e contrarreferenciamento, no entanto, tem se apresentado no cotidiano do serviço de transplante renal do HUWC como um limite de atuação profissional, uma vez que as instituições referenciadas não apresentam devolutivas às solicitações encaminhadas, comprometendo a integralidade do cuidado ao paciente.

Essa prática de descontinuidade do sistema de fluxo de serviço pode sugerir uma fragilidade na operacionalização das políticas sociais públicas, associada a baixa capacidade profissional, elevado nível das demandas e precarização dos processos de trabalho.

O fato é que o sistema não tem conseguido efetivar a garantia da integralidade do cuidado, que não se limita à articulação intersetorial com a política da assistência social ou

com o sistema de garantia de direitos, mas também na comunicação entre os próprios níveis de atenção do SUS.

Um exemplo desta falha no sistema de referenciamento e contrarreferenciamento é exemplificada na articulação do assistente social junto aos Município do estado do Ceará para inclusão de pacientes no Programa de Tratamento Fora de Domicílio[1] instituído através da portaria 55/99 do ministério da saúde.

Na rotina do serviço social a articulação com os Municípios se dá através do envio de relatórios sociais às Secretarias de Saúde, justificando a necessidade dos pacientes; sendo recorrente, no entanto, a falta de resposta aos encaminhamentos realizados.

Além da experiência anterior, que dispensa a necessidade de exposição de caso específico, serão apresentados dois casos que ilustram esta descontinuidade da atenção à saúde do paciente no HUWC, como já sinalizado acima, serão adotados nomes fictícios aos usuários atendidos.

Atendida pelo serviço social no ambulatório de transplante renal para tratamento de doença renal crônica, Girassol, é uma mulher de 62 anos, solteira, não alfabetizada, que reside sozinha em casa própria, é usuária de substância psicoativas, e tem vínculos familiares fragilizados, com baixa disponibilidade de suporte, especialmente por parte do filho, residente na mesma cidade.

Além da rede de apoio desta paciente ser restrita, ela enfrentava outras dificuldades relacionadas a conflitos interpessoais e problemas de saúde de pessoas dispostas a oferta de cuidados.

Durante acompanhamento, a equipe do serviço social identificou que a usuária apresentava várias demandas, dentre elas: a fragilização dos vínculos familiares, saúde mental comprometida e outras comorbidades, que precisavam de acompanhamento pela Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) e Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

Passados dois anos de acompanhamento, no entanto, a paciente deixou de comparecer às consultas de rotina e não mais retornou ao serviço, sendo realizadas várias tentativas de contatos telefônicos, sem êxito.

O passo seguinte foi adotar a estratégia de articulação com a rede de serviços públicos, como Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (Caps AD), a Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) e o Centro de Referência da Assistência Social (CRAS) de referência do domicílio da paciente, também sem êxito.

Dessas articulações, apenas um dos serviços ofereceu retorno, informando da impossibilidade de realização de visita domiciliar devido aos conflitos de território e à violência urbana.

Diante da ausência de comunicação entre os serviços da rede de políticas públicas, o serviço ambulatorial de transplante renal perdeu o vínculo com a paciente e, consequentemente, seu tratamento foi interrompido.

Um outro caso emblemático desta experiência de falha do sistema de referenciamento e contrarreferenciamento é o da paciente Lírio do Vale que, durante o processo de acompanhamento social na clínica de transplante renal, foi identificada uma demanda familiar, que ultrapassa os muros da instituição.

A genitora, mãe solo de quatro filhos, cuja rede de apoio familiar estaria restrita a uma irmã, relata, durante atendimento com assistente social, que a filha Pétala Vermelha, uma

[1] O Tratamento Fora do Domicílio (TFD) foi instituído como instrumento legal do Sistema Único de Saúde, pela Portaria no 55, de 24 de fevereiro de 1999, da Secretaria de Assistência à Saúde (SAS) do Ministério da Saúde, que possibilita pacientes portadores de doenças não tratáveis em seus municípios ou Estado, seja em razão de ausência ou da inexistência de tratamento local adequado, deslocarem-se para outros Estados ou municípios a fim de garantir consultas, cirurgias e tratamentos ambulatoriais, sendo previamente agendado pela unidade executante.(BRASIL, 1999; MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DO CEARÁ, 2023).

DOI: 10.51161/iv-conasus/85941

adolescente de 14 anos, apresenta comportamento que a expõe a situação de risco pessoal e social.

Segundo a genitora, desde os 10 anos de idade, Pétala Vermelha apresentava resistência em frequentar a escola e ausentava-se de sua residência, sem comunicação prévia à mãe, retornando para casa tardiamente, inclusive no período noturno.

Diante do relato desta paciente, o serviço social encaminhou o caso para o CRAS para possível realização de estudo social e acompanhamento familiar.

Da mesma forma, o caso foi encaminhado ao Conselho Tutelar, com o objetivo de proteger a adolescente e auxiliar a família no acesso à rede de serviços e proteção social, com destaque à frequência escolar.

Neste caso, foram encaminhados dois relatórios situacionais para o CRAS e o Conselho Tutelar, em duas internações diferentes. Porém, em nenhuma das tentativas o serviço social obteve resposta.

Assim, a apresentação destes casos enfatiza, a fragilidade do sistema de referência e contrarreferência na operacionalização dos fluxos entre serviços das políticas setoriais que, para além de afetar, negativamente, a vida dos usuários, se apresenta como um desafio para efetivação do cuidado integral na política de saúde, com reflexo na atuação profissional do/da assistente social no processo de mediação de acessos a direitos.

3 DISCUSSÃO

Os/as assistentes sociais possuem prática profissional de natureza interventiva, política e crítica, uma vez que nossa atuação se dá na garantia do acesso a direitos sociais, com o objetivo de amenizar as expressões da questão social, que são todas as formas de precarização advindas da sociabilidade capitalista, expressas por meio do desemprego, violência, insegurança alimentar, insegurança de renda e exclusão urbana; todos esses fatores influenciam o processo saúde/doença.

Como bem assevera o Parâmetro de atuação do Assistente Social no Âmbito da saúde a democratização do acesso às unidades e aos serviços de saúde, a aproximação das unidades com a realidade vivenciada pela população, o fortalecimento do trabalho interdisciplinar, a valorização das abordagens grupais, a garantia do acesso democrático às informações e o incentivo à participação popular constituem princípios fundamentais para a organização e qualificação das ações em saúde são ações que demandam atuação especializada do Serviço Social no processo de realizar a mediação de acesso aos direitos pelos sujeitos da trama social.

No serviço de transplante renal do HUWC, os usuários acompanhados apresentam múltiplas expressões da questão social, evidenciadas durante o acompanhamento social realizado pelo Serviço Social, o que demanda a articulação entre as diferentes políticas sociais públicas.

Dessa forma, a atuação integrada das diversas políticas públicas, como as de Saúde, Assistência, Previdência, Educação, Habitação, Segurança Alimentar e Nutricional, entre outras que se façam necessárias, deve ser acionada para que o usuário do SUS seja atendido em sua integralidade.

Dessa maneira, a Referência e Contrarreferência (RCR), como já bem estabelecida na política de saúde, precisa urgentemente se espraiar para a comunicação entre todas as políticas que compõem o sistema público da sociedade brasileira. Na efetivação dos direitos sociais na área da saúde, a articulação em rede é de suma importância para que o profissional consiga materializar o acesso aos direitos. A saúde está para além da ausência de doença.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) a define como "um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas como a ausência de doença ou enfermidade". Aplicar esse conceito à realidade implica, necessariamente, uma atuação integrada entre a

Rede Socioassistencial e a Rede de Atenção à Saúde (RAS). Segundo Neves (2009), a rede socioassistencial:

> No plano das políticas públicas, mais especificamente na política de assistência social, a rede socioassistencial constitui-se de ação articulada e integrada entre as diversas organizações governamentais e não governamentais que atuam nas políticas sociais. Só existe a rede na medida em que ela integra e articula diferentes ações. (NEVES, 2009, p. 151).

O assistente social atua em diferentes espaços sócio ocupacionais, ou seja, é um dos profissionais responsáveis por essa articulação. Conhecer a rede que compõe o território de atuação profissional apresenta-se como o primeiro estágio da intervenção, pois somente a partir desse conhecimento o profissional dispõe do arcabouço necessário para operacionalizar seus encaminhamentos. No que se refere à Rede de Atenção à Saúde, Damasceno *et al.* (2020) afirmam que:

> As RAS são uma forma de organização das ações e serviços de promoção, prevenção e recuperação da saúde, em todos os níveis de atenção de um determinado território, assim, a integralidade do cuidado poderá ser garantida pela construção de tais ações, bem como de serviços de saúde com diferentes densidades tecnológicas e integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão (DAMASCENO et al, 2020, p. 6).

Após a aproximação com a realidade dos sujeitos atendidos no serviço de transplante renal do HUWC, os profissionais de Serviço Social são chamados a estabelecer uma conexão entre as demandas apresentadas e as políticas públicas disponíveis. Contudo, a mobilização desses elementos, por si só, não garante o acesso aos direitos. Antes de tudo, é necessário que o próprio sistema esteja apto a responder quando acionado, pois, como assevera Alexandre *et al.* (2021):

> Para que o trabalho social realizado tenha resultados positivos, é necessário que as organizações sejam articuladas, ao compreender a função uma da outra, facilitando o encaminhamento do usuário ao atendimento" (Alexandre *et al*., 2021, p. 4).

Desse modo, a atuação em rede ultrapassa a realização de encaminhamentos, exigindo a integração entre os diversos serviços e políticas públicas para que as respostas às demandas dos usuários sejam efetivas. Quando essa articulação não ocorre, o acesso aos direitos torna-se fragmentado e insuficiente para responder às necessidades sociais apresentadas.

Ademais, não é possível garantir o acesso aos direitos quando as políticas públicas não são capazes de cumprir seu papel de assegurar condições dignas de vida à população, favorecendo a redução das desigualdades sociais.

A atuação em rede constitui uma estratégia essencial para a promoção, a integração e a efetivação das ações de proteção social. Nesse contexto, sua adoção no âmbito da comunicação entre as políticas revela-se indispensável para a garantia da integralidade do atendimento, embora também apresenta importantes desafios para sua consolidação, uma vez que se faz preciso pensar formas de sua implementação e avaliar os melhores caminhos para sua efetivação (Alexandre *et al*., 2021). Mas o primeiro passo deve ser iniciar o questionamento sobre como estabelecer um sistema de referência e contrarreferência entre as políticas setoriais?

4 CONCLUSÃO

Diante do exposto, percebe-se que a efetivação da integralidade do cuidado depende não apenas da existência de uma rede de serviços, mas da capacidade de articulação entre as

políticas públicas que a compõem.

A ausência de mecanismos efetivos de referência e contrarreferência fragiliza a continuidade do acompanhamento dos usuários acompanhados pelo serviço de transplante renal e compromete a garantia dos direitos sociais, especialmente daqueles que vivenciam situações de maior vulnerabilidade.

Nesse contexto, o/a assistente social desempenha papel fundamental na mobilização da rede, contudo, sua atuação encontra limites quando os serviços não conseguem estabelecer uma comunicação efetiva.

Assim, fortalecer os fluxos de comunicação entre as instituições, qualificar os processos de trabalho e ampliar a articulação intersetorial apresentam-se como estratégias essenciais para a consolidação da integralidade do cuidado e para a efetivação dos princípios que orientam o SUS e as demais políticas públicas.

REFERÊNCIAS

ALEXANDRE, Adriana Aparecida Vieira; BARBOSA, Maria Aparecida Alexandre; PAIVA, Sebastiana de Souza; SILVA, Nayara Márgia Gama da. **A importância da rede socioassistencial para efetivação dos direitos da população vulnerável**. 2021. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) – Faculdade Multivix, Serra, 2021. Disponível em: https://multivix.edu.br/wp-content/uploads/2022/08/a-importancia-da-rede-socioassistencial-para-efetivacao-dos-direitos-da-populacao-vulneravel.pdf. Acesso em: 10 jul. 2026.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Parâmetros para atuação de assistentes sociais na política de saúde**. Brasília, DF: CFESS, 2010. Disponível em: https://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atuacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf. Acesso em: 10 jul. 2026.

DAMACENO, Adalvane Nobres; LIMA, Maria Alice Dias da Silva; PUCCI, Vanessa Rodrigues; WEILLER, Teresinha Heck. **Redes de atenção à saúde: uma estratégia para integração dos sistemas de saúde**. *Revista de Enfermagem da UFSM*, Santa Maria, v. 10, e14, p. 1-14, 2020. DOI: https://doi.org/10.5902/2179769236832.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2000.

MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DO CEARÁ. Centro de Apoio Operacional da Saúde (CAOSAÚDE). **Nota explicativa: transporte sanitário eletivo e tratamento fora de domicílio (TFD)**. Fortaleza: MPCE, 2023. Disponível em: https://www.mpce.mp.br/wp-content/uploads/2023/12/Caosaude-Nota-Explicativa-Transporte-Sanitario-Eletivo-e-Tratamento-Fora-do-Domicilio-2023.pdf. Acesso em: 08 jul. 2026.

OLIVEIRA, Cleise Cristine Ribeiro Borges; SILVA, Elaine Andrade Leal; SOUZA, Mariluce Karla Bomfim de. **Referência e contrarreferência para a integralidade do cuidado na Rede de Atenção à Saúde**. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 31, n. 1, e310105, 2021. DOI: https://doi.org/10.1590/S0103-73312021310105.

EDUCAÇÃO PERMANENTE EM TECNOLOGIA ASSISTIVA PARA TERAPEUTAS OCUPACIONAIS NO CONTEXTO HOSPITALAR: RELATO DE EXPERIÊNCIA

ROBERTA FONTENELE DE VASCONCELOS; ANA CLÉA VERAS CAMURÇA VIEIRA; LUÍSA INOJOSA GONÇALVES DE BARROS; SALOMÃO MENDONÇA DE OLIVEIRA

RESUMO

A Educação Permanente em Saúde constitui uma estratégia fundamental para o fortalecimento das práticas profissionais e para qualificação da assistência prestada nos serviços de saúde, ao favorecer a aprendizagem significativa a partir das necessidades dos processos de trabalho. Neste contexto hospitalar, a tecnologia assistiva representa uma ferramenta para o terapeuta ocupacional, ao contribuir para a promoção da funcionalidade, independência e autonomia dos pacientes durante a hospitalização e, no planejamento da alta. O estudo teve como objetivo descrever na educação permanente uma oficina de tecnologias assistivas para terapeutas ocupacionais em um hospital público terciário. Trata-se de um relato de experiência de uma oficina realizada no Núcleo de Educação Permanente de Terapia Ocupacional do Hospital Geral de Fortaleza-CE, realizada em junho de 2026. Participaram 12 (doze) terapeutas ocupacionais assistenciais e (02) dois residentes de Terapia Ocupacional. Para a coleta de informações utilizou-se o relatório de planejamento, o conteúdo programático, o cronograma de atividades, as metodologias propostas, observação direta e o diário de campo. As análises foram baseadas na literatura nacional e internacional. Pode-se perceber que estratégias de ensino como a exposição dialogada, a partir dos fundamentos da tecnologia assistiva, e a demonstração de recursos de baixo custo, para o desenvolvimento da oficina contribuíram diretamente para a confecção de adaptações voltadas às atividades de vida diária, além de orientações sobre o posicionamento e desempenho ocupacional. Desse modo, a construção coletiva do conhecimento sobre a construção de cada dispositivo, a partir de discussões clínicas em grupo acerca das indicações, benefícios, limitações, associadas a problematização dos perfis de pacientes estimularam o raciocínio em terapia ocupacional e a troca de experiências entre os participantes. Considera-se que a atualização técnico-científica ampliou o repertório de práticas profissionais, fortaleceu a reflexão crítica sobre a incorporação de tecnologias assistivas no âmbito hospitalar, ao basear-se nos princípios da educação permanente em saúde ao qualificar o cuidado em terapia ocupacional focada no processo diário de trabalho.

Palavras-chave: Capacitação Profissional; Terapia Ocupacional; Assistência Hospitalar.

1 INTRODUÇÃO

DOI: 10.51161/iv-conasus/85942

A Educação Permanente em Saúde (EPS) constitui uma estratégia político-pedagógica voltada para a transformação das práticas profissionais, fundamentada na problematização do processo de trabalho e na aprendizagem significativa, tendo como finalidade qualificar a atenção à saúde e fortalecer o Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2004). Diferentemente dos modelos tradicionais de educação continuada, a EPS parte das necessidades reais dos serviços, promovendo a reflexão crítica sobre a prática profissional, a construção coletiva do conhecimento e o desenvolvimento de competências para a resolução dos problemas vivenciados no cotidiano assistencial (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

No contexto hospitalar, marcado pela complexidade clínica e pela necessidade de decisões rápidas e baseadas em evidências, a atualização permanente dos profissionais torna-se indispensável para garantir uma assistência segura, integral e centrada nas necessidades dos usuários. Nesse cenário, a Terapia Ocupacional desempenha papel fundamental na promoção da funcionalidade, da autonomia e da participação ocupacional dos pacientes, por meio de intervenções que minimizam incapacidades e favorecem o desempenho nas atividades de vida diária durante a hospitalização e após a alta (AMERICAN OCCUPATIONAL THERAPY ASSOCIATION, 2020).

Entre os recursos utilizados pelo terapeuta ocupacional, destaca-se a Tecnologia Assistiva (TA), definida como uma área do conhecimento de caráter interdisciplinar que engloba produtos, recursos, metodologias, estratégias, práticas e serviços destinados a promover funcionalidade, independência, autonomia, participação social e qualidade de vida de pessoas com deficiência ou limitações funcionais (BRASIL, 2009). No ambiente hospitalar, a utilização de adaptações de baixo custo e dispositivos confeccionados com materiais acessíveis possibilita respostas rápidas às demandas dos pacientes, favorecendo o posicionamento terapêutico, a prevenção de complicações, a realização das atividades de vida diária e a preparação para a continuidade do cuidado após a alta hospitalar.

Apesar da necessidade da informação e da criação de dispositivos em tecnologia assistiva na prática da Terapia Ocupacional, observa-se que há poucas oportunidades de capacitação durante os processos de trabalho nos serviços de saúde, o que concorre para limitar a incorporação desses recursos ao cuidado cotidiano. Nesse contexto, ações de Educação Permanente em Saúde constituem importantes estratégias para atualização técnico-científica, troca de experiências e fortalecimento do raciocínio clínico, aproximando o conhecimento teórico das necessidades concretas do processo de trabalho.

Diante desse cenário, o estudo teve como objetivo descrever na educação permanente uma oficina de tecnologias assistivas para terapeutas ocupacionais em um hospital público terciário, ao destacar as contribuições para a qualificação da prática profissional.

2 RELATO DE EXPERIÊNCIA

Trata-se de um relato de experiência referente à realização de uma oficina de Educação Permanente em Saúde sobre Tecnologia Assistiva, promovida pelo Núcleo de Educação Permanente de Terapia Ocupacional do Hospital Geral de Fortaleza (HGF), hospital público terciário de referência para atendimento de alta complexidade no estado do Ceará. A atividade foi conduzida por terapeutas ocupacionais da instituição, com carga horária integral, de 08 horas, distribuída nos turnos da manhã e da tarde, com o público-alvo terapeutas ocupacionais assistenciais e residentes de Terapia Ocupacional.

Desse modo, a oficina pautou-se no relatório de planejamento, conteúdo programático, cronograma de atividades, as metodologias propostas, observação direta e diário de campo. O planejamento deu-se a partir da identificação da necessidade de fortalecer conhecimentos teórico-práticos relacionados à Tecnologia Assistiva no contexto hospitalar, considerando a

DOI: 10.51161/iv-conasus/85942

importância para a promoção da funcionalidade, da independência, segurança e autonomia dos pacientes durante a internação e no processo de preparação para a alta hospitalar.

Inicialmente, foi realizada uma exposição dialogada abordando os conceitos de Tecnologia Assistiva, sua evolução histórica, marcos legais, classificação e principais categorias de recursos empregados na prática da Terapia Ocupacional. Também foram discutidos os princípios para indicação dos dispositivos, considerando aspectos relacionados à funcionalidade, às demandas ocupacionais, ao contexto de vida do paciente e à viabilidade de utilização dos recursos após a alta hospitalar.

Na etapa prática, os participantes confeccionaram adaptações e dispositivos assistivos de baixo custo utilizando materiais amplamente disponíveis, possibilitando a vivência do processo de construção dos recursos e o desenvolvimento de habilidades técnicas para sua reprodução na prática clínica. Foram elaboradas adaptações destinadas ao auxílio nas atividades de vida diária, recursos para alimentação, escrita, higiene pessoal, vestuário, posicionamento, proteção articular e favorecimento da preensão funcional, demonstrando alternativas acessíveis para atender diferentes perfis de pacientes hospitalizados.

Ao término da confecção de cada recurso, realizou-se uma discussão coletiva sobre suas indicações clínicas, objetivos terapêuticos, possibilidades de aplicação, contraindicações, limitações e perfil funcional dos pacientes que poderiam se beneficiar de sua utilização. As metodologias ativas adotadas baseiam-se em exposição dialogada, problematização, discussão de casos clínicos, compartilhamento de estratégias terapêuticas utilizadas no cotidiano hospitalar e construção coletiva de soluções para demandas frequentemente encontradas na assistência. Com o intuito de estimular o raciocínio clínico, a resolução de problemas e a troca de experiências entre os profissionais.

Durante toda a oficina, observou-se intensa participação dos profissionais, com articulação entre teoria e prática, de modo crítico e reflexivo pautada nos princípios da educação permanente e ao incorporar conceitos e evidências científicas sobre a aplicação da Tecnologia Assistiva como recurso terapêutico, ao fortalecer a tomada de decisão clínica e ampliando o repertório de intervenções passíveis de serem implementadas na rotina do serviço.

3 DISCUSSÃO

Neste contexto, a oficina possibilitou articular conhecimentos das práticas cotidianas vivenciadas na realidade do trabalho dos terapeutas ocupacionais, ao proporcionar um espaço de problematização e construção coletiva do conhecimento baseado na Educação Permanente em Saúde (EPS). Diferentemente de modelos tradicionais de capacitação, centrados na transmissão de conteúdo, a EPS propõe processos educativos integrados ao serviço, nos quais os profissionais refletem criticamente sobre suas práticas e constroem soluções a partir das necessidades identificadas no contexto assistencial (BRASIL, 2004; CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Durante a oficina, a metodologia participativa favoreceu a integração entre teoria e prática, permitindo que os terapeutas ocupacionais relacionassem os conteúdos abordados às situações vivenciadas na rotina hospitalar. A discussão clínica realizada após a confecção de cada recurso assistivo estimulou o raciocínio terapêutico ocupacional, a análise crítica das indicações dos dispositivos e a tomada de decisão baseada nas necessidades funcionais dos pacientes. Esse processo de aprendizagem ativa fortalece a autonomia profissional e contribui para a incorporação de práticas fundamentadas em evidências, princípios considerados essenciais na Educação Permanente em Saúde.

No âmbito do serviço de Terapia Ocupacional, a Tecnologia Assistiva constitui um recurso que favorecer o desempenho ocupacional, amplia a independência e autonomia e,

minimiza as barreiras impostas pelas limitações decorrentes das condições de saúde. A utilização de adaptações individualizadas possibilita que pessoas com comprometimentos motores, sensoriais ou cognitivos realizem atividades de vida diária com maior segurança e autonomia, promovendo participação ocupacional e qualidade de vida (AMERICAN OCCUPATIONAL THERAPY ASSOCIATION, 2021).

Outro aspecto relevante observado refere-se a valorização dos recursos de baixo custo. A confecção de adaptações utilizando materiais acessíveis demonstrou aos participantes que a efetividade da Tecnologia Assistiva não está necessariamente relacionada ao uso de dispositivos de alta complexidade ou elevado custo financeiro. No contexto do Sistema Único de Saúde, essa abordagem favorece a ampliação do acesso aos recursos assistivos, possibilitando intervenções mais rápidas e compatíveis com a realidade socioeconômica dos usuários e dos serviços de saúde (JACOB, MAIA e MITRE, 2018).

Então, a discussão dos casos clínicos apresentada durante a oficina favoreceu a troca de experiências entre profissionais com diferentes trajetórias de atuação, fortalecendo a aprendizagem colaborativa e o compartilhamento de estratégias terapêuticas. Essa metodologia amplia o repertório técnico da equipe e contribui para a padronização de condutas fundamentadas no raciocínio clínico, aspecto especialmente relevante em hospitais de alta complexidade, onde a diversidade de perfis funcionais exige constante atualização profissional.

Além do aprimoramento técnico, a oficina possibilitou reflexões sobre tecnologias assistivas como componente do planejamento em terapia ocupacional desde a internação até a preparação para a alta hospitalar. A seleção adequada de recursos assistivos pode reduzir riscos, favorecer a continuidade do cuidado no domicílio, estimular a independência nas atividades de vida diária e apoiar familiares e cuidadores no manejo seguro das limitações funcionais, contribuindo para um cuidado mais integral e centrado na pessoa.

4 CONCLUSÃO

Portanto, a Educação Permanente em Saúde constitui uma estratégia eficaz para o fortalecimento das competências dos terapeutas ocupacionais no contexto hospitalar, ao favorecer a integração entre conhecimento científico, prática clínica e reflexão crítica sobre o processo de trabalho. A oficina proporcionou um ambiente de aprendizagem colaborativa, no qual os participantes puderam ampliar conhecimentos acerca da Tecnologia Assistiva, desenvolver habilidades para confecção de recursos de baixo custo e discutir sua aplicabilidade frente às diferentes demandas funcionais encontradas na assistência hospitalar.

Neste sentido, as metodologias ativas contribuem para articular teoria e prática adotadas e possibilitaram compreensão dos processos construtivos dos dispositivos, indicação de critérios clínicos a partir das necessidades ocupacionais, embasada no desempenho ocupacional e história de vida dos pacientes. Dessa forma, a oficina contribuiu para o fortalecimento do raciocínio em terapia ocupacional, além da ampliação do repertório técnico da equipe, ao favorecer intervenções resolutivas, seguras e centradas na funcionalidade.

Como limitação deste estudo, destaca-se a ausência de instrumentos formais para avaliação do impacto da capacitação sobre a prática profissional e sobre os desfechos assistenciais, restringindo a análise às percepções decorrentes da experiência vivenciada. Sugere-se que futuras ações de Educação Permanente incorporem estratégias de avaliação pré e pós-capacitação, bem como o acompanhamento da utilização dos recursos de tecnologias Assistivas na prática clínica, contribuindo para produção de evidências sobre seus efeitos na qualificação da assistência em Terapia Ocupacional.

Recomenda-se que iniciativas de Educação Permanente voltadas às tecnologias assistivas possam se sistematizar nos serviços a fim de qualificar o cuidado ocupacional,

fortalecer o desenvolvimento profissional, além de incentivar a incorporação de recursos acessíveis às necessidades funcionais dos pacientes, reafirmando o compromisso dos terapeutas ocupacionais com a assistência humanizada, integral. E, estudos futuros poderão incorporar avaliações de satisfação, aquisição de conhecimentos e mudanças nas práticas assistenciais após as capacitações, produzindo evidências mais robustas sobre seus efeitos na qualidade do cuidado.

REFERÊNCIAS

AMERICAN OCCUPATIONAL THERAPY ASSOCIATION. **Occupational therapy practice framework: Domain and process**. 4. ed. **American Journal of Occupational Therapy**, Bethesda, v. 74, supl. 2, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 198/GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004**. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 16 fev. 2004.

BRASIL. Subsecretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência. Comitê de Ajudas Técnicas. **Tecnologias Assistivas**. Brasília, DF: CORDE, 2009.

CECCIM, Ricardo Burg; FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004.

JACOB, Luana Ramalho; MAIA, Fernanda do Nascimento; MITRE, Rosa Maria de Araujo. Tecnologia assistiva no ambiente hospitalar: uma análise da prática. **Revista Interinstitucional Brasileira de Terapia Ocupacional - REVISBRATO**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 2, p. 468-480, 2018.

DOI: 10.51161/iv-conasus/85942

REVOLUÇÃO 4.0: UM NOVO CAMINHO DE SOLUÇÕES PARA IDOSOS BRASILEIROS

FÁBIO MARQUES MEIRA; TELMA PINHEIRO TORRES

RESUMO

O acelerado envelhecimento populacional e o aumento da prevalência de doenças crônicas, multimorbidades e limitações funcionais ampliam a necessidade de modelos assistenciais contínuos, integrados e centrados na pessoa. Paralelamente, as transformações decorrentes da Quarta Revolução Industrial vêm introduzindo novas possibilidades para o acompanhamento da população idosa, por meio da inteligência artificial, dos aplicativos móveis, dos dispositivos vestíveis, da internet das coisas, da telessaúde e dos prontuários eletrônicos interoperáveis. Este estudo teve como objetivo analisar as principais tecnologias associadas à transformação digital aplicadas ao cuidado da pessoa idosa, discutindo suas contribuições para a autonomia, o gerenciamento de doenças crônicas, a continuidade assistencial e a qualificação dos serviços de saúde. Trata-se de uma revisão narrativa da literatura, de abordagem qualitativa, realizada mediante consulta às bases PubMed, SciELO e Biblioteca Virtual em Saúde, além de documentos institucionais nacionais e internacionais. Foram priorizadas publicações produzidas entre 2018 e 2025, complementadas por estudos considerados fundamentais para a compreensão do tema. Os resultados foram organizados em quatro categorias: tecnologias aplicadas às necessidades de saúde da pessoa idosa; aplicativos móveis e monitoramento de doenças crônicas; inteligência artificial aplicada ao cuidado; e prontuário eletrônico e integração das informações clínicas. As ferramentas tecnológicas podem favorecer o acompanhamento remoto, a adesão terapêutica, a prevenção de quedas, a identificação precoce de alterações clínicas, a tomada de decisão profissional e o compartilhamento de informações entre equipes, familiares e cuidadores. Entretanto, sua implementação ainda enfrenta desafios relacionados à alfabetização digital, à desigualdade de acesso, à proteção dos dados pessoais, à interoperabilidade dos sistemas e à capacitação dos profissionais. Conclui-se que as tecnologias digitais apresentam elevado potencial para fortalecer a assistência à pessoa idosa, desde que sejam incorporadas de maneira ética, segura, acessível e integrada ao cuidado humanizado, contribuindo para um modelo assistencial mais preventivo, resolutivo e orientado às necessidades individuais.

Palavras-chave: Inovação em saúde; Saúde digital; Monitoramento remoto.

1 INTRODUÇÃO

O acelerado envelhecimento populacional representa um dos principais desafios para os sistemas de saúde em âmbito mundial. No Brasil, a transição demográfica vem ocorrendo de forma rápida, acompanhada pelo aumento da expectativa de vida e da prevalência de doenças crônicas não transmissíveis, multimorbidades e limitações funcionais, fatores que ampliam a demanda por serviços de saúde contínuos, integrados e centrados na pessoa idosa (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2021; BRASIL, 2024).

DOI: 10.51161/iv-conasus/85943

Paralelamente a esse cenário, a Quarta Revolução Industrial (Indústria 4.0) promove profundas transformações na organização da sociedade por meio da incorporação de tecnologias como inteligência artificial, internet das coisas, computação em nuvem, dispositivos móveis, big data, telemedicina e sistemas inteligentes de apoio à decisão. Essas inovações vêm modificando os processos assistenciais, permitindo maior integração entre profissionais, serviços e usuários, além de favorecer o monitoramento remoto, a prevenção de agravos e a personalização do cuidado (SCHWAB, 2016; SCHWAB; DAVIS, 2018).

Na assistência à pessoa idosa, essas tecnologias apresentam elevado potencial para ampliar a autonomia, fortalecer o acompanhamento de doenças crônicas, otimizar a comunicação entre equipes multiprofissionais e reduzir hospitalizações evitáveis. Recursos como prontuários eletrônicos interoperáveis, aplicativos de monitoramento, sensores inteligentes, dispositivos vestíveis e plataformas de telessaúde contribuem para uma assistência mais segura, eficiente e baseada em dados, sem substituir a importância da humanização e da relação profissional-usuário (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2021; LOVEYS et al., 2022).

Nesse contexto, torna-se relevante discutir como as tecnologias associadas à Revolução 4.0 podem contribuir para a reorganização da atenção à saúde da população idosa brasileira, considerando seus benefícios, limitações e desafios para incorporação nos diferentes níveis de atenção. Assim, este estudo teve como objetivo analisar as principais tecnologias da Indústria 4.0 aplicadas ao cuidado da pessoa idosa, discutindo suas potencialidades para qualificar a assistência, promover autonomia, fortalecer a continuidade do cuidado e contribuir para a sustentabilidade dos serviços de saúde.

2 MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo de natureza qualitativa, caracterizado como revisão narrativa da literatura, desenvolvido por meio de levantamento bibliográfico em documentos científicos e institucionais relacionados à transformação digital em saúde, envelhecimento populacional e tecnologias aplicadas ao cuidado da pessoa idosa.

Foram consultadas publicações disponíveis nas bases PubMed, SciELO e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), além de documentos oficiais da Organização Mundial da Saúde (WHO), do Ministério da Saúde do Brasil e de obras clássicas sobre a Quarta Revolução Industrial. A seleção contemplou artigos publicados, prioritariamente, entre 2018 e 2025, complementados por referências consideradas fundamentais para a compreensão da evolução da Indústria 4.0.

A análise concentrou-se nas tecnologias com maior potencial de aplicação na assistência à pessoa idosa, incluindo inteligência artificial, telemedicina, aplicativos móveis, dispositivos vestíveis, internet das coisas e prontuários eletrônicos interoperáveis, buscando identificar suas contribuições para o gerenciamento de doenças crônicas, continuidade do cuidado, segurança do paciente e fortalecimento das Redes de Atenção à Saúde.

As informações obtidas foram organizadas por categorias temáticas e analisadas de forma descritiva e interpretativa, permitindo discutir os avanços, limitações e perspectivas da incorporação das tecnologias digitais na assistência à saúde da população idosa brasileira.

DOI: 10.51161/iv-conasus/85943

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Tecnologias empregadas para as necessidades em saúde da pessoa idosa

A Revolução 4.0 ampliou significativamente o desenvolvimento de tecnologias voltadas ao cuidado da pessoa idosa, incorporando soluções capazes de promover maior autonomia, segurança e continuidade assistencial. Entretanto, a inovação em saúde não deve ser compreendida apenas pela introdução de equipamentos sofisticados. Conforme a classificação proposta por Merhy, Feuerwerker e Franco (2019), as tecnologias em saúde podem ser classificadas em leves, leve-duras e duras, sendo todas essenciais para a integralidade do cuidado. Enquanto as tecnologias leves estão relacionadas ao vínculo, acolhimento e comunicação entre profissionais e usuários, as tecnologias leve-duras compreendem os conhecimentos científicos e protocolos clínicos, e as tecnologias duras correspondem aos equipamentos, sistemas informatizados e dispositivos utilizados na assistência.

Os resultados da presente revisão evidenciam que essas tecnologias atuam de maneira complementar, especialmente no cuidado de idosos portadores de doenças crônicas, nos quais a continuidade do acompanhamento constitui fator determinante para melhores desfechos clínicos. Embora aplicativos móveis, sensores e dispositivos inteligentes apresentem elevada capacidade de monitoramento, tais recursos não substituem a relação humana estabelecida entre profissionais, pacientes e familiares, mas potencializam a qualidade da assistência quando utilizados de forma integrada (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2021).

Nesse contexto, aplicativos destinados ao gerenciamento do cuidado possibilitam registrar medicamentos, acompanhar sinais clínicos, compartilhar informações entre familiares e profissionais e organizar rotinas assistenciais. Essas funcionalidades ampliam a participação dos cuidadores e favorecem o acompanhamento multiprofissional, conforme já sugerido no texto-base analisado.

Aplicativos móveis e monitoramento de doenças crônicas

A ampla disseminação dos smartphones representa uma oportunidade importante para ampliar estratégias de promoção da saúde entre idosos. O crescimento do acesso aos dispositivos móveis observado nos últimos anos favoreceu o desenvolvimento de aplicativos voltados ao acompanhamento de hipertensão arterial, diabetes mellitus, insuficiência cardíaca, doença de Alzheimer e outras condições crônicas prevalentes nessa população (IBGE, 2024).

Os estudos analisados demonstram que aplicativos de monitoramento podem melhorar a adesão ao tratamento medicamentoso, aumentar o autocuidado e permitir intervenções precoces diante de alterações clínicas. Bell et al. (2012) observaram melhora no controle da pressão arterial e da hemoglobina glicada em pacientes acompanhados por tecnologias móveis, resultados posteriormente confirmados por revisões sistemáticas recentes sobre saúde digital (WHO, 2021).

Outro aspecto relevante refere-se à prevenção de quedas. Sensores presentes em smartphones e dispositivos vestíveis permitem identificar alterações da marcha, episódios de queda e redução da mobilidade, emitindo alertas para familiares e equipes de saúde. Considerando que as quedas constituem importante causa de hospitalização e incapacidade funcional entre idosos, essas ferramentas apresentam elevado potencial para reduzir complicações e custos assistenciais (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2021).

Além disso, estudos recentes indicam que tecnologias digitais podem contribuir para o acompanhamento de doenças neurodegenerativas, permitindo identificar alterações cognitivas precoces e acompanhar a evolução funcional dos pacientes. Embora a relação entre resistência insulínica e Doença de Alzheimer ainda seja objeto de investigação científica, pesquisas

sugerem associação entre alterações metabólicas e processos neurodegenerativos, reforçando a importância do monitoramento contínuo dessa população.

Inteligência Artificial aplicada ao cuidado da pessoa idosa

Entre as tecnologias da Revolução 4.0, a Inteligência Artificial (IA) destaca-se como uma das ferramentas mais promissoras para apoiar a tomada de decisão clínica e a gestão do cuidado da pessoa idosa. Sistemas baseados em aprendizado de máquina (*machine learning*), aprendizado profundo (*deep learning*) e processamento de linguagem natural (*Natural Language Processing – NLP*) são capazes de analisar grandes volumes de dados provenientes de prontuários eletrônicos, exames laboratoriais, exames de imagem, dispositivos vestíveis (*wearables*), sensores domiciliares e plataformas de telemonitoramento. A partir dessa integração de informações, esses sistemas conseguem reconhecer padrões complexos, identificar fatores de risco e auxiliar os profissionais na definição de condutas mais precisas e individualizadas (TOPOL, 2019).

Os resultados encontrados indicam que algoritmos inteligentes apresentam aplicações relevantes no acompanhamento de idosos com doenças crônicas, permitindo prever internações evitáveis, identificar risco de fragilidade, detectar eventos adversos relacionados ao uso de medicamentos, estimar o risco de quedas, reconhecer precocemente alterações cognitivas e apoiar diagnósticos mais precisos. Essas evidências corroboram os conceitos anteriormente descritos sobre redes neurais artificiais como ferramentas capazes de reproduzir processos computacionais inspirados no raciocínio humano, contribuindo para análises clínicas cada vez mais rápidas e precisas.

Outra aplicação importante refere-se aos sistemas de apoio à decisão clínica (*Clinical Decision Support Systems – CDSS*), que utilizam inteligência artificial para cruzar informações clínicas, laboratoriais e farmacológicas, emitindo alertas sobre possíveis interações medicamentosas, contraindicações, risco de reações adversas, necessidade de exames complementares e protocolos assistenciais mais adequados. Considerando que a população idosa frequentemente apresenta multimorbidades e faz uso simultâneo de diversos medicamentos, esses sistemas contribuem significativamente para reduzir iatrogenias, eventos adversos e hospitalizações evitáveis.

A inteligência artificial também vem sendo incorporada ao monitoramento remoto por meio da Internet das Coisas (*Internet of Things – IoT*). Sensores inteligentes instalados em residências ou incorporados a relógios inteligentes, pulseiras e outros dispositivos vestíveis permitem acompanhar continuamente parâmetros como frequência cardíaca, pressão arterial, saturação de oxigênio, padrão respiratório, qualidade do sono, mobilidade e nível de atividade física. A análise automatizada desses dados possibilita identificar alterações fisiológicas antes do aparecimento de manifestações clínicas mais graves, favorecendo intervenções precoces pelas equipes multiprofissionais e reduzindo complicações decorrentes de doenças crônicas.

Na saúde mental e na neurologia, algoritmos de inteligência artificial têm sido empregados para identificar sinais precoces de comprometimento cognitivo leve, Doença de Alzheimer e outras demências por meio da análise da fala, da escrita, do padrão de marcha, do desempenho em testes cognitivos digitais e de exames de neuroimagem. Modelos preditivos permitem estimar a velocidade de progressão dessas doenças e auxiliar no planejamento terapêutico individualizado, favorecendo intervenções mais precoces e melhor qualidade de vida para pacientes e cuidadores.

Outro campo em expansão corresponde à utilização da IA em robôs socialmente assistivos (*Socially Assistive Robots*), desenvolvidos para estimular interação social, promover exercícios cognitivos, lembrar horários de medicamentos, incentivar a prática de atividades físicas e reduzir sentimentos de isolamento e solidão entre idosos institucionalizados ou que

vivem sozinhos. Estudos recentes demonstram que esses recursos podem melhorar indicadores de bem-estar, adesão ao tratamento e qualidade de vida, funcionando como complemento ao cuidado humano e nunca como seu substituto (LOVEYS et al., 2022).

Entretanto, a Organização Mundial da Saúde ressalta que a incorporação da inteligência artificial deve observar princípios éticos relacionados à transparência, explicabilidade dos algoritmos, segurança, proteção de dados pessoais, privacidade, responsabilização e equidade, evitando vieses algorítmicos que possam comprometer a qualidade da assistência ou ampliar desigualdades no acesso aos serviços de saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2021). Dessa forma, a IA deve ser compreendida como uma tecnologia de apoio ao processo assistencial, fortalecendo a capacidade analítica dos profissionais de saúde sem substituir o julgamento clínico, a humanização do cuidado e a relação terapêutica estabelecida com a pessoa idosa.

Prontuário eletrônico e integração das informações em saúde

A integração das informações clínicas constitui um dos maiores desafios para a assistência à pessoa idosa, considerando que esses pacientes frequentemente realizam acompanhamento simultâneo com diferentes especialidades médicas e utilizam múltiplos medicamentos. Nesse cenário, os prontuários eletrônicos interoperáveis representam importante ferramenta para garantir continuidade assistencial, reduzir duplicidade de exames e minimizar eventos adversos relacionados às iatrogenias.

Os resultados desta revisão demonstram que iniciativas como a Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS) e o Programa SUS Digital vêm fortalecendo a integração das informações clínicas no Sistema Único de Saúde, favorecendo maior comunicação entre os diferentes níveis de atenção e ampliando a segurança do paciente (BRASIL, 2024).

Além da organização das informações clínicas, a interoperabilidade permite que aplicativos móveis, plataformas de telemonitoramento e sistemas inteligentes compartilhem dados em tempo real entre equipes multiprofissionais, favorecendo intervenções precoces e maior eficiência na gestão do cuidado. Essa perspectiva reforça as discussões presentes no texto-base, que já apontavam a necessidade de sistemas únicos e integrados para evitar fragmentação das informações e melhorar a qualidade da assistência prestada à população idosa.

Os quatro eixos analisados demonstram que as tecnologias associadas à Revolução 4.0 possuem elevado potencial para transformar a assistência à pessoa idosa no Brasil. Contudo, sua efetividade depende da integração entre inovação tecnológica, qualificação profissional, inclusão digital e fortalecimento das Redes de Atenção à Saúde, assegurando que o avanço tecnológico permaneça centrado nas necessidades humanas e na promoção do envelhecimento saudável.

4 CONCLUSÃO

As tecnologias associadas à Revolução 4.0 vêm transformando significativamente o cuidado à pessoa idosa, oferecendo soluções capazes de qualificar a assistência, ampliar a autonomia dos usuários e fortalecer a continuidade do cuidado. Ferramentas como aplicativos móveis, inteligência artificial, dispositivos de monitoramento remoto e prontuários eletrônicos interoperáveis demonstram potencial para otimizar o gerenciamento das doenças crônicas, favorecer a tomada de decisão clínica, reduzir eventos adversos e promover maior integração entre os diferentes níveis de atenção à saúde.

Entretanto, os benefícios dessas tecnologias dependem de sua incorporação de forma ética, segura e integrada às práticas assistenciais, preservando o cuidado humanizado e o

protagonismo dos profissionais de saúde. Aspectos relacionados à inclusão digital da população idosa, à proteção de dados, à capacitação das equipes multiprofissionais e à interoperabilidade dos sistemas de informação ainda representam desafios importantes para a consolidação da transformação digital no Sistema Único de Saúde.

A Revolução 4.0 constitui um importante caminho para o fortalecimento da atenção à saúde da pessoa idosa no Brasil, contribuindo para um modelo assistencial mais preventivo, resolutivo e centrado nas necessidades do paciente. Investimentos em infraestrutura tecnológica, inovação, educação permanente dos profissionais e desenvolvimento de políticas públicas voltadas à saúde digital serão fundamentais para ampliar o acesso às tecnologias e garantir um envelhecimento mais saudável, ativo e com melhor qualidade de vida

REFERÊNCIAS

BELL, A. M.; FONSECA, V.; WALKER, M. S. Mobile phone-based interventions for chronic disease management: a systematic review. **BMC Health Services Research**, London, v. 12, n. 1, p. 1-15, 2012. DOI: https://doi.org/10.1186/1472-6963-12-1

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégia de Saúde Digital para o Brasil 2020-2028**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategia_saude_digital_Brasil.pdf. Acesso em: 22 jul. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa SUS Digital**. Brasília: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/seidigi/programa-sus-digital. Acesso em: 22 jul. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/seidigi/rnds. Acesso em: 22 jul. 2026.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua: Tecnologia da Informação e Comunicação 2023**. Rio de Janeiro: IBGE, 2024. Disponível em: https://www.ibge.gov.br. Acesso em: 22 jul. 2026.

LEE, J. Y.; LEE, S. W. H.; NASIR, N. H. A. et al. Artificial intelligence in elderly healthcare: a scoping review. **Ageing Research Reviews**, v. 84, 2022. DOI: https://doi.org/10.1016/j.arr.2022.101817

LOVEYS, K.; SENO, T.; RUTLEDGE, K. et al. The effectiveness of socially assistive robots for older adults: a systematic review and meta-analysis. **Ageing Research Reviews,** Amsterdam, v. 78, 101637, 2022. DOI: https://doi.org/10.1016/j.arr.2022.101637

MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L. C. M.; FRANCO, T. B. **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes**. Rio de Janeiro: Hexis, 2019.

SCHWAB, K. **A Quarta Revolução Industrial**. São Paulo: Edipro, 2016.

SCHWAB, K.; DAVIS, N. **Aplicando a Quarta Revolução Industrial**. São Paulo: Edipro, 2018.

TOPOL, E. **Deep Medicine: How Artificial Intelligence Can Make Healthcare Human Again**. New York: Basic Books, 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Ethics and governance of artificial intelligence for health**. Geneva: World Health Organization, 2021. Disponível em: https://www.who.int/publications/i/item/9789240029200. Acesso em: 22 jul. 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Ethics and governance of artificial intelligence for health**. Geneva: WHO, 2021. Disponível em: https://www.who.int/publications/i/item/9789240029200. Acesso em: 22 jul. 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global strategy on digital health 2020–2025**. Geneva: World Health Organization, 2021. Disponível em: https://www.who.int/publications/i/item/9789240020924. Acesso em: 22 jul. 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **World report on ageing and health**. Geneva: World Health Organization, 2015. Disponível em: https://www.who.int/publications/i/item/9789241565042. Acesso em: 22 jul. 2026.

DOI: 10.51161/iv-conasus/85943

COMPORTAMENTO RELACIONADO AO SUICÍDIO NA POPULAÇÃO TRANS BRASILEIRA: LACUNAS E PERSPECTIVAS DA LITERATURA RECENTE

MARTIN CURCIO SESSEGOLO; STHEFANY CRISTINA KRYCKI; JOÃO VITOR OVIEDO GIROLDI; NICOLE VIEIRA DANTAS; ANA EDUARDA MENDEL SCHNEIDER

Introdução: O suicídio afeta desproporcionalmente a população trans, composta por pessoas cuja identidade de gênero difere do sexo atribuído ao nascimento. Apesar dos elevados índices de violência contra esse grupo no Brasil, os estudos sobre comportamento suicida ainda são escassos e apontam forte associação com determinantes sociais e estigma. **Objetivo:** Verificar as taxas de suicídio de pessoas transgênero comparada a população em geral brasileira e por região, destacando os fatores que alteram tal desfecho e reforçando pontos a serem atentados durante o atendimento em saúde dessa demografia. **Metodologia:** Revisão bibliográfica narrativa realizada na base de dados PubMed, utilizando a estratégia de busca "(*Brazil*) *AND* (*transgender OR transexual OR trans*) *AND* (*suicide OR suicidality OR suicidal*)". Foram aplicados os filtros de publicações nos últimos cinco anos e disponíveis em "*free full text*", levando a 19 resultados. Foram excluídos artigos que não abordavam a população trans brasileira ou que não tinham como desfecho o comportamento suicida, totalizando nove artigos incluídos para análise. **Resultados:** Os estudos realizados se concentram nas regiões Sudeste e Sul, com um estudo no Nordeste e dois de abrangência nacional, que, em conjunto, contemplaram 14 municípios, dos quais 12 são capitais. Observou-se predomínio de pesquisas com mulheres trans, com limitada inclusão de homens trans e de outras identidades de gênero. Os índices de ideação suicida variaram entre 24,7% e 75,8%, e os de tentativa de suicídio entre 8,2% e 43,4%, taxas consideravelmente superiores às da população geral brasileira. Os principais fatores de risco foram depressão, transtorno de estresse pós-traumático, violência física ou sexual, discriminação e barreiras de acesso à saúde. Suporte social, incluindo apoio familiar, de amigos e de redes de apoio comunitárias, e maior resiliência individual emergiram como fatores de proteção. **Conclusão:** O contraste entre taxas elevadas de suicídio na população trans e a escassez de dados recentes evidencia a urgência de mais estudos que subsidiem políticas públicas voltadas à prevenção do suicídio e à promoção de saúde mental dessa população. Ainda, é necessário incluir diferentes perfis da comunidade trans visto que os estudos existentes se concentram em determinadas regiões e em mulheres trans.

Palavras-chave: **TRANSGÊNERO; SAÚDE MENTAL; DETERMINANTES SOCIAIS NA SAÚDE**

DOI: 10.51161/iv-conasus/85944

FERRAMENTA DE TRIAGEM INTELIGENTE PARA HISTOPATOLOGIA MAMÁRIA: MITIGANDO O ATRASO DIAGNÓSTICO DO CÂNCER DE MAMA

GABRIEL HIDEAKI MIURA; ANDRÉ MIKIO MIURA; DÉBORA LILIANE DE SOUZA RENÓ

RESUMO

O câncer de mama permanece como um dos maiores desafios de saúde pública, evidenciando a urgência de ferramentas de triagem ágeis e acessíveis, especialmente no âmbito do Sistema Único de Saúde. O objetivo deste trabalho foi desenvolver, integrar e validar uma ferramenta de triagem para o câncer de mama baseada em inteligência artificial de baixo custo, altamente reprodutível e focada no suporte à decisão clínica. Metodologicamente, o sistema estruturou-se na combinação da arquitetura de rede neural convolucional *EfficientNet* associada a uma regressão logística. O sistema de execução local com interface baseada em tecnologias web foi desenvolvido em Python com biblioteca Streamlit, incorpora recursos de mapas de calor e índices de confiança, para auxiliar os profissionais de saúde. A infraestrutura foi projetada para operar eficientemente em hardware modesto, com um design estrito de privacidade e proteção de dados que garante o sigilo médico ao não armazenar as imagens processadas. Como resultados, a aplicação demonstrou excelente performance de interface e viabilidade técnica, registrando métricas otimizadas de desempenho de interface. As limitações do estudo apontam para a necessidade de validação clínica prospectiva em larga escala, enquanto as perspectivas futuras miram a descentralização tecnológica para Unidades Básicas de Saúde. Conclui-se que a solução é viável para a rede pública, representando um avanço tecnológico capaz de otimizar a triagem oncológica no SUS.

Palavras-chave: Saúde Pública; Oncologia; Visão Computacional.

1 INTRODUÇÃO

No contexto brasileiro, o câncer de mama representa um desafio de saúde pública de proporções alarmantes, com estimativas que alcançam 73.610 novos casos anuais (Resende et al., 2025; Cacilhas et al., 2024). Para além da alta incidência, o impacto social é devastador, refletindo-se em uma mortalidade crescente que resulta na perda estimada de 25,3 milhões de anos potenciais de vida produtiva e um prejuízo econômico de US$ 26,8 bilhões (Migowski et al., 2025; Ferreira et al., 2020). Esse cenário sobrecarrega o sistema de seguridade social e fragiliza as estruturas familiares, evidenciando que o custo humano da doença transcende as estatísticas clínicas e compromete o desenvolvimento socioeconômico do país (Migowski et al., 2025; Gioia et al., 2021).

Ademais, a profunda desigualdade entre os setores público e privado acentua as iniquidades no cuidado, com o diagnóstico tardio concentrado majoritariamente na rede pública. Enquanto o acesso à detecção precoce é mais ágil na rede privada, cerca de 74% das pacientes do SUS já iniciam o tratamento em estágios avançados da doença (Da Mota Almeida Peroni et al., 2019). No SUS, 41% das pacientes apresentam doença avançada ao diagnóstico,

DOI: 10.51161/iv-conasus/85945

contra 21% no setor privado, o que resulta em uma sobrevida global significativamente menor (66,2% versus 79,7%) e um risco de morte 53% superior para quem depende exclusivamente da rede pública (Bines et al., 2026).

Adicionalmente, os gargalos operacionais no SUS, como a cobertura insuficiente de biópsias e a fragmentação assistencial, impedem o cumprimento de marcos legais, como o prazo de 30 dias para exames diagnósticos. O tempo médio para a liberação de laudos histopatológicos no Brasil é de 35,4 dias, com atrasos ainda mais críticos nas regiões Norte e Nordeste, onde as médias chegam a 52 e 50 dias (Auler et al., 2024; Vieira et al., 2024). Esses atrasos sistêmicos, somados a barreiras geográficas que forçam deslocamentos de até 448 km no Norte, empurram as pacientes para intervenções mais agressivas, mutilantes e onerosas, gerando uma sobrecarga crônica nos centros de referência (Azeredo-Da-Silva et al., 2024; Antonini et al., 2025; Migowski et al., 2025).

Diante desse panorama de barreiras estruturais, iniquidades assistenciais e sobrecarga da rede pública, este trabalho apresenta o desenvolvimento de uma ferramenta de triagem inteligente baseada em Redes Neurais Convolucionais para a histopatologia mamária. Integrada a uma interface web acessível, a solução socio-técnica proposta visa otimizar a etapa crítica da análise laboratorial, auxiliando na aceleração do diagnóstico, no suporte ao cumprimento dos prazos legais e na mitigação dos impactos do diagnóstico tardio no Sistema Único de Saúde (Resende et al., 2023; Auler et al., 2024).

2 MATERIAL E MÉTODOS

O desenvolvimento do protótipo foi estruturado em ambiente computacional de baixo custo (processador Intel Core i5, 8 GB de RAM), simulando a viabilidade de implantação em infraestruturas padrão e descentralizadas da rede pública. Já a metodologia divide-se em duas frentes integradas:

- Data Analytics e Back-end: pipeline de Inteligência Artificial, desenvolvido em linguagem Python com os frameworks TensorFlow e Keras. O modelo emprega Redes Neurais Convolucionais (CNNs) treinadas a partir da base de dados pública e rotulada de histopatologia mamária (Elmasry, 2021), incorporando técnicas de *data augmentation* de luminosidade e posição para conferir maior robustez contra variações laboratoriais. Como o treinamento de modelos de aprendizado profundo possui natureza estocástica, fixou-se uma semente aleatória (seed 42) em todo o processo para garantir a reprodutibilidade dos resultados. O algoritmo realiza a extração profunda de características visuais de lâminas teciduais, permitindo analisar com precisão os padrões microscópicos para a triagem automatizada;
- Front-end: interface *web*, desenvolvida em linguagem Python com a biblioteca Streamlit. Essa frente prioriza uma experiência leve, funcional e acessível para o suporte à rotina dos profissionais de saúde.

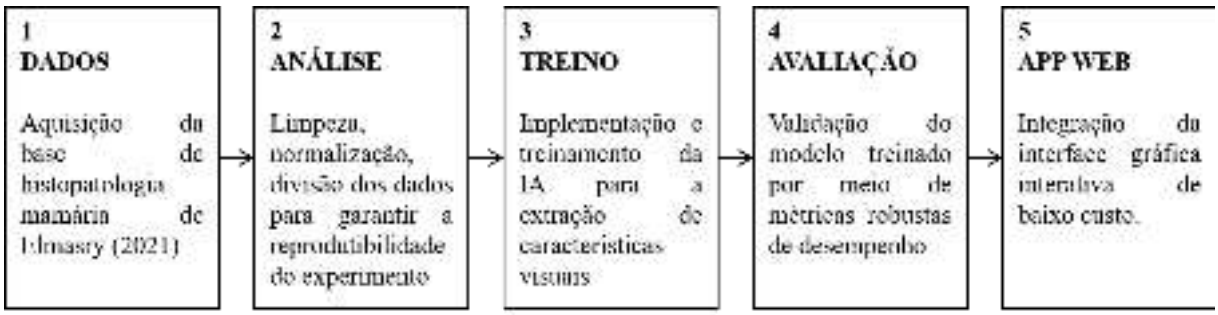


Figura 1 – Fluxograma das etapas metodológicas do desenvolvimento da ferramenta de triagem inteligente, abrangendo desde a aquisição e estruturação do conjunto de dados de histopatologia

mamária, passando pelo treinamento estocástico da Rede Neural Convolucional (CNN) e validação estatística, até a integração final na interface web de baixo custo voltada ao suporte à decisão no SUS.

O modelo integrado — estruturado com a arquitetura *EfficientNet* como extratora de características associada a classificador baseado em Regressão Logística como camada de discriminação — foi implantado em servidor dedicado e operado em conjunto com uma aplicação web voltada aos profissionais de saúde, cujo front-end conta com recursos de mapa de calor e índice de confiança. A metodologia de implementação no Sistema Único de Saúde (SUS) propõe uma abordagem descentralizada de baixo custo, viabilizando a capilaridade da ferramenta em Unidades Básicas de Saúde (UBS) mediante o aproveitamento da infraestrutura de hardware padrão já existente na rede pública. O sistema assegura a proteção de dados e o sigilo médico por não armazenar as imagens processadas, fundamentando-se na ética da inteligência artificial médica ao atuar como uma ferramenta de suporte à decisão clínica que apoia a atuação do profissional com segurança e confiabilidade.

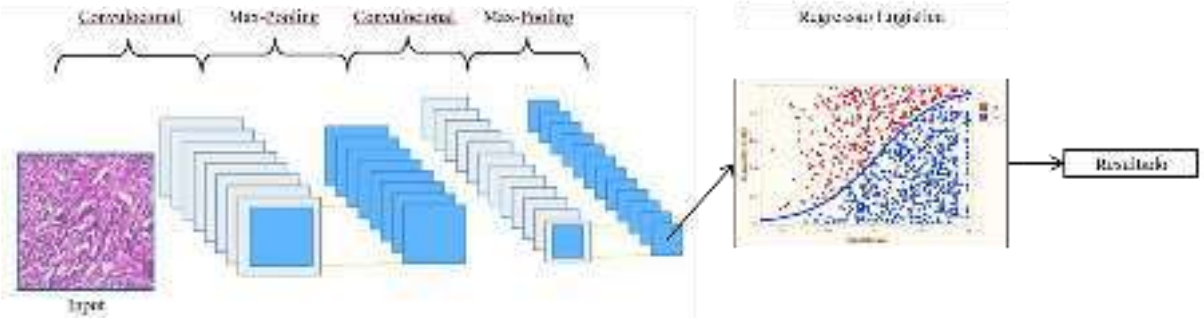


Figura 2 – Diagrama esquemático da arquitetura híbrida proposta. O fluxo inicia com a imagem de entrada (*Input*) processada por camadas convolucionais e operações de *max-pooling*, responsáveis pela extração de características visuais da histopatologia mamária. As representações obtidas (*feature maps*) são diretamente direcionadas a um modelo de Regressão Logística, que atua como classificador final para calcular a probabilidade de predição com melhor compreensão do comportamento do modelo frente ao problema, culminando no resultado da triagem.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após o treino do modelo, ele foi submetido à testes para checar o seu desempenho em classificar corretamente a condição médica do paciente. Nessa etapa, os resultados quantitativos demonstram uma performance global elevada e estável, com acurácia de hold-out e validação cruzada em torno de 94%, além de um excelente equilíbrio entre as classes, evidenciado pela sensibilidade de 95% para tecidos malignos, o que é altamente desejável em ferramentas de triagem para minimizar falsos negativos. Como ponto forte, destaca-se a consistência estatística obtida por meio da validação cruzada robusta e da divisão equilibrada do suporte de teste (1.000 amostras por classe). No entanto, em alinhamento com alertas da literatura especializada sobre as complexidades intrínsecas da patologia mamária e os desafios de transpor a acurácia algorítmica para a eficiência clínica (QUINN et al., 2022; AVAZOV et al., 2025), esses índices elevados devem ser interpretados com cautela, visto que modelos baseados em inteligência artificial frequentemente carregam riscos de viés metodológico e dependência de características de subgrupos de dados que podem limitar a generalização clínica real se não forem validados externamente.

DOI: 10.51161/iv-conasus/85945

Tabela 1 – Desempenho do modelo de IA por classe (benigno versus maligno) no conjunto de teste, detalhando o suporte amostral, precisão, sensibilidade e *F1-score*.

Categoria	**Benigno**	**Maligno**
Quantidade de Amostras (Suporte – Teste)	1000	1000
Precisão	94,9%	93,7%
Sensibilidade	93,6%	95,0%
F1-Score	94,3%	94,3%

Figura 3 – Captura de tela da interface do aplicativo *web* classificando para "Maligno" corretamente, com 99,64% de confiança. Possui o cabeçalho de identificação em rosa-choque, botão para selecionar imagem do exame, após isso uma caixa de texto abaixo mostrando o resultado do diagnóstico e uma imagem com o exame carregado ao lado.

Figura 4 – Captura de tela da interface do aplicativo *web* classificando para "Benigno" corretamente, com 93,98% de confiança. Possui o cabeçalho de identificação em rosa-choque, botão para selecionar imagem do exame, após isso uma caixa de texto abaixo mostrando o resultado do diagnóstico e uma imagem com o exame carregado ao lado.

DOI: 10.51161/iv-conasus/85945

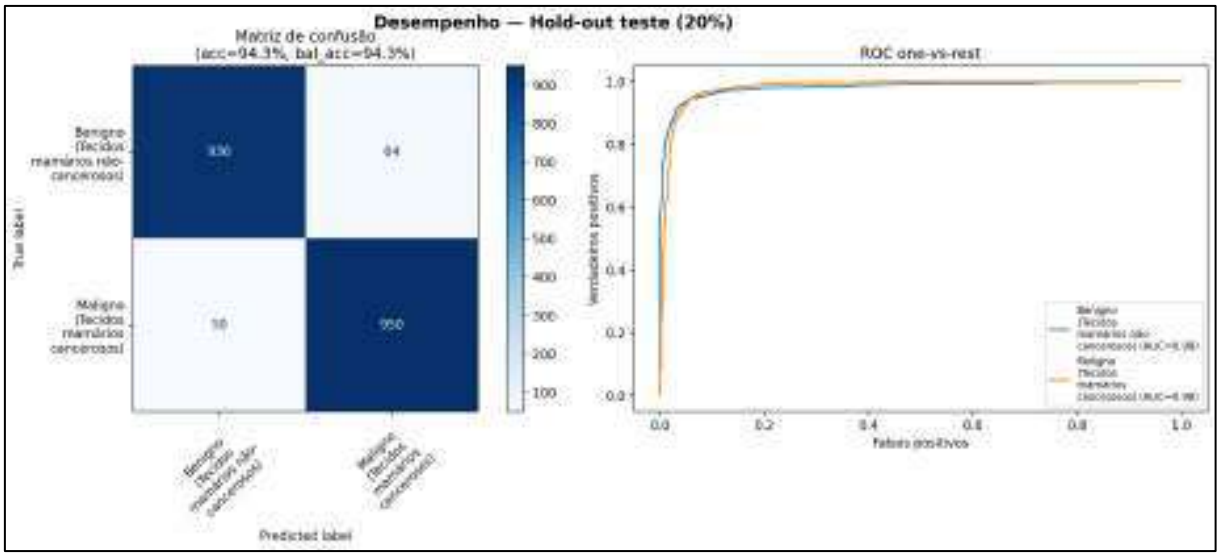


Figura 5 – Desempenho do modelo no conjunto de teste (*hold-out* de 20%), apresentando a matriz de confusão com acurácia global e balanceada de 94,3% (à esquerda) e as curvas ROC *one-vs-rest* com valor de AUC de 0,98 para ambas as classes de histopatologia mamária (à direita).

Dessa forma, discute-se a relevância da ferramenta para o Sistema Único de Saúde (SUS) em mitigar o gargalo crítico do tempo de espera por laudos histopatológicos, focando em acelerar o percurso clínico de pacientes que já concluíram a etapa física da biópsia. Para viabilizar a implementação descentralizada, a aplicação foi concebida como um sistema de execução local com interface baseada em tecnologias web, projetada para ser compatível com especificações de hardware de entrada (processadores i5 e 8 GB de RAM) alinhadas aos padrões de modernização tecnológica do Ministério da Saúde, o que demanda investimento direcionado e viável para a adequação gradual de parques tecnológicos heterogêneos e supera a vulnerabilidade de conexões de internet instáveis na ponta. Para mitigar o desafio físico da captação de imagens por acoplamento óptico em microscópios das Unidades Básicas de Saúde (UBS), o projeto vincula o aprendizado robustecido por *data augmentation* à exigência de um rigoroso protocolo de padronização, fornecimento de adaptadores compatíveis e capacitação técnica dos operadores locais, assegurando a mitigação de distorções de campo e variações de iluminação.

Além disso, a aplicação foi projetada para prever futura interoperabilidade com o Sistema de Informação do Câncer (SISCAN), conferindo maturidade institucional à gestão do fluxo assistencial. Sob a ótica da ética médica e da segurança operacional, reforça-se que, independentemente dos índices de desempenho do modelo, o sistema opera estritamente sob um protocolo de priorização (*red flag*), unindo a transparência da regressão logística e de mapas de calor para auditoria visual com o único propósito de organizar a fila de trabalho do patologista e destacar casos graves, servindo exclusivamente como suporte à decisão clínica e jamais dispensando a revisão humana ou gerando qualquer falsa sensação de segurança diagnóstica.

4 CONCLUSÃO

O desenvolvimento deste estudo percorreu desde a concepção de uma arquitetura de inteligência artificial de baixo custo até a validação integrada de uma ferramenta de triagem para o câncer de mama. Ao aliar o modelo EfficientNet – extratora de características através de múltiplas convoluções – à regressão logística – classificador de alta confiabilidade,

auditabilidade matemática e estabilidade na classificação médica – e recursos de mapa de calor e índice de confiança em uma aplicação web otimizada, a pesquisa alcançou resultados expressivos: a solução provou-se altamente viável para a infraestrutura ambulatorial compatível com padrões modernos de aquisição, garantindo total sigilo médico, conformidade com a privacidade e excelente desempenho de interface.

Como limitações do estudo, destaca-se a necessidade de validação clínica prospectiva em larga escala em diferentes cenários da rede pública, bem como a estruturação de diretrizes logísticas para o fornecimento de adaptadores ópticos e treinamento de pessoal na ponta. As perspectivas futuras concentram-se na expansão descentralizada da tecnologia para Unidades Básicas de Saúde (UBS), ampliando a capilaridade e a eficiência do Sistema Único de Saúde (SUS) sob um rigoroso ceticismo metodológico. Mais do que otimizar fluxos tecnológicos, a ferramenta sintetiza o compromisso social da inovação: um suporte técnico indispensável para organizar filas, priorizar o atendimento de urgência e transformar a realidade do percurso diagnóstico no setor público.

REFERÊNCIAS

ANTONINI, M. et al. Abstract P5-04-04: Comprehensive Analysis of Breast Cancer Treatment Delays in Brazil: A Six-Year Study. **Clinical Cancer Research**, 13 jun. 2025.

AULER, Rômulo Felipe et al. Analysis of the average time to receive histological diagnosis of breast pathologies in Brazil. **Mastology**, 1 jan. 2024.

AVAZOV, K. et al. Bridging the Gap Between Accuracy and Efficiency in AI-Based Breast Cancer Diagnosis from Histopathological Data. **Cancers**, v. 17, 26 jun. 2025.

AZEREDO-DA-SILVA, André et al. Health care accessibility and mobility in breast cancer: a Latin American perspective. **BMC Health Services Research**, v. 24, 25 jun. 2024.

BINES, J. et al. Disparities in 5-Year Overall Survival From Breast Cancer by Health Care Coverage in Brazil: Evidence From Patients in the Largest South American Registry-Based Study. **JCO Global Oncology**, v. 12, 1 jan. 2026.

CACILHAS, P. et al. Breast cancer treatment access disparities: A retrospective cohort study of breast cancer in patients treated at a high-complex cancer center in southern Brazil. **Journal of Clinical Oncology**, 1 jun. 2024.

DA MOTA ALMEIDA PERONI, Fabiana et al. Realizing the right to health in Brazil's Unified Health System through the lens of breast and cervical cancer. **International Journal for Equity in Health**, v. 18, 3 jun. 2019.

FERREIRA, Naidhia Alves Soares et al. Waiting Time between Breast Cancer Diagnosis and Treatment in Brazilian Women: An Analysis of Cases from 1998 to 2012. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 17, 1 jun. 2020.

ELMASRY, Anas. **Breast Cancer Dataset**. Kaggle, 2021. Disponível em: https://www.kaggle.com/datasets/anaselmasry/breast-cancer-dataset. Acesso em: 22 jul. 2026.

GIOIA, S. et al. Patient navigation: fighting for the rights of breast cancer patients in Brazil. **Mastology**, 1 jan. 2021.

MIGOWSKI, Arn et al. Cracking the code: Pioneering early detection and management of breast cancer in the Brazilian public healthcare system. **Dialogues in Health**, v. 7, 1 ago. 2025.

QUINN, C.; MAGUIRE, A.; RAKHA, E. Pitfalls in breast pathology. **Histopathology**, v. 82, p. 140–161, 8 dez. 2022.

RESENDE, Heloisa et al. The journey of breast cancer patient from self-perception of breast abnormalities to first cancer treatment- a sectional study in Sul Fluminense region-RJ-Brazil. **Medical Research Archives**, 1 jan. 2023.

RESENDE, Heloisa et al. Treatment Disparities, Heterogeneities, and Barriers to Access for Patients with Hormone Receptor-Positive, Human Epidermal Growth Factor Receptor 2-Negative Metastatic Breast Cancer: A National Survey from Brazil. **Current Oncology**, v. 32, 1 ago. 2025.

VIEIRA, Natália Barros Salgado et al. Regional disparities in breast cancer histopathological examination turnaround time: a 5-year comparative analysis in Brazil. **Mastology**, 1 jan. 2024.

SAÚDE INDÍGENA EM CONTEXTO URBANO: UMA EXPERIÊNCIA FORMATIVA NA RESIDÊNCIA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE

DANIELA VIANA DE SOUZA; BEATRIZ DO PRADO OLIVEIRA; GABRIEL NODA KOMEÇU; CLAYTON DE CARVALHO COELHO; CARLA RAFAELA DONEGÁ

RESUMO

Introdução: O Censo de 2022 revelou que a maioria da população indígena brasileira vive fora de terras demarcadas, em contexto urbano — realidade não contemplada pelo modelo de atenção organizado por distritos sanitários, voltado ao contexto aldeado. Guarulhos e São Paulo concentram população indígena expressiva e desenvolveram iniciativas próprias de cuidado. Ainda assim, a saúde indígena permanece tema incipiente na formação em Medicina de Família e Comunidade (MFC), tendo sido incorporada como estágio curricular nos programas de residência desses municípios. **Objetivo:** Relatar a experiência de estruturação e implementação de um estágio curricular em saúde indígena em contexto urbano na residência de MFC de Guarulhos e São Paulo. **Relato de experiência:** O estágio articula formação teórica — história, cultura, epidemiologia e políticas de saúde indígena — e prática em três cenários de complexidade crescente, percorridos por todos os residentes. Na Aldeia Multiétnica Filhos Desta Terra, correspondente à atenção primária no território, desenvolvem-se territorialização, visitas domiciliares e atendimentos, com mediação de agente indígena de saúde. No Núcleo de Atenção à Saúde Indígena do CEMEG São João, referência municipal, realizam-se atendimentos especializados a população cujo perfil é dominado por condições crônicas e sofrimento psíquico. No Ambulatório de Saúde dos Povos Indígenas, vinculado à Universidade Federal de São Paulo, acompanham-se casos de maior complexidade, com indígenas de diferentes regiões do país. A supervisão é conduzida por profissionais com atuação consolidada na área. **Conclusão:** A experiência demonstra a viabilidade de inserir a saúde indígena urbana na formação em MFC, articulando prática clínica, competência cultural e compromisso social. O perfil de demanda encontrado reforça que essa atenção constitui aplicação plena das competências da especialidade, e não campo excepcional. Recomenda-se a manutenção da iniciativa e sua expansão a outros municípios, à graduação e às demais categorias profissionais da saúde.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Competência Cultural; Educação Médica.

1 INTRODUÇÃO

O Censo Demográfico de 2022 alterou de forma significativa a compreensão sobre onde vivem os povos indígenas no Brasil. Foram registrados 1.693.535 indígenas no país, dos quais 914.746 — o equivalente a 53,97% do total — residem fora de terras indígenas (IBGE, 2023). O contingente indígena em contexto urbano cresceu 181,6% em relação ao levantamento anterior, resultado atribuído sobretudo ao aprimoramento metodológico do inquérito, que passou a incluir o quesito de autodeclaração para pessoas residentes fora de territórios demarcados (IBGE, 2012; IBGE, 2023). A maioria da população indígena brasileira encontra-se, portanto, nas cidades.

Esse dado confronta a arquitetura do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, organizado em 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas concebidos para os povos em contexto aldeado (FUNASA, 2002; Ministério da Saúde, 2021). O modelo não contempla a parcela que vive em áreas urbanas — hoje a maioria. Estabelece-se, assim, uma lacuna: a

DOI: 10.51161/iv-conasus/85948

população indígena urbana permanece sob responsabilidade da rede municipal comum, em geral sem profissionais preparados para o cuidado culturalmente sensível que a legislação assegura.

Guarulhos e São Paulo expressam essa realidade. Guarulhos conta com 1.649 indígenas, com concentração na Aldeia Multiétnica Filhos Desta Terra, área de retomada na região do Cabuçu (IBGE, 2023). A capital registra 11.777 indígenas em contexto urbano, entre os quais os Pankararu do Real Parque e os Guarani do Pico do Jaraguá (IBGE, 2023; EBC, 2022). Ambos os municípios desenvolveram iniciativas próprias de atenção, com equipes de referência, ambulatórios especializados e agentes indígenas de saúde (Donegá, 2024).

No campo da formação, a saúde indígena permanece tema incipiente na Medicina de Família e Comunidade (MFC). O Currículo Baseado em Competências da SBMFC, de 2015, tratava a questão de modo indireto, pela competência de adaptar a prática ao contexto cultural, sem menção aos povos indígenas (SBMFC, 2015). As Entrustable Professional Activities (EPAs) nacionais da especialidade, de 2025, avançaram ao oficializar unidade de prática voltada ao atendimento de pessoas de etnia, raça ou cultura distintas da própria — ainda sem referência explícita a esses povos (Cunha et al., 2025). As Diretrizes Curriculares Nacionais de Medicina preconizam inserção precoce nos cenários da saúde pública com foco na Atenção Primária à Saúde (APS), visando à competência cultural e à responsabilidade social (Brasil, 2014); e a ABEM, em 2020, recomendou expressamente estratégias para desenvolver competências em saúde indígena nas residências (ABEM, 2020).

Apesar dessas recomendações, são escassos os programas de residência que contemplam a saúde indígena. Os Programas de Residência em MFC (PRMFC) de Guarulhos e São Paulo constituem exceção: o paulistano oferece a temática desde 2021, e o de Guarulhos incorporou a disciplina em seu recredenciamento, em 2023. Atualmente, os dois conduzem o estágio de forma articulada.

A escassez de experiências formativas estruturadas nessa área e a ausência de relatos que descrevam sua operacionalização justificam este trabalho, cuja descrição — dos cenários, da lógica pedagógica e do perfil de demanda — pode subsidiar iniciativas semelhantes em outros municípios e programas.

2 OBJETIVO

Relatar a experiência de estruturação e implementação do estágio curricular em saúde indígena em contexto urbano nos Programas de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade de Guarulhos e São Paulo, caracterizando os três cenários de prática que o compõem.

3 RELATO DE EXPERIÊNCIA

3.1 A construção do estágio

A inclusão da saúde indígena na formação dos residentes decorreu de processo articulado entre a equipe de referência em saúde indígena do município de Guarulhos, a coordenação do PRMFC e a Comissão de Residência Médica, viabilizado na ocasião do recredenciamento do programa. A disciplina tornou-se obrigatória para todos os residentes. Em São Paulo, o estágio já existia desde 2021, e a aproximação entre os dois programas permitiu a construção de um percurso formativo comum.

O estágio articula formação teórica e prática, sob condução da médica de família e comunidade responsável pela atenção à população indígena do município, que acumula a função de preceptora. As atividades práticas são supervisionadas pelas equipes dos respectivos serviços.

DOI: 10.51161/iv-conasus/85948

O estágio dispõe de carga horária de 40 horas anuais, distribuídas entre os três cenários de prática. Aproximadamente vinte residentes realizam o estágio a cada ano, número que varia conforme o ingresso nos programas.

3.2 Formação teórica

A parte teórica ocorre nos ambientes de ensino das residências e emprega exposições dialogadas, seminários, recursos audiovisuais, fóruns de discussão e leitura crítica de artigos. Os conteúdos abrangem três eixos: aspectos históricos, culturais e sociais dos povos indígenas; epidemiologia dos principais agravos que acometem essas populações; e as políticas públicas de saúde indígena no Brasil, com ênfase na Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas e nos limites de sua aplicação ao contexto urbano.

A abordagem busca evitar a compreensão da cultura como conjunto homogêneo e estático de tradições atribuíveis a um povo, orientando os residentes a identificar quais traços culturais são efetivamente relevantes para cada pessoa atendida. Essa perspectiva mostra-se particularmente pertinente em contexto multiétnico, no qual a generalização produziria abordagem tão inadequada quanto sua ausência.

3.3 Os três cenários de prática

A prática desenvolve-se em três serviços de complexidade crescente, percorridos por todos os residentes de ambos os programas. A sequência não é arbitrária: reproduz o percurso do próprio usuário indígena pela rede, do território ao serviço de referência, permitindo ao residente acompanhar a articulação entre os pontos de atenção.

3.3.1 Aldeia Multiétnica Filhos Desta Terra — a atenção primária no território

A Aldeia Multiétnica Filhos Desta Terra situa-se na região do Cabuçu, em Guarulhos, ocupando área aproximada de 130.000 m². Trata-se de terra de retomada — local geográfico com organização social e dinâmica próprias, cujos moradores compartilham a ligação com a ancestralidade e a terra —, não demarcada oficialmente, razão pela qual seus habitantes são considerados indígenas de contexto urbano (Donegá, 2024). O território abriga população multiétnica organizada em dois setores.

O cadastro da equipe de referência registra 73 pessoas, distribuídas entre dez etnias: Wassu Cocal (18), Kaimbé (17), Pankararu (14), Pankararé (6), Tupi-Gavião (5), Tapuia (3), Xucuru de Ororubá (2), Guajajara (2), Timbira (1) e Tupi (1), além de quatro agregados não indígenas. Trata-se de população jovem: entre os 61 registros com data de nascimento disponível, 41 pessoas têm menos de 40 anos, e apenas uma tem 60 anos ou mais. As condições registradas em acompanhamento incluem hipertensão arterial sistêmica (11 pessoas), tabagismo (10), contracepção em uso (11 — sendo nove implantes subdérmicos, um injetável trimestral e um registro em climatério) e diabetes mellitus (1).

A equipe de referência conta com uma agente indígena de saúde (AIS), cuja atuação se concentra no território da aldeia. Integrante da própria comunidade, a AIS exerce papel de mediação entre a equipe e os moradores, facilitando o vínculo, a comunicação e a compreensão mútua entre saberes — função que se mostra formativa para o residente, ao evidenciar na prática a importância da participação indígena na organização do cuidado.

Nesse cenário, os residentes desenvolvem territorialização, visitas domiciliares e atendimentos em contexto de aldeia. A atividade aproxima-se da lógica clássica da Estratégia de Saúde da Família, com a particularidade de que o vínculo se estabelece em território cuja existência é, ela própria, objeto de disputa. A composição multiétnica exige do residente a percepção de que não há uma cultura indígena única a ser apreendida, mas convivência de repertórios distintos em um mesmo espaço.

3.3.2 CEMEG São João — a referência especializada municipal

O Centro de Especialidades Médicas de Guarulhos da região São João abriga o Núcleo de Atenção à Saúde Indígena do município. Sua escolha como equipamento de referência resultou de processo de pactuação entre as lideranças indígenas e a Secretaria Municipal de Saúde, considerando o número expressivo de pessoas autodeclaradas indígenas vivendo em contexto urbano fora do território da aldeia. O serviço atende a população indígena de todo o município e conta com equipe mínima composta por médica de família e comunidade, enfermeira e técnica de enfermagem indígena — esta última atuando tanto no Núcleo quanto na aldeia —, oferecendo consultas em diversas especialidades e exames complementares.

Entre outubro de 2023 e julho de 2026, o Núcleo acompanhou 476 pacientes indígenas. A diversidade étnica é expressiva: cerca de 34 povos estão representados, com predomínio de Xukuru, Wassu, Pankarare, Pankararu e Kaimbé, mas incluindo também povos de diferentes regiões do país, como Fulni-ô, Pataxó, Atikum, Guarani, Ticuna, Xavante, Kayapó e Uru-Eu-Wau-Wau, entre outros. Trata-se de população em ampla faixa etária, com idade média de 35 anos e concentração entre os 20 e os 59 anos, embora com presença relevante de idosos (70 pessoas com 60 anos ou mais) e de crianças e adolescentes (121 pessoas com até 19 anos).

O perfil de demanda foi organizado segundo a lógica de atuação da MFC — por condição clínica, e não por especialidade focal — e computou todas as condições registradas, ainda que múltiplas por paciente, totalizando 1.243 registros. Predominam as condições crônicas: o eixo cardiometabólico reúne 294 registros — hipertensão arterial, diabetes mellitus, obesidade, dislipidemia e distúrbios tireoidianos à frente; a saúde mental e o uso de substâncias somam 138 registros, com destaque para ansiedade, depressão, tabagismo e etilismo; a saúde da mulher e o planejamento reprodutivo reúnem 135 registros, incluindo anticoncepção e rotina ginecológica; e as condições musculoesqueléticas totalizam 133, sobretudo lombalgia e dores articulares. As consultas de rotina e rastreamento — registro Z00 da Classificação Internacional de Atenção Primária, correspondente ao acompanhamento de pessoas sem queixa de agravo específico — somam 104 ocorrências, indício de uso do serviço também para prevenção e cuidado continuado, e não apenas para a doença instalada. Seguem-se as condições respiratórias (78), gastrointestinais (70), dermatológicas (49), infecciosas (49), cardiovasculares (48), neurológicas (36), oculares (34) e da criança (23), além de registros em menor número relativos a neoplasias, saúde do homem e condições hematológicas, auditivas e renais. Como um mesmo paciente frequentemente apresenta mais de uma condição, a soma dos eixos excede o número de pessoas acompanhadas. A Tabela 1 sintetiza esse perfil.

Tabela 1 — Perfil de condições atendidas no Núcleo de Atenção à Saúde Indígena do CEMEG São João, por eixo clínico (out./2023 a jul./2026; 476 pacientes indígenas; 1.243 registros de condições).

Eixo clínico	Registros
Condições cardiometabólicas	294
Saúde mental e uso de substâncias	138
Saúde da mulher e planejamento reprodutivo	135
Condições musculoesqueléticas	133
Consultas de rotina e rastreamento (Z00)	104
Condições respiratórias	78
Condições gastrointestinais	70
Condições dermatológicas	49
Doenças infecciosas	49
Condições cardiovasculares	48
Condições neurológicas	36
Saúde ocular	34
Saúde da criança	23

DOI: 10.51161/iv-conasus/85948

Outras condições	20
Neoplasias	9
Condições hematológicas	8
Saúde do homem	6
Condições auditivas	5
Condições renais	4

Fonte: elaborada pelos autores a partir dos registros do serviço (2026). Nota: contabilizadas todas as condições, inclusive múltiplas por paciente; a classificação em eixos é interpretativa.

Os residentes realizam atendimentos supervisionados e participam de discussões de caso e de matriciamento. O cenário evidencia o papel de coordenação do cuidado exercido pela equipe de referência, que articula a demanda proveniente das unidades básicas, das lideranças indígenas, dos serviços de saúde mental e das altas hospitalares.

3.3.3 Ambulatório de Saúde dos Povos Indígenas — a referência especializada em hospital universitário

O Ambulatório de Saúde dos Povos Indígenas (ASPIN) integra o Projeto Xingu, projeto de extensão da Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo, em atividade desde 1954 e reconhecido como o mais antigo do país em sua modalidade (Projeto Xingu, [s. d.]). Trata-se de serviço ambulatorial de atenção especializada que, por estar inserido no Hospital São Paulo — hospital universitário da instituição —, funciona como porta de acesso a recursos diagnósticos e terapêuticos de maior complexidade não disponíveis na rede municipal. O ambulatório recebe pacientes indígenas provenientes de diferentes Distritos Sanitários Especiais Indígenas de todo o Brasil, além da população de contexto urbano encaminhada pelos municípios. O encaminhamento ocorre por contato direto entre o médico da unidade de origem e a equipe do serviço, e o retorno se dá por contrarreferência à equipe que acompanha o paciente.

No âmbito do estágio, o ASPIN é o ponto da rede que possibilita ao residente acompanhar situações clínicas que extrapolam a resolutividade municipal e conhecer a diversidade étnica indígena em escala nacional, uma vez que reúne pacientes de povos e regiões distintos do país. Entre 2020 e julho de 2026, 62 pacientes indígenas residentes em Guarulhos foram atendidos no serviço, totalizando 377 atendimentos. O encaminhamento é criterioso: dada a distância e a complexidade logística do acesso a um serviço situado em outro município, recorre-se ao ambulatório apenas nas situações que não encontram resolução na rede local. A Tabela 2 apresenta a série anual.

Tabela 2 — Atendimentos de pacientes indígenas residentes em Guarulhos no ASPIN-UNIFESP, por ano (2020 a jul./2026).

Ano	Atendimentos	Pacientes
2020	57	19
2021	56	18
2022	78	32
2023	83	25
2024	53	18
2025	32	14
2026	18	11

Fonte: elaborada pelos autores a partir dos registros do serviço (2026). Nota: dados de 2026 referentes ao período até julho.

A redução observada a partir de 2024 é interpretada pela equipe como expressão do amadurecimento da atenção prestada no próprio município: com a consolidação do Núcleo de Atenção à Saúde Indígena e a atuação continuada da equipe de referência, ampliou-se a

capacidade de resolver localmente demandas que antes exigiam encaminhamento externo. Não se trata, portanto, de restrição de acesso, mas de maior resolutividade da rede municipal.

Nesse cenário, os residentes realizam atendimentos e participam de discussões de caso com o corpo clínico do serviço, acompanhando o manejo de condições que exigem articulação entre a atenção primária e recursos de maior complexidade.

3.4 Supervisão e articulação entre os cenários

A supervisão é exercida por profissionais com atuação consolidada na saúde indígena, o que permite integrar à discussão clínica aspectos históricos, sociais e políticos frequentemente ausentes da formação médica convencional. A passagem sucessiva pelos três cenários possibilita ao residente observar o mesmo usuário — ou o mesmo tipo de demanda — em diferentes pontos da rede, e compreender na prática os mecanismos de referência e contrarreferência que sustentam a continuidade do cuidado.

4 DISCUSSÃO

O achado mais relevante talvez seja o menos esperado. O perfil de demanda do serviço de referência é dominado por condições crônicas cardiometabólicas e por sofrimento psíquico — hipertensão, diabetes, obesidade, dislipidemia, ansiedade e depressão à frente —, seguidos por queixas musculoesqueléticas, demandas de saúde da mulher e um volume expressivo de consultas de rotina. Trata-se do núcleo do escopo da Medicina de Família e Comunidade: a saúde indígena urbana não se apresenta como campo exótico a exigir conhecimento especializado inacessível, mas como atenção primária qualificada, prestada com competência cultural. A constatação tem consequência formativa direta, pois desloca a temática da curiosidade periférica para a aplicação plena das competências que a especialidade já reivindica.

A distribuição do estágio em três cenários de complexidade crescente mostrou-se estratégia pedagógica consistente. Cada serviço oferece ao residente uma pergunta distinta. Na aldeia, a questão é o território e o vínculo: como cuidar de uma população cuja permanência no espaço que habita não está assegurada. No Núcleo de referência, é a coordenação do cuidado: como organizar fluxos para uma população dispersa pelo município e historicamente invisível aos sistemas de informação. No ambulatório universitário, é a articulação com a alta complexidade e o encontro com a diversidade étnica em escala nacional. A sequência reproduz o percurso do usuário pela rede, e essa correspondência não é acessória — é o que permite ao residente apreender a lógica sistêmica do cuidado, em vez de acumular experiências isoladas.

O desenvolvimento de competência cultural, competência essencial da especialidade e objeto da EPA 2 das EPAs nacionais da MFC, encontra nesses cenários condição privilegiada de exercício. A composição multiétnica da aldeia — dez etnias em um mesmo território — impõe ao residente, de forma inescapável, a percepção de que competência cultural não consiste em dominar um repertório fixo de costumes atribuíveis a "os indígenas", mas em identificar, para cada pessoa, quais traços culturais são relevantes ao processo de adoecimento e cuidado. Trata-se de compreensão alinhada à crítica de Kleinman e Benson (2006) à noção de cultura como conjunto homogêneo e estático, e que se opõe ao risco, sempre presente, de que o ensino da diversidade produza novos estereótipos.

A experiência também explicita a dimensão política do cuidado. A existência da equipe de referência, a escolha do equipamento de saúde pelas próprias lideranças e a condição de terra de retomada da aldeia são resultado de mobilização social, não de concessão administrativa (Donegá, 2024). O residente que percorre esses cenários observa que o acesso à saúde dessa população foi construído por disputa, e que sua manutenção depende de vigilância permanente. Essa percepção converge com os princípios da Política Nacional de

Educação Permanente em Saúde, que preconiza a articulação das equipes com o território em que se inserem, e com o compromisso da APS com a equidade.

Como desdobramento observado, registra-se que dois médicos que realizaram o estágio durante a residência passaram, posteriormente, a atuar profissionalmente na área de saúde indígena. Não se trata de resultado sistematicamente aferido, e o dado não permite inferência sobre a totalidade dos residentes — mas sinaliza que a experiência formativa pode repercutir sobre escolhas profissionais, aspecto que mereceria investigação específica.

Persistem desafios. A duração limitada do estágio dificulta a vivência da longitudinalidade e o aprofundamento do vínculo com os usuários. A sustentabilidade depende de arranjos institucionais e de financiamento cuja continuidade não está garantida. E a expansão da temática — a outros municípios, à graduação e às demais categorias profissionais da atenção primária — permanece como horizonte, não como realidade.

5 CONCLUSÃO

A experiência relatada demonstra a viabilidade de inserir a saúde indígena em contexto urbano na formação em Medicina de Família e Comunidade por meio de estágio curricular estruturado. A organização em três cenários de complexidade crescente — o território, a referência municipal e o ambulatório universitário — mostrou-se coerente com a lógica de rede que a especialidade preconiza, permitindo ao residente compreender o percurso do usuário indígena pelo sistema de saúde.

O perfil de demanda encontrado reforça que a atenção à população indígena urbana constitui aplicação plena — e não excepcional — das competências da MFC. Recomenda-se a manutenção da iniciativa e sua expansão a outros municípios, à graduação e às demais categorias profissionais da saúde, como contribuição para a consolidação da Atenção Primária à Saúde e para a efetivação do direito à saúde dos povos indígenas em um contexto no qual, hoje, vive a maioria deles.

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA. **Recomendações da ABEM para o ensino da saúde indígena**. Brasília: ABEM, 2020.

BRASIL. Ministério da Educação. **Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina**. Brasília, DF: MEC, 2014.

CUNHA, A. T. R. *et al*. **EPAs Nacionais em Medicina de Família e Comunidade: Marco Zero**. Rio de Janeiro: SBMFC, 2025.

DONEGÁ, C. R. **Construção da Linha de Cuidado Integral para a Saúde da População Indígena do Município de Guarulhos e estratégias pedagógicas para o ensino em saúde indígena nas residências**. 2024. Dissertação (Mestrado) — Universidade Municipal de São Caetano do Sul, São Caetano do Sul, 2024.

EBC. **Vacinação de crianças indígenas leva esperança a aldeia em São Paulo**. Agência Brasil, 20 jan. 2022. Disponível em: https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2022-01/vacinacao-de-criancas-indigenas-leva-esperanca-aldeia-em-sao-paulo. Acesso em: 21 jul. 2026.

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas**. 2. ed. Brasília: FUNASA, 2002.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Demográfico**

2010:
características gerais dos indígenas. Rio de Janeiro: IBGE, 2012.
INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Demográfico 2022:**

Indígenas — primeiros resultados do universo. Rio de Janeiro: IBGE, 2023.
KLEINMAN, A.; BENSON, P. Anthropology in the clinic: the problem of cultural competency and how to fix it. **PLoS Medicine**, v. 3, n. 10, p. 1673-1676, 2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). **Distrito Sanitário Especial Indígena**. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sesai/estrutura/dsei. Acesso em: 21 jul. 2026.

PROJETO XINGU. **Projeto Xingu**. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo, [s. d.]. Disponível em: https://projetoxingu.unifesp.br/. Acesso em: 21 jul. 2026.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE. **Currículo Baseado em Competências para Medicina de Família e Comunidade**. Rio de Janeiro: SBMFC, 2015.

ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DAS INTERNAÇÕES POR TRANSTORNOS MENTAIS E COMPORTAMENTAIS NAS REGIÕES BRASILEIRAS ENTRE 2019-2025

LINDOVAL ASSIS DE FREITAS; FABIEL DE SANTANA MADUREIRA; IZABEL VITÓRIA DA SILVA QUEIROZ; JAQUISON PEREIRA NECO FILHO; JARDELLINY QUEYLA BISPO RODRIGUES; RHAYANE MIRELLI MARIA QUEIROZ DO NASCIMENTO; TALITA PACHECO BARBOSA DA SILVA

Introdução: transtornos mentais e comportamentais estão entre as principais causas de incapacidade no mundo, exercendo importante impacto sobre a qualidade de vida, a produtividade e os sistemas de saúde. Na população adulta, especialmente entre 20 e 59 anos, esses transtornos apresentam elevada relevância por afetarem indivíduos em idade economicamente ativa, com expressivo impacto social e econômico. No Brasil, as internações psiquiátricas constituem um importante indicador da assistência em saúde mental e podem refletir diferenças regionais na organização da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). **Objetivo:** Analisar o perfil epidemiológico das internações por transtornos mentais e comportamentais em adultos (20 a 59 anos) nas regiões brasileiras, no período de 2019 a 2025. **Metodologia:** Estudo descritivo, retrospectivo, com dados secundários do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), obtidos no DATASUS. Foram analisadas as internações por transtornos mentais e comportamentais (CID-10) em adultos de 20 a 59 anos, nas cinco regiões brasileiras, entre 2019 e 2025. As variáveis analisadas incluíram número de internações, caráter do atendimento, tempo médio de permanência e taxa de mortalidade hospitalar, sendo realizada análise descritiva dos dados. **Resultados:** Entre 2019 e 2025, foram registradas 1.337.432 internações por transtornos mentais e comportamentais em adultos de 20 a 59 anos no Brasil, com predominância na Região Sudeste (39,5%), seguida pelas regiões Sul (31,0%), Nordeste (17,9%), Centro-Oeste (7,6%) e Norte (4,0%). Após redução em 2020, observou-se aumento progressivo das internações. As internações de urgência corresponderam a 85,9%, enquanto as eletivas a 14,1%. A média de permanência apresentou variação de 9,8 dias, na Região Norte, a 30,0 dias, na Região Nordeste. Da mesma forma, a taxa de mortalidade hospitalar variou de 0,18 óbito por 100 internações, na Região Sul, a 0,39 óbito por 100 internações, na Região Nordeste. **Conclusão:** A predominância de internações em caráter de urgência, associada às diferenças regionais, reforça a importância de qualificar a atenção em saúde mental nos níveis de cuidado, com fortalecimento da Atenção Primária e da Rede de Atenção Psicossocial, visando ao diagnóstico precoce, ao acompanhamento longitudinal e à redução de internações evitáveis.

Palavras-chave: **REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL; SAÚDE MENTAL; SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

DOI: 10.51161/iv-conasus/85953

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA LEPTOSPIROSE NAS REGIÕES BRASILEIRAS ENTRE 2019 E 2025.

IZABEL VITÓRIA DA SILVA QUEIROZ; JAQUISON PEREIRA NECO FILHO; RHAYANE MIRELLI MARIA QUEIROZ DO NASCIMENTO; FABIEL DE SANTANA MADUREIRA; JARDELLINY QUEYLA BISPO RODRIGUES; LINDOVAL ASSIS DE FREITAS; TALITA PACHECO BARBOSA DA SILVA

Introdução: A leptospirose é uma doença infecciosa aguda causada por bactérias do gênero *Leptospira*, considerada um importante problema de saúde pública no Brasil, especialmente em períodos chuvosos. Sua ocorrência está associada a condições socioambientais desfavoráveis, como deficiência de saneamento básico e áreas sujeitas a inundações, tornando relevante a análise de seu perfil epidemiológico para subsidiar estratégias de vigilância, prevenção e controle. **Objetivo**: Analisar o perfil epidemiológico dos casos confirmados de leptospirose no Brasil entre 2019 e 2025 a fim de subsidiar o planejamento de estratégias de vigilância, prevenção e controle da doença. **Metodologia**: Estudo epidemiológico, ecológico, descritivo, retrospectivo e quantitativo, realizado com dados secundários do DATASUS/SINAN referentes aos casos confirmados de leptospirose no Brasil entre 2019 e 2025. Foram analisadas as variáveis sexo, faixa etária, raça/cor, evolução clínica, óbito e distribuição regional, por meio de análise descritiva. Por utilizar dados públicos e sem identificação dos pacientes, não houve necessidade de submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa. **Resultados**: Entre 2019 e 2025, o Brasil registrou 21.189 casos de leptospirose, com pico em 2024 (4.183). As regiões Sul (34,96%) e Sudeste (30,69%) concentraram a maioria das notificações. O perfil epidemiológico revelou expressiva predominância do sexo masculino (80,70%), de indivíduos autodeclarados pardos (45,76%) e brancos (45,29%), e da faixa etária economicamente ativa de 20 a 59 anos (74,26%). Embora 16.896 pacientes tenham evoluído para a cura, a gravidade da doença culminou em 1.927 óbitos, resultando em uma elevada taxa de letalidade geral de 9,09%, tendo o Nordeste (12,72%) e o Sudeste (11,83%) os cenários mais letais. **Conclusão**: A distribuição desigual dos casos entre as regiões brasileiras, associada à elevada letalidade da leptospirose, reforça a necessidade de qualificar as ações de vigilância, prevenção e assistência, com fortalecimento do saneamento básico, da preparação dos serviços diante de períodos chuvosos e do diagnóstico e tratamento oportunos, visando à redução da transmissão, das complicações e dos óbitos.

Palavras-chave: **DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS; MORTALIDADE; VIGILÂNCIA EM SAÚDE**

DOI: 10.51161/iv-conasus/85954

VIVENDO O PET SAÚDE DIGITAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE UMA CAPITAL DO NORTE DO BRASIL: RELATO DE EXPERIÊNCIA

ADRIANA TAVARES HANG; EDUARDO SILVA DE LIMA; ADRIELE COSTA DE ARAÚJO; LUCAS MARQUES DA CUNHA; RAIMUNDA FRANKLIN LOPES; EDINALVA PEREIRA DE SOUZA; THALITA FERNANDES CARDOSO

Introdução: A Atenção Primária à Saúde (APS) e a atuação do Agente Comunitário de Saúde (ACS) nas visitas domiciliares se constituem elementos estruturantes do cuidado territorial, especialmente diante das desigualdades sociais e de letramento digital da população. **Objetivo**: Relatar a percepção de um universitário nas visitas domiciliares como atividade do PET (Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde) - Saúde Digital, em uma capital do Norte do Brasil. **Relato de caso/experiência**: Trata-se do relato de experiência de um acadêmico concluinte da graduação em enfermagem, vinculado ao PET-Saúde Digital em uma Unidade de Saúde da Família (USF) de Porto Velho (RO). A atividade consistiu em fazer cinco visitas em companhia da ACS para conhecer as famílias adscritas à USF e sua realidade social, econômica, sanitária e nível de letramento digital. Nas visitas realizadas entre março e abril de 2026 foi aplicado um questionário sobre o conhecimento e uso de ferramentas digitais em saúde por usuários da USF. Foi perceptível a importância do trabalho da ACS na comunidade, seu conhecimento do território e o vínculo estabelecido com as famílias. Das cinco casas visitadas, observou-se diferentes contextos socioeconômicos, de condições de saúde, estrutura familiar e de acesso às tecnologias digitais. Em três residências, havia bom nível de conhecimento dos usuários, disponibilidade de internet e equipamentos como celular e notebook. Em duas residências a situação era de fragilidade social, familiar e econômica, além de pouco conhecimento e nenhum acesso à tecnologia, nem mesmo aparelho celular estava disponível. Verificou-se realidades distintas dentro de um mesmo território, evidenciando como fatores sociais, econômicos, familiares e tecnológicos influenciam diretamente o acesso à saúde no contexto da saúde digital, e implementação do programa SUS digital em algumas regiões do Brasil. Além disso, reforçou a importância das visitas domiciliares para aproximação com a comunidade, identificação de vulnerabilidades e para o fortalecimento do cuidado integral. **Conclusão:** Essa experiência reforça a necessidade de ações intersetoriais voltadas à redução das desigualdades sociais e a inclusão digital, contribuindo para que de fato aconteça a integralidade do cuidado apoiado por ferramentas digitais.

Palavras-chave: **ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE; SAÚDE PÚBLICA DIGITAL; ESTRATÉGIAS NACIONAIS DE SAÚDE**

DOI: 10.51161/iv-conasus/85956

GRUPOS DE EDUCAÇÃO ALIMENTAR E NUTRICIONAL NA UBSF: O ESTÁGIO OBRIGATÓRIO COMO ESTRATÉGIA DE ENFRENTAMENTO DA DEMANDA REPRESADA

ANA CLAUDIA PRACHTHAUSER WOLF

RESUMO

A Atenção Primária à Saúde (APS) constitui o ponto de entrada preferencial do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo a Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) o espaço privilegiado para ações de alimentação e nutrição. Contudo, a demanda por atendimentos nutricionais frequentemente ultrapassa a capacidade de resposta dos serviços, gerando uma acumulação de casos não atendidos que compromete o acesso oportuno ao cuidado nutricional. Este relato de experiência descreve a atuação de uma preceptora de estágio obrigatório em saúde coletiva, desenvolvida com acadêmicos do curso de Nutrição em uma UBSF, ao longo de um ano, com turmas compostas por seis estagiários por período letivo. As atividades realizadas incluíram atendimentos nutricionais individuais compartilhados, acolhimento e triagem nutricional para classificação de risco, grupos de Educação Alimentar e Nutricional (EAN) com populações prioritárias e visitas domiciliares com busca ativa de usuários vulneráveis. A inserção dos estagiários ampliou a capacidade assistencial da unidade, viabilizando a organização de fluxos de cuidado mais ágeis e o direcionamento prioritário de pacientes em maior risco nutricional. Os grupos de EAN destacaram-se como estratégia central, permitindo a replicação de informações essenciais sobre alimentação adequada e saudável, prevenção de agravos e manejo dietoterápico, atingindo um número significativamente maior de usuários em comparação ao modelo exclusivamente individual, além de favorecer a troca de experiências e o suporte social entre os participantes. Essa abordagem coletiva mostrou-se eficaz tanto para a ampliação da cobertura assistencial quanto para o fortalecimento do vínculo entre usuários e equipe de saúde, contribuindo para a longitudinalidade do cuidado na APS. A experiência evidenciou que o estágio obrigatório em saúde coletiva transcende sua função formativa, configurando-se como instrumento estratégico para o fortalecimento da APS e o enfrentamento da demanda represada, ao articular ensino, serviço e comunidade na perspectiva da indissociabilidade entre formação profissional e cuidado em saúde.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Preceptoria; Saúde Coletiva.

1 INTRODUÇÃO

A Constituição Federal de 1988 consagrou a saúde como direito social e dever do Estado, garantido mediante políticas que visem à redução do risco de doença e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988). A Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/1990) operacionalizou esse preceito ao definir a Atenção Primária à Saúde (APS) como primeiro nível de cuidado, abrangendo ações individuais

DOI: 10.51161/iv-conasus/85962

e coletivas de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação (BRASIL, 1990). Nesse arcabouço, a alimentação adequada figura como pilar central da dignidade humana e da justiça social, e a nutrição assume papel estratégico na APS, orientada pela Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), que visa garantir a qualidade da assistência nutricional, integrar ações de alimentação e nutrição em todas as fases do ciclo de vida e articular intersetorialmente a promoção da Segurança Alimentar e Nutricional (BRASIL, 2013). A Política Nacional de Atenção Básica (Portaria nº 2.436/2017) reafirma a Unidade Básica de Saúde (UBS) como portal de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS), destacando a necessidade de ampliar o acesso, humanizar o atendimento e priorizar os usuários com maior necessidade de cuidado (BRASIL, 2017). A implementação dessas políticas, contudo, exige uma força de trabalho qualificada e capaz de responder à transição nutricional brasileira, marcada pelo aumento das doenças crônicas não transmissíveis, cenário no qual a atuação do nutricionista na APS tem sido reconhecida como essencial, mas ainda insuficiente diante das demandas populacionais (TAVARES et al., 2026; BORTOLINI et al., 2025).

Apesar do arcabouço normativo que sustenta a nutrição na APS, a realidade dos serviços revela um cenário desafiador. A demanda por atendimentos nutricionais nas Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) frequentemente supera a capacidade ofertiva, gerando fila de espera que compromete o acesso oportuno ao cuidado — lacuna agravada pela escassez de nutricionistas nas equipes multiprofissionais, pela alta prevalência de condições crônicas como diabetes, hipertensão e obesidade, e pela complexidade dos casos que demandam acompanhamento prolongado (NEVES et al., 2023; MACHADO et al., 2021). A Educação Alimentar e Nutricional (EAN), prevista no Marco de Referência de Educação Alimentar e Nutricional para Políticas Públicas como via permanente de educação em saúde, voltada à promoção da alimentação adequada e saudável por meio de ações educativas, comunicacionais e articuladas com o ambiente e a cultura alimentar (BRASIL, 2012), emerge como estratégia relevante. Quando desenvolvida em grupo, a EAN permite alcançar um número maior de usuários, otimizar o tempo do profissional e favorecer a construção coletiva de conhecimento, contribuindo significativamente para o enfrentamento da demanda represada (FRANÇA et al., 2025).

Os estágios obrigatórios em saúde coletiva, previstos nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) do curso de Nutrição (BRASIL, 2018), constituem momentos privilegiados de articulação entre formação acadêmica e realidade dos serviços de saúde. A Lei nº 11.788/2008, que dispõe sobre o estágio de estudantes, reforça sua importância como ato educativo escolar supervisionado, desenvolvido no ambiente de trabalho (BRASIL, 2008). Nesse cenário, a preceptoria assume papel central: orienta a prática dos estudantes, integra o ensino ao serviço e potencializa a capacidade de cuidado da unidade, pois a presença de estagiários sob supervisão amplifica o escopo de ações possíveis. Diante do exposto, este trabalho tem como objetivo relatar a experiência de preceptoria de estágio obrigatório em saúde coletiva com acadêmicos de Nutrição em uma UBSF, analisando como a inserção dos estagiários e a realização de grupos de Educação Alimentar e Nutricional contribuíram para o enfrentamento da demanda represada de atendimentos nutricionais e para a agilização do cuidado aos usuários prioritários.

2 RELATO DE CASO OU EXPERIÊNCIA

A experiência relatada desenvolve-se em duas Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF), onde a preceptoria de estágio obrigatório em saúde coletiva é realizada com acadêmicos do curso de Nutrição. A atuação como preceptora ocorre há um ano, com turmas compostas por seis estagiários, em períodos letivos regulares. Ao longo de cada semestre, os estagiários são inseridos progressivamente nas rotinas da unidade, com carga horária distribuída

entre atividades teóricas e práticas. O planejamento do estágio contempla eixos temáticos alinhados às demandas da UBSF e às diretrizes do SUS, incluindo: acolhimento e triagem nutricional, atendimento individual compartilhado, grupos de Educação Alimentar e Nutricional (EAN), visitas domiciliares e atividades de busca ativa. A metodologia de ensino-aprendizagem baseia-se na problematização da realidade, onde o estudante é provocado a encontrar soluções para os gargalos assistenciais identificados no território.

O acolhimento e a triagem nutricional constituem a porta de entrada para o cuidado nutricional na unidade. Os estagiários, sob supervisão da preceptora, realizam o acolhimento dos usuários que chegam à UBSF com demandas nutricionais, aplicando instrumentos de triagem que permitem identificar o risco nutricional e priorizar os casos mais urgentes. Essa etapa é fundamental para a organização do fluxo de atendimento: em vez de encaminhar todos os usuários para uma fila indiferenciada de consultas individuais, a triagem permite estratificar a demanda, direcionando os casos de maior complexidade para atendimento prioritário e os demais para grupos educativos ou orientações breves. O atendimento individual compartilhado é realizado em consultas nas quais a preceptora supervisiona diretamente a conduta do estagiário. Essa modalidade amplia a capacidade de atendimento da unidade, pois permite que mais de um usuário seja atendido simultaneamente, sempre com a garantia de supervisão profissional. Durante as consultas, os estagiários realizam anamnese nutricional, avaliação antropométrica, análise de exames laboratoriais e elaboração de planos alimentares individualizados, considerando a condição clínica, os aspectos socioeconômicos e culturais e a rotina do usuário.

Os grupos de Educação Alimentar e Nutricional (EAN) representaram uma das estratégias mais impactantes da experiência. Os grupos são organizados a partir do mapeamento das demandas da unidade, priorizando populações estratégicas: hipertensos, diabéticos, gestantes, idosos e usuários com excesso de peso. Cada encontro é planejado com objetivos pedagógicos específicos, utilizando metodologias ativas e recursos didáticos variados como dinâmicas de grupo, degustações, conscientização sobre industrializados, leitura de rótulos, entre outros, para promover a reflexão crítica sobre hábitos alimentares e a apropriação de práticas alimentares saudáveis. A realização dos grupos pelos estagiários, sob supervisão, permitiu que um número significativamente maior de usuários recebesse orientação nutricional em comparação ao modelo exclusivamente individual. Cada grupo, com média de 10 a 20 participantes, multiplica o alcance das informações: em um único encontro, orientações sobre alimentação adequada, manejo de patologias crônicas não transmissíveis e uso adequado dos recursos do SUS atingem dezenas de usuários simultaneamente.

As visitas domiciliares e a busca ativa compõem outra frente importante da atuação. Os estagiários realizam visitas a usuários com dificuldade de locomoção, idosos acamados, gestantes de risco e famílias em situação de vulnerabilidade social. Essa estratégia permite identificar necessidades nutricionais que não seriam captadas no contexto da unidade, além de conhecer as condições socioambientais que interferem no estado nutricional e no acesso aos alimentos que é um aspecto central na perspectiva dos determinantes sociais da saúde. A experiência também incluiu a articulação com a Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN), por meio do registro e monitoramento de dados no SISVAN, e a participação dos estagiários em atividades intersetoriais, como ações conjuntas com o Programa Bolsa Família e o Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE), sempre que pertinente ao território adscrito. Esta integração permite que o acadêmico compreenda a rede de proteção social de forma holística e aplicada.

3 DISCUSSÃO

A experiência relatada evidencia a potência do estágio obrigatório em saúde coletiva como estratégia que extrapola a dimensão formativa, incidindo diretamente sobre a organização do cuidado em saúde nutricional na APS. Em primeiro lugar, a inserção de estagiários na UBSF ampliou de forma concreta a capacidade de atendimento da unidade. A escassez de nutricionistas nas equipes de Saúde da Família é uma realidade, e a presença de acadêmicos supervisionados permitiu redimensionar o fluxo de cuidado, reduzindo o tempo de espera e garantindo atendimento prioritário aos usuários em maior risco nutricional. Esse achado dialoga com as diretrizes da PNAB, que preconizam a organização da demanda por risco e vulnerabilidade, em vez do agendamento por ordem de chegada (BRASIL, 2017). A fundamentação legal para tal prática encontra-se no princípio da equidade, onde o sistema deve tratar desigualmente os desiguais para alcançar a justiça social, conforme preconizado na Lei 8.080/90.

Em segundo lugar, os grupos de EAN demonstraram ser uma ferramenta de alta eficiência para o enfrentamento da demanda represada. Ao transitar do paradigma do atendimento exclusivamente individual para o modelo combinado, no qual grupos educativos atendem à demanda de menor complexidade e as consultas individuais são reservadas para casos que efetivamente demandam intervenção nutricional individualizada, a unidade otimiza seus recursos e amplia o escopo de usuários alcançados. O Marco de Referência de EAN (BRASIL, 2012) reforça que as ações educativas em alimentação e nutrição devem permear todas as ações de cuidado em saúde, não se restringindo a momentos pontuais de transmissão de informações. O Guia Alimentar para a População Brasileira (BRASIL, 2014), por sua vez, oferece subsídios metodológicos para a condução de práticas educativas baseadas no consumo alimentar real da população, afastando-se de abordagens prescritivas e normativas. A consequência direta da não adoção dessas estratégias coletivas é a perpetuação de filas intermináveis e o agravamento de patologias que poderiam ser manejadas preventivamente.

A dimensão pedagógica da experiência merece destaque. A preceptoria, ao articular teoria e prática no contexto real do serviço, proporciona aos estudantes uma formação que dialoga com a complexidade do SUS. As DCN do curso de Nutrição (BRASIL, 2018) enfatizam a necessidade de que o futuro nutricionista desenvolva competências para atuar no SUS, compreendendo o sistema de saúde, suas políticas e a realidade sociocultural da população. O estágio em UBSF, mediado pela preceptoria, cumpre essa função ao expor os estudantes às demandas reais do território, aos desafios da gestão do cuidado e à importância do trabalho em equipe. A Lei nº 11.788/2008, ao regulamentar o estágio como ato educativo escolar supervisionado, no ambiente de trabalho, reforça a legitimidade dessa articulação entre ensino e serviço (BRASIL, 2008). A experiência demonstrou que, quando bem planejada e supervisionada, a inserção de estagiários não compromete a qualidade do atendimento, pelo contrário, a enriquece, ao introduzir as evidências científicas atualizadas que os estudantes trazem do ambiente acadêmico.

Outro aspecto relevante é a articulação entre o cuidado individual e as ações coletivas. A estratificação de risco nutricional, realizada durante o acolhimento, permitiu direcionar os usuários para o modo de cuidado mais adequado entre consulta individual, grupo de EAN ou visita domiciliar, configurando uma rede de cuidado nutricional que responde às necessidades do território. Essa lógica está em sintonia com os princípios da PNAN, que preconiza a integração entre ações individuais e coletivas de alimentação e nutrição em todos os níveis de atenção (BRASIL, 2013). Adicionalmente, a LOSAN (Lei nº 11.346/2006), ao instituir o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, reafirma a alimentação como direito humano e reforça o papel do Estado na garantia desse direito, contexto no qual as ações desenvolvidas na UBSF se inserem (BRASIL, 2006). O descumprimento dessas diretrizes implica na violação do direito humano à alimentação adequada, sujeitando a gestão pública a questionamentos sobre a eficiência da aplicação dos recursos do fundo municipal de saúde.

4 CONCLUSÃO

A experiência de preceptoria em estágio obrigatório de saúde coletiva, desenvolvida em uma UBSF, demonstrou que a inserção de acadêmicos de Nutrição no serviço potencializa a capacidade de cuidado da unidade e contribui de forma significativa para o enfrentamento da demanda represada de atendimentos nutricionais. A estratégia de combinar atendimentos individuais compartilhados, acolhimento com estratificação de risco, visitas domiciliares e, sobretudo, grupos de Educação Alimentar e Nutricional mostrou-se eficaz na ampliação do acesso ao cuidado nutricional e na replicação de informações essenciais para a promoção da saúde. A integração ensino-serviço revela-se, portanto, como uma simbiose necessária onde a academia oxigena o serviço com novas metodologias e o serviço oferece o campo real para a consolidação do saber profissional.

Os grupos de EAN emergiram como a estratégia de maior impacto, permitindo atingir um número consideravelmente maior de usuários em comparação ao modelo exclusivamente individual, além de favorecer a construção coletiva de conhecimento e o fortalecimento do suporte social entre os participantes. Esta abordagem coletiva não apenas resolve o problema imediato da fila de espera, mas atua na raiz do problema ao empoderar o usuário para o autocuidado, reduzindo a dependência futura do sistema para questões de baixa complexidade. A eficácia desta ação está diretamente ligada à capacidade dos estagiários de traduzir o conhecimento técnico em linguagem acessível e culturalmente situada, respeitando os saberes locais e as limitações econômicas da comunidade atendida.

A experiência reforça a importância dos estágios obrigatórios em saúde coletiva como espaço de articulação entre ensino, serviço e comunidade, na perspectiva da indissociabilidade entre formação profissional e cuidado em saúde. Recomenda-se a sistematização futura de dados quantitativos que permitam avaliar de forma mais precisa o impacto dessa estratégia, bem como a expansão e o fortalecimento dos programas de preceptoria como política institucional de integração ensino-serviço no SUS. A continuidade deste modelo é imperativa para garantir que a formação do nutricionista seja pautada pela ética pública e pelo compromisso social, assegurando que o SUS continue a ser um sistema de vanguarda na promoção da saúde e na garantia da segurança alimentar e nutricional para todos os cidadãos brasileiros.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução nº 6, de 7 de novembro de 2018. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Nutrição e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 9 nov. 2018.

_____. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Brasília: Senado Federal, 1988.

_____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. 1990.

_____. Lei nº 11.346, de 15 de setembro de 2006. Cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – SISAN com vistas em assegurar o direito humano à alimentação adequada e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 18 set. 2006.

_____. Lei nº 11.788, de 25 de setembro de 2008. Dispõe sobre o estágio de estudantes. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 26 set. 2008.

DOI: 10.51161/iv-conasus/85962

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 22 set. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Guia alimentar para a população brasileira*. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Alimentação e Nutrição*. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. *Marco de referência de educação alimentar e nutricional para políticas públicas*. Brasília: MDS, 2012.

CONSELHO FEDERAL DE NUTRIÇÃO. Resolução CFN nº 600, de 25 de fevereiro de 2018. Dispõe sobre a definição das áreas de atuação do nutricionista e suas atribuições, estabelece parâmetros numéricos de referência por área e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 9 mar. 2018.

VIVÊNCIAS DE MONITORES DE ENFERMAGEM: INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO NOS DIFERENTES NÍVEIS DE ATENÇÃO DO SUS

MARCELO HENRIQUE GOMES DOS SANTOS; BARBARA BEZERRA MOREIRA; BRUNA NASCIMENTO ALVES; EMELE CAROLINE RODRIGUES PINTO; FERNANDA FERREIRA BRAGA; LUIZE MARIA QUINDERE GOMES ALECRIM; VIDA BOAVENTURA MOREIRA GUEDES

Introdução: A monitoria acadêmica é uma estratégia pedagógica que fortalece a formação em enfermagem, permitindo que estudantes atuem como facilitadores do processo de ensino-aprendizagem. Além de apoiar colegas em disciplinas específicas, a monitoria contribui para o desenvolvimento de autonomia, habilidades pedagógicas e raciocínio clínico, refletindo diretamente na prática dos estágios supervisionados realizados no Sistema Único de Saúde (SUS). **Objetivo:** Relatar a experiência de monitores do curso de Enfermagem da Afya São Lucas Porto Velho, destacando como a monitoria influenciou positivamente a vivência nos estágios de atenção primária, secundária e terciária. **Relato de experiência:** A experiência foi vivenciada por acadêmicos-monitores em diferentes disciplinas e cenários de prática. As ações envolveram acompanhamento de colegas em laboratórios, apoio em atividades extensionistas e participação em estágios supervisionados no SUS. Durante os estágios, a experiência prévia da monitoria facilitou a comunicação com pacientes e equipes, ampliou a segurança na execução de procedimentos e estimulou a autonomia dos estudantes. A monitoria também contribuiu para a formação docente, permitindo que os acadêmicos desenvolvessem competências de liderança, didática e mediação de conflitos. Nos diferentes níveis de atenção, os monitores aplicaram conhecimentos adquiridos, fortalecendo a integração entre teoria e prática e ampliando a compreensão sobre o papel da enfermagem na rede pública de saúde. **Conclusão:** A vivência como monitores evidenciou que a monitoria acadêmica é uma ferramenta eficaz para consolidar conhecimentos e preparar os estudantes para os desafios dos estágios no SUS. Além de favorecer a autonomia e a segurança na prática clínica, contribui para a formação de futuros professores e líderes em enfermagem. A experiência reforça a importância da monitoria como estratégia de ensino que transcende o ambiente acadêmico e impacta diretamente na qualidade da assistência prestada nos diferentes níveis de atenção à saúde.

Palavras-chave: **EDUCAÇÃO EM SAÚDE; MONITORIA ACADÊMICA; PRÁTICA EM ESTÁGIO**

DOI: 10.51161/iv-conasus/85964

IMPLANTAÇÃO DA EQUIPE DE SAÚDE BUCAL HOSPITALAR NO ESTADO DE MATO GROSSO: UMA PROPOSTA HISTÓRICA, EPIDEMIOLÓGICA E INOVADORA PARA O FORTALECIMENTO DO SUS

TELMA PINHEIRO TORRES; FÁBIO MARQUES MEIRA

RESUMO

A implantação da Saúde Bucal Hospitalar tem se consolidado como uma estratégia para fortalecer a integralidade da assistência e a segurança do paciente no Sistema Único de Saúde (SUS). Este estudo teve como objetivo apresentar uma fundamentação histórica, científica e normativa para subsidiar a implantação de um projeto-piloto de Equipe de Saúde Bucal Hospitalar na Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso. Trata-se de um estudo descritivo, documental e propositivo, fundamentado em revisão narrativa da literatura, análise de documentos oficiais e relato de experiência profissional. A pesquisa resgatou a trajetória da assistência odontológica especializada no estado desde as décadas de 1980 e 1990, evidenciando sua contribuição para a organização dos serviços públicos de saúde. A análise das evidências científicas demonstrou que a atuação da equipe de saúde bucal no ambiente hospitalar pode contribuir para a prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde, redução da pneumonia associada à ventilação mecânica, fortalecimento da segurança do paciente e qualificação do cuidado multiprofissional. Aspectos relacionados à telessaúde, integração dos sistemas de informação, transformação digital do SUS e organização das Redes de Atenção à Saúde reforçam a viabilidade da proposta. Conclui-se que a implantação da Equipe de Saúde Bucal Hospitalar em Mato Grosso representa uma oportunidade para fortalecer o SUS, valorizar a trajetória histórica da saúde pública estadual e promover um cuidado mais integral, seguro, humanizado e baseado em evidências.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde; Saúde Bucal Hospitalar; Políticas Públicas em Saúde.

1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) consolidou-se como uma das maiores políticas públicas de saúde do mundo, fundamentado nos princípios da universalidade, integralidade e equidade. Nesse contexto, a saúde bucal passou a ser reconhecida como componente indispensável da atenção integral, sobretudo após a implantação da Política Nacional de Saúde Bucal (Brasil Sorridente), ampliando a inserção das equipes odontológicas nos diferentes níveis de atenção (BRASIL, 2004).

Nos últimos anos, a literatura científica tem demonstrado que a cavidade oral exerce importante influência sobre a saúde sistêmica. A presença de doença periodontal, biofilme dental e alterações da microbiota oral pode favorecer episódios de bacteremia transitória, aumentando o risco de complicações infecciosas, especialmente em pacientes hospitalizados, idosos, cardiopatas, imunossuprimidos, pessoas com deficiência, pacientes oncológicos e

DOI: 10.51161/iv-conasus/85967

indivíduos internados em unidades de terapia intensiva. Entre as principais complicações descritas destacam-se pneumonia associada à ventilação mecânica, sepse e endocardite infecciosa (YAMAKITA et al., 2024; DELGADO et al., 2023).

Nesse cenário, a Saúde Bucal Hospitalar vem sendo reconhecida internacionalmente como estratégia capaz de qualificar a assistência multiprofissional, reduzir infecções relacionadas à assistência em saúde, fortalecer a segurança do paciente e ampliar a integralidade do cuidado. A atuação do cirurgião-dentista, do Técnico em Saúde Bucal (TSB) e do Auxiliar em Saúde Bucal (ASB), sob protocolos assistenciais específicos, possibilita ações preventivas, educativas, terapêuticas e de monitoramento contínuo durante a internação hospitalar (CONSELHO REGIONAL DE ODONTOLOGIA DE MATO GROSSO, 2020; BLUM; SILVA; BAEDER, 2022).

A presente proposta também está fundamentada na trajetória histórica da autora junto aos serviços públicos de saúde em Mato Grosso. Durante as décadas de 1980 e 1990, atuou como Técnica em Higiene Dental (THD) e Auxiliar de Consultório Dentário (ACD), inscrita no Conselho Regional de Odontologia sob nº 106, participando da implantação de ações pioneiras de atendimento odontológico especializado no Estado, incluindo o atendimento de pacientes com necessidades especiais junto ao Centro de Atendimento Odontológico para Pacientes Especiais (CAOPE). Essa experiência permitiu acompanhar a evolução da assistência especializada, os processos de regionalização do cuidado e a construção histórica da saúde bucal pública em Mato Grosso.

Diante desse contexto, este estudo objetiva apresentar uma fundamentação científica e histórica para subsidiar a implantação de um projeto-piloto de Saúde Bucal Hospitalar na Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso, fortalecendo a integração entre assistência odontológica, segurança do paciente e inovação na gestão do SUS.

2 MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, documental e propositivo, fundamentado em revisão narrativa da literatura científica nacional e internacional, análise documental e relato de experiência profissional da autora na rede pública de saúde de Mato Grosso.

A construção da proposta baseou-se na análise da Lei nº 11.889/2008, que regulamenta o exercício profissional do Técnico em Saúde Bucal e do Auxiliar em Saúde Bucal; na Política Nacional de Saúde Bucal; em documentos da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) relacionados à prevenção das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS); em diretrizes da European Society of Cardiology (ESC) e da American Heart Association (AHA) referentes à prevenção da endocardite infecciosa; além de estudos científicos sobre higiene bucal hospitalar, prevenção de pneumonia associada à ventilação mecânica e segurança do paciente.

Também foram incorporadas experiências históricas desenvolvidas no Estado de Mato Grosso e informações técnico-científicas discutidas durante o 24º Encontro Nacional de Administradores e Técnicos do Serviço Público Odontológico (ENATESPO, 2025), especialmente aquelas relacionadas à telessaúde, integração dos sistemas de informação, inovação tecnológica, gestão do cuidado e organização das redes de atenção à saúde.

Os dados obtidos foram organizados de forma descritiva e interpretativa, permitindo identificar evidências científicas e experiências exitosas que fundamentam a elaboração de uma proposta de implantação da Equipe de Saúde Bucal Hospitalar nos hospitais públicos estaduais.

DOI: 10.51161/iv-conasus/85967

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise dos documentos históricos, da legislação vigente e das evidências científicas permitiu identificar que a implantação da Saúde Bucal Hospitalar no Estado de Mato Grosso apresenta fundamentação histórica, epidemiológica, assistencial e normativa compatível com os princípios da integralidade do Sistema Único de Saúde (SUS). Os resultados obtidos evidenciam que a incorporação da equipe de saúde bucal ao ambiente hospitalar pode contribuir para a prevenção de infecções relacionadas à assistência, qualificar a segurança do paciente e ampliar a atuação multiprofissional, especialmente entre indivíduos em situação de maior vulnerabilidade clínica. Esse entendimento encontra respaldo na Política Nacional de Saúde Bucal e na recente instituição da Rede de Atenção à Saúde Bucal no SUS, que reforçam a necessidade de integração das ações odontológicas entre os diferentes níveis de atenção, incluindo o ambiente hospitalar (BRASIL, 2024).

A evolução histórica da implantação da Saúde Bucal Hospitalar em Mato Grosso pode ser sintetizada na Figura 1, que apresenta os principais marcos históricos, legais, epidemiológicos e tecnológicos que fundamentam a proposta de fortalecimento da assistência hospitalar no estado.

Figura 1 – Sequência histórica da implantação da Equipe de Saúde Bucal Hospitalar no Estado de Mato Grosso: marcos históricos, epidemiológicos e de inovação para o fortalecimento do SUS.

Fonte: Elaborado pela autora (2026), com base em Brasil (2004, 2008, 2024), ANVISA (2026), ESC (2023), Yamakita et al. (2024) e experiências apresentadas no 24º ENATESPO.

A reconstrução histórica realizada nesta pesquisa demonstrou que a assistência odontológica especializada em Mato Grosso começou a ser estruturada ainda nas décadas de 1980 e 1990, período em que equipes compostas por Técnicos em Higiene Dental, Auxiliares

de Consultório Dentário e cirurgiões-dentistas desenvolveram experiências pioneiras voltadas ao atendimento de pacientes com necessidades especiais. Entre essas iniciativas destacou-se a atuação junto ao Centro de Atendimento Odontológico para Pacientes Especiais (CAOPE), onde eram desenvolvidas atividades de acolhimento, anamnese, avaliação clínica, planejamento terapêutico, acompanhamento de procedimentos odontológicos e encaminhamento de pacientes para intervenções cirúrgicas de maior complexidade. Os registros analisados demonstram que esse modelo já incorporava princípios atualmente reconhecidos como essenciais para o cuidado integral, considerando simultaneamente as condições bucais, sistêmicas e funcionais dos pacientes.

Os casos de maior complexidade eram regulados para centros especializados, incluindo serviços de referência nacional localizados em Bauru (SP), principalmente para reconstruções craniofaciais e cirurgias de alta complexidade. Posteriormente, a reorganização da rede estadual possibilitou a descentralização de parte desses atendimentos para a região de Cáceres (MT), fortalecendo a regionalização da assistência e ampliando o acesso da população aos serviços especializados. Essa experiência demonstra que a regionalização, prevista como diretriz organizativa do SUS, produz impactos positivos ao aproximar os serviços especializados dos territórios e reduzir desigualdades no acesso à assistência (BRASIL, 2024).

Os resultados também mostraram que Técnicos em Higiene Dental e Auxiliares de Consultório Dentário tiveram papel importante na consolidação da assistência odontológica pública estadual, atuando no acolhimento, na organização dos serviços, no preparo dos pacientes, na instrumentação dos procedimentos, em atividades educativas e em medidas preventivas. Hoje, essas atribuições encontram respaldo jurídico na Lei nº 11.889/2008, que regulamenta o exercício profissional do Técnico em Saúde Bucal (TSB) e do Auxiliar em Saúde Bucal (ASB), permitindo que atuem em ambiente hospitalar sob supervisão do cirurgião-dentista. Essa regulamentação fortalece a organização do processo de trabalho e amplia as possibilidades de atuação desses profissionais na prevenção de agravos, no controle de infecções e na promoção da segurança do paciente (BRASIL, 2008).

Os registros históricos analisados permitiram ainda reconhecer a contribuição de profissionais que participaram da implantação e consolidação da assistência odontológica especializada em Mato Grosso, entre eles Dra. Norma Iglesias, Dra. Cristina Viana, Dra. Rosa Milhomem, Dr. Ubaldo, além dos Técnicos em Higiene Dental, Auxiliares de Consultório Dentário, cirurgiões-dentistas e equipes multiprofissionais vinculadas à Secretaria de Estado de Saúde. Também foram identificados registros referentes à atuação do Dr. Narciso Santana na implantação dos Centros Odontológicos de Base em Cuiabá, modelo organizacional que fortaleceu o atendimento em equipe, a assistência preventiva, a odontopediatria, a endodontia, as ações em escolas, o atendimento em áreas rurais e programas de fluorterapia. Embora essas informações possuam importante valor histórico para a construção da saúde bucal em Mato Grosso, recomenda-se que sejam interpretadas como parte da memória institucional e acompanhadas, sempre que possível, por documentos oficiais, relatórios técnicos e registros administrativos que fortaleçam sua validade científica.

Sob a perspectiva epidemiológica, os resultados encontrados corroboram a literatura contemporânea ao demonstrar que pacientes hospitalizados apresentam maior risco para alterações da microbiota oral em decorrência da redução do autocuidado, da dependência funcional, da utilização de dispositivos invasivos, da xerostomia induzida por medicamentos e do prolongamento da internação. Em pacientes críticos, especialmente aqueles submetidos à ventilação mecânica, o acúmulo de biofilme favorece a colonização por microrganismos potencialmente patogênicos, aumentando o risco de aspiração de secreções contaminadas e do desenvolvimento de pneumonia associada à ventilação mecânica (PAV). Em razão disso, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária recomenda que a higiene oral faça parte dos

protocolos institucionais para prevenção das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS), integrada às demais medidas de segurança do paciente (ANVISA, 2026).

Estudos recentes reforçam essa recomendação. A revisão sistemática com metanálise em rede publicada por Yamakita et al. (2024) demonstrou que protocolos estruturados de higiene oral, especialmente aqueles que incluem escovação mecânica associada ao uso racional de antissépticos, apresentam potencial para reduzir a incidência de pneumonia associada à ventilação mecânica quando comparados à ausência de protocolos padronizados. Embora os autores ressaltem que ainda existem diferenças metodológicas entre os estudos disponíveis, as evidências atuais indicam que a incorporação sistemática da higiene bucal às rotinas hospitalares constitui importante estratégia de qualificação da assistência aos pacientes críticos.

Outro aspecto identificado refere-se à relação entre infecções bucais e doenças sistêmicas. A literatura atual demonstra que processos inflamatórios periodontais, focos infecciosos odontogênicos e condições inadequadas de higiene oral podem favorecer episódios de bacteremia transitória e aumentar o risco de complicações em pacientes susceptíveis. As Diretrizes da European Society of Cardiology publicadas em 2023 destacam que a manutenção da saúde bucal, a eliminação de focos infecciosos e a avaliação odontológica prévia representam medidas importantes na prevenção da endocardite infecciosa em pacientes com condições cardíacas de maior risco. Dessa forma, a inserção da equipe de saúde bucal no ambiente hospitalar ultrapassa a dimensão exclusivamente odontológica e passa a integrar estratégias de prevenção de eventos infecciosos, segurança do paciente e qualificação da assistência multiprofissional (ESC, 2023).

As atividades desenvolvidas pela equipe coordenada pela Dra. Ana Estela Haddad (2024) evidenciaram que a transformação digital do Sistema Único de Saúde (SUS) não se restringe à incorporação de tecnologias, mas envolve uma reorganização dos processos assistenciais, da gestão da informação e da integração entre os diferentes níveis de atenção. Os temas abordados — telessaúde, integração de dados do Sistema de Informação Hospitalar (SIH/DATASUS), organização das redes de atenção, teletriagem, inovação na gestão do cuidado e atenção especializada às doenças raras — demonstram que o fortalecimento do SUS depende da construção de modelos assistenciais articulados, capazes de integrar tecnologia, cuidado humanizado, vigilância em saúde e qualificação permanente dos profissionais.

No campo da telessaúde, observou-se que as tecnologias de informação e comunicação ampliam o acesso aos serviços especializados, reduzem desigualdades regionais e favorecem o suporte clínico às equipes da Atenção Primária à Saúde. Essa estratégia permite maior resolutividade dos serviços locais, reduz encaminhamentos desnecessários e fortalece a continuidade do cuidado, especialmente em estados com grandes extensões territoriais, como Mato Grosso, onde a distribuição desigual de profissionais especializados representa um importante desafio para a assistência.

Outro aspecto relevante foi a utilização integrada das bases de dados do SIH/DATASUS como ferramenta para planejamento, monitoramento e avaliação das políticas públicas. A integração dessas informações possibilita identificar o perfil epidemiológico da população, acompanhar indicadores assistenciais, monitorar internações sensíveis à atenção primária, avaliar custos hospitalares e subsidiar a tomada de decisão baseada em evidências. Nesse contexto, os sistemas de informação deixam de exercer apenas função administrativa e passam a constituir instrumentos estratégicos para a gestão em saúde.

A discussão sobre a organização das Redes de Atenção à Saúde revela a importância da articulação entre os diferentes pontos da rede assistencial, evitando a fragmentação do cuidado. Observou-se que a integração entre Atenção Primária, serviços especializados, hospitais, vigilância em saúde e reabilitação favorece o acompanhamento longitudinal dos pacientes, reduz duplicidade de procedimentos, melhora o fluxo assistencial e promove maior eficiência

na utilização dos recursos públicos. Essa abordagem está em consonância com os princípios da integralidade e da regionalização preconizados pelo SUS.

No que se refere à teletriagem, verificou-se seu potencial para qualificar o acesso aos serviços de saúde por meio da classificação precoce da demanda e da definição do nível de atenção mais adequado para cada usuário. Além de otimizar o fluxo de pacientes, essa estratégia contribui para reduzir o tempo de espera, evitar deslocamentos desnecessários e racionalizar o uso dos serviços de urgência e emergência, favorecendo uma assistência mais eficiente e centrada nas necessidades da população.

As experiências relacionadas à inovação na gestão do cuidado evidenciaram que a incorporação de ferramentas digitais, protocolos clínicos, monitoramento remoto e sistemas informatizados fortalece a coordenação do cuidado e amplia a segurança do paciente. Entretanto, verificou-se que o sucesso dessas iniciativas depende da qualificação permanente dos profissionais, da infraestrutura tecnológica disponível e da integração entre os diferentes sistemas de informação utilizados pelos serviços de saúde.

Outro tema de destaque é a organização da atenção especializada às pessoas com doenças raras. As experiências apresentadas demonstraram que esses pacientes demandam acompanhamento multiprofissional contínuo, integração entre centros especializados, acesso rápido ao diagnóstico e utilização de ferramentas digitais que favoreçam a comunicação entre os diferentes níveis assistenciais. Tais estratégias contribuem para reduzir atrasos diagnósticos, melhorar a coordenação do cuidado e promover maior equidade no acesso aos serviços especializados.

A partir dos conhecimentos adquiridos durante visita técnica, identificou-se uma oportunidade para ampliar a inserção da Odontologia Hospitalar na rede pública de saúde de Mato Grosso. Embora a atuação do cirurgião-dentista no ambiente hospitalar apresente evidências científicas consistentes quanto à prevenção de infecções, à redução de complicações sistêmicas e à melhoria da qualidade da assistência, sua implementação ainda permanece limitada em diversos serviços hospitalares brasileiros.

Nesse contexto, propõe-se à Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso (SES-MT) a implantação de um projeto-piloto de Saúde Bucal Hospitalar em hospitais estaduais de referência. A proposta contempla a atuação de equipes de Odontologia Hospitalar em Unidades de Terapia Intensiva, enfermarias clínicas e cirúrgicas e ambulatórios especializados, priorizando pacientes idosos, cardiopatas, pessoas com deficiência, indivíduos com doenças raras e pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos de médio e grande porte. Esses grupos apresentam maior vulnerabilidade para infecções oportunistas e complicações sistêmicas relacionadas às condições de saúde bucal, justificando sua inclusão prioritária no projeto.

A implantação do projeto deverá ocorrer de forma gradual, permitindo a padronização dos protocolos clínicos, a capacitação das equipes multiprofissionais e a avaliação contínua dos resultados. Recomenda-se que sejam estabelecidos fluxos assistenciais integrados entre médicos, enfermeiros, cirurgiões-dentistas, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, nutricionistas e demais profissionais envolvidos no cuidado hospitalar, fortalecendo a interdisciplinaridade e a integralidade da assistência.

Para avaliar a efetividade da proposta, recomenda-se o monitoramento sistemático de indicadores assistenciais, incluindo a incidência de infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS), pneumonia associada à ventilação mecânica (PAV), sepse, endocardite infecciosa, tempo médio de internação, necessidade de antibioticoterapia, reinternações hospitalares, mortalidade hospitalar e perfil clínico dos pacientes atendidos. A análise desses indicadores permitirá mensurar o impacto da Odontologia Hospitalar sobre a segurança do paciente, a qualidade da assistência e os custos hospitalares, produzindo evidências que poderão subsidiar futuras decisões de expansão da estratégia para outras unidades da rede estadual.

DOI: 10.51161/iv-conasus/85967

Dessa forma, os resultados observados durante a visita técnica demonstram que inovação tecnológica, integração das redes assistenciais, utilização estratégica das informações em saúde e fortalecimento da atenção multiprofissional constituem pilares fundamentais para a modernização do SUS. Nesse cenário, a implantação de um projeto-piloto de Saúde Bucal Hospitalar em Mato Grosso representa uma oportunidade concreta de incorporar práticas baseadas em evidências, ampliar a segurança do paciente e fortalecer a assistência hospitalar, alinhando-se às diretrizes nacionais de transformação digital e qualificação da atenção à saúde.

4 CONCLUSÃO

Ao recuperar a trajetória da saúde bucal em Mato Grosso, reconhece-se o trabalho de profissionais que, ao longo de décadas, contribuíram para a construção de práticas mais integrais, humanizadas e comprometidas com as necessidades da população.

A proposta de implantação da Equipe de Saúde Bucal Hospitalar representa, portanto, a continuidade desse percurso histórico e o fortalecimento de uma assistência multiprofissional voltada à prevenção de agravos, à segurança do paciente e à qualidade do cuidado. Sua inserção no ambiente hospitalar pode ampliar a avaliação das condições bucais, favorecer o controle de infecções e atender de forma mais adequada pacientes em situação de maior vulnerabilidade clínica.

Apresentada ao IV CONASUS, a proposta busca contribuir para a construção de uma política pública estadual alinhada às diretrizes do Ministério da Saúde, ao Programa Brasil Sorridente e aos princípios da integralidade, equidade e segurança do paciente. Conclui-se que investir na Saúde Bucal Hospitalar significa valorizar a história da saúde pública mato-grossense e avançar na consolidação de um SUS mais resolutivo, integrado e humanizado.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **Programa Nacional de Prevenção e Controle das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (PNPCIRAS) 2026–2030**. Brasília, DF: Anvisa, 2026.

BLUM, D. F.; SILVA, J. A.; BAEDER, F. M. A atuação da Odontologia Hospitalar na promoção da saúde e segurança do paciente: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Odontologia Hospitalar e Intensiva**, v. 5, n. 1, p. 15–27, 2022.

BRASIL. Lei nº 11.889, de 24 de dezembro de 2008. Regulamenta o exercício das profissões de Técnico em Saúde Bucal (TSB) e Auxiliar em Saúde Bucal (ASB). **Diário Oficial da União:** Brasília, DF, 26 dez. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 6.213, de 19 de dezembro de 2024. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017, para instituir a Rede de Atenção à Saúde Bucal (RASB) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União:** Brasília, DF, 20 dez. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_brasil_sorridente.htm. Acesso em: 22 jul. 2026.

CONSELHO REGIONAL DE ODONTOLOGIA DE MATO GROSSO. **Manual de Odontologia Hospitalar.** Cuiabá: CRO-MT, 2020.

DELGADO, V. et al. 2023 ESC Guidelines for the management of infective endocarditis. **European Heart Journal**, Oxford, v. 44, n. 39, p. 3948–4042, 2023. DOI: https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehad193.

EUROPEAN SOCIETY OF CARDIOLOGY (ESC). 2023 ESC Guidelines for the management of endocarditis. **European Heart Journal**, Oxford, v. 44, n. 39, p. 3948–4042, 2023. DOI: https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehad193.

YAMAKITA, S. et al. Comparative efficacy of various oral hygiene care methods in preventing ventilator-associated pneumonia in critically ill patients: a systematic review and network meta-analysis. **PLOS ONE**, San Francisco, v. 19, n. 12, e0313057, 2024. DOI: https://doi.org/10.1371/journal.pone.0313057

"VACINAÇÃO E FAKE NEWS": IDENTIFICANDO DESINFORMAÇÃO E CONHECIMENTOS SOBRE AS VACINAS EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE JOÃO PESSOA (PB)

LEONARDO TRAJANO DE OLIVEIRA VIEIRA, CELENE DA SILVA SANT'ANA, ANA BEATRIZ TORRES FIGUEIREDO DE LACERDA, THALES LIMA PORDEUS CAVALVANTE, RENATO ANTÔNIO DOS SANTOS OLIVEIRA, PRISCILA ANNE CASTRO DE ASSIS, JOELMA RODRIGUES DE SOUZA

RESUMO

As vacinas são um dos mais importantes instrumentos de prevenção de doenças, tendo se transformando, ao longo do tempo, em uma ferramenta chave na saúde pública, através da interrupção da cadeia de transmissão de diversas doenças, protegendo, especialmente, públicos mais vulneráveis. No entanto, a queda das taxas de vacinação, impulsionada, principalmente, pela divulgação de informações falsas acerca desta ferramenta, representa um obstáculo importante. Dessa forma, este estudo objetiva analisar a opinião da sociedade acerca das vacinas, e sua adesão a este método. Assim, trata-se de um estudo descritivo e transversal, realizado nos ambulatórios de pediatria e puericultura do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW/UFPB), em João Pessoa (PB), vinculado ao Sistema Único de Saúde (SUS). Os dados foram coletados no período de Agosto de 2024 a Julho de 2026, através de aplicação de um questionário em entrevistas presenciais. No período citado foram obtidas 439 entrevistas. Os participantes tinham uma idade média de 36,6 anos, eram, majoritariamente, naturais de João Pessoa, com escolaridade até o ensino médio. A maior parte dos entrevistados tem a internet como principal meio de comunicação, 79% afirmaram estar com o calendário vacinal completo e 96% afirmou ter vacinado as crianças sob sua responsabilidade. O desconhecimento em relação à produção de vacinas foi prevalente em 80% dos participantes, e a divulgação de notícias falsas ou suspeitas acerca da vacinação já atingiu 67% dos entrevistados. 69% referiram ter insegurança quanto à vacinação, mas, apesar disto, 99,6% dos entrevistados acreditam que é papel do governo garantir que todos os cidadãos tenham acesso às vacinas. Esses dados demonstram que, apesar da insegurança e da circulação de "fake news" acerca da imunização, esta ferramenta permanece sendo importante na visão da maior parte da sociedade. No entanto, estratégias que ampliem essa visão e combatam ativamente o movimento anti-vacina são necessárias.

Palavras-chave: Antivacina; Educação em Saúde; Imunizantes.

1 INTRODUÇÃO

A vacinação é reconhecida como uma das mais eficazes estratégias para preservar a saúde da população, pois reduz a disseminação de agentes infecciosos causadores de doenças graves, atuando na prevenção de morbidade e mortalidade. Para a garantia da erradicação global de doenças causadas por patógenos restritos a reservatórios humanos, são necessários altos níveis de cobertura vacinal global (COSTA; MARTINS, 2025).

DOI: 10.51161/iv-conasus/85969

Assim, compreende-se que o valor da imunização decorre do potencial de gerar imunidade coletiva quando atinge uma proporção suficiente de pessoas vacinadas, interrompendo a transmissão do agente infeccioso. Dessa forma, há a proteção de indivíduos não vulneráveis, imunossuprimidos e/ou vulneráveis que não puderam se vacinar (RODRIGUES; PLOTKIN, 2020).

Deste modo, quando há queda da imunização global, o resultado é a reintrodução de doenças que antes estavam controladas e/ou erradicadas, ou seja, ocorre um aumento de casos de doenças imunopreveníveis. A reemergência de doenças como o sarampo e a poliomielite no Brasil durante os últimos anos, decorrem majoritariamente da hesitação da população quanto à eficácia e segurança dos imunizantes (RODRIGUES; PLOTKIN, 2020).

Diante dessa realidade, o projeto de extensão "Vacinação e Fake-News", da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), atua na disseminação de conteúdos informativos baseados em evidências científicas, reafirmando a eficácia das vacinas e a importância da imunização. A divulgação científica é compreendida por Bueno (2010) como "a utilização de recursos, técnicas, processos e produtos (veículos ou canais) para veiculação de informações científicas, tecnológicas ou associadas a inovações ao público leigo". Sob essa perspectiva, o projeto busca democratizar o acesso ao conhecimento científico, a fim de promover a "alfabetização científica" da população, em relação às informações em saúde.

Assim, o presente projeto tem por objetivo identificar o perfil de frequentadores dos ambulatórios de pediatria e de puericultura de um hospital universitário em João Pessoa (PB) sobre vacinação e informações inverídicas propagadas contra as vacinas (Fake-News). Desta forma, temáticas sobre insegurança, informações falaciosas e conhecimentos científicos sobre vacinação presentes no cotidiano dessa população, são identificadas e orientações acadêmicas baseadas em evidências científicas sobre vacinas são disseminadas entre este público, somadas às informações compartilhadas na rede social do projeto.

2 MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de estudo descritivo, transversal, de abordagem quanti-qualitativa, vinculado às atividades do projeto de extensão "Vacinação e Fake News" da Universidade Federal da Paraíba (UFPB). A proposta foi realizada no Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW/UFPB), administrado pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh/MEC). O hospital atende pelo Sistema Único de Saúde (SUS), atuando como campo de ensino, pesquisa e extensão para alunos matriculados nos cursos de saúde da Instituição.

A população do estudo foram os usuários presentes nos ambientes de puericultura e ambulatório de pediatria do HULW, geralmente responsáveis pelas crianças atendidas nesse setor, e que aceitaram voluntariamente participar da entrevista.

O instrumento para a coleta de dados foi um formulário on-line na plataforma *Google Forms*. A aplicação do questionário foi realizada através de entrevistas presenciais dirigidas, na qual os discentes extensionistas realizam a leitura oral das perguntas, registrando as respostas dos participantes no formulário eletrônico, no período de agosto de 2024 a Julho de 2026. Em seguida, foi realizada uma análise estatística descritiva dos dados coletados.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Durante o período citado foi realizado um total de 439 entrevistas nos ambulatórios de Pediatria e Puericultura do Hospital Universitário Lauro Wanderley. Destas, 278 (63%) ocorreram no ambulatório de Pediatria, e 161 (37%) ocorreram no ambulatório de Puericultura. A idade média dos participantes foi de 36,6 anos, e a faixa etária mais prevalente foi de 30 a 39 anos, intervalo que corresponde ao total de 160 (36%) entrevistados.

Quando se avaliou a distribuição por sexo, 390 (89%) participantes eram do sexo

feminino, e 49 (11%) eram do sexo masculino. Quanto à naturalidade, a cidade mais prevalente foi João Pessoa (PB), citada por 40% dos entrevistados. No entanto, esse dado demonstra também a importância para o estado e para a região, dos serviços ambulatoriais onde a pesquisa foi realizada, tendo em vista que mais da metade dos entrevistados referiu ser natural de outras cidades, a exemplo de Sapé, Lucena e Santa Rita, na grande João Pessoa, além de outras capitais como Recife, e cidades do interior paraibano como Sousa e Patos.

Já com relação à profissão respondida pelos participantes, as mais citadas foram secretária do lar (54 respostas), dona de casa (50 respostas) e agricultura (45 respostas). O estado civil mais prevalente foi solteiro, com 176 respostas (40%), seguido de casado, com 120 respostas (27%), divorciado (5%) e união estável (5%).

Para aqueles que estavam acompanhados com crianças e/ou adolescentes nos ambulatórios citados, foi perguntado também o grau de parentesco, e 332 (76% dos participantes) afirmaram ser mãe/pai daqueles a quem estavam acompanhando. Quanto ao número de filhos, a maior parte dos entrevistados (48%) relatou ter de 2 a 3 filhos, seguidos de 39%, que relataram ter apenas 1 filho.

Sobre à escolaridade dos que responderam à pesquisa, o grupo era composto principalmente por pessoas que concluíram o ensino médio (254 pessoas - 58%), enquanto apenas 16% haviam concluído o ensino superior. Além disso, a maior parte dos participantes (172 - 39%) referiu ter como renda familiar mensal de 1 a 3 salários-mínimos, e apenas 2% possuíam renda acima de 6 salários-mínimos.

Quando se avaliou o principal meio de obtenção de informações, 88% dos entrevistados relataram ter a internet como principal meio de comunicação, o que demonstra a força e importância deste meio como formador de opinião e, consequentemente, como fator que influencia fortemente a adesão vacinal, de acordo com as ideias que são predominantemente compartilhadas neste meio. Entre as redes sociais mais citadas, destacam-se o Whatsapp®, Instagram® e Facebook®. No entanto, é válido citar que, as redes sociais, apesar de constituírem um instrumento facilitador da comunicação e do acesso à informação, também passou a ser utilizado como um meio de divulgação de opiniões que causam danos à saúde pública (WILSON, 2020).

Quanto à vacinação dos entrevistados e as opiniões acerca dos imunizantes, 79% afirmaram estar com o calendário vacinal completo, 12% afirmaram estar incompletos e 9% não sabiam o seu status vacinal. Dos que afirmaram estar com calendário incompleto, o motivo mais prevalente foi o esquecimento ou falta de interesse, relatado por 76% dos pertencentes a este grupo. Esse dado reforça a necessidade de atenção à percepção pública frente à vacinação, de modo a criar estratégias que promovam a compreensão acerca da necessidade de atualização vacinal, de modo a atenuar o reduzido interesse demonstrado por parte da população, e evitar, por exemplo, o retorno de doenças já mitigadas (CASTELFRANCHI, 2025).

Por outro lado, 96% dos entrevistados que afirmaram ser responsáveis por crianças, afirmaram ter vacinado as crianças sob sua responsabilidade, fato este que demonstra a eficácia das políticas voltadas à vacinação infantil, e que as famílias ainda veem a imunização como fator protetivo, especialmente nas primeiras fases da vida. Essa visão é, em grande parte, consequência do sucesso do Programa Nacional de Imunizações (PNI), o qual, seguindo os princípios do SUS, e atuando de modo descentralizado e com equidade, promove, por exemplo, a elaboração do calendário vacinal e a distribuição dos imunizantes, garantindo acesso às vacinas desde os primeiros dias de vida (DOMINGUES, 2020).

DOI: 10.51161/iv-conasus/85969

A maior parte (80%) dos participantes relatou não ter conhecimentos acerca da produção das vacinas, e esta ausência de informação é um fator de risco para a adesão à movimentos contra a vacinação, quando estes divulgam dados e notícias falsas acerca dos imunizantes, atingindo principalmente aqueles que desconhecem da segurança deste método. Sobre estes movimentos, 50% dos entrevistados conhecem e já ouviram falarem do movimento anti-vacina, o que mostra a capacidade destes ideais contra a vacinação, em atingir a comunidade. Apesar disso, a maior parte (54%) não concorda com os ideais desse movimento, e 29% ainda não tem uma opinião formada, o que mostra a necessidade de formar a opinião desse público com informações confiáveis acerca dos benefícios da vacinação, impedindo o avanço dos ideais anticientíficos.

Sobre os conhecimentos prévios dos entrevistados, 69% dos entrevistados negaram terem inseguranças sobre vacinação. Quando indagados acerca dos conhecimentos sobre efeitos adversos das vacinas, o efeito mais conhecido foi febre, citado por 77% dos entrevistados, seguido por dor local (55%), dor de cabeça (48%) e alergia (19%). Apesar de citarem esses efeitos, a maior parte (55%) das pessoas afirmou que eles raramente acontecem, o que demonstra um reconhecimento em relação à segurança vacinal. Além disso, 57% afirmaram que ouviu falar sobre esses efeitos através das redes sociais, e 23% através de conhecidos ou familiares.

Ainda em relação à divulgação de informações, 67% dos participantes afirmaram já ter ouvido informações suspeitas ou falsas sobre as vacinas, e 74% dessas pessoas afirmaram que a circulação dessas informações foi através das redes sociais. Esse conjunto de dados mostra, novamente, a importância do meio digital como influência na opinião acerca das vacinas, o que reforça a necessidade de utilização deste meio como aliado às campanhas de imunização. Dessa forma, as redes sociais, inicialmente vistas como um problema, através da divulgação de informações falsas, podem ser parte da solução, tanto divulgando conteúdos científicos, como limitando a circulação de conteúdos falsos ou que causem danos à saúde pública (RUGGERI, 2024).

Quando perguntados, 31% dos entrevistados afirmaram que vacinas podem matar. No entanto, 88% desses reconhecem tal evento como algo que raramente acontece. Além disso, 99,6% dos entrevistados acreditam que é papel do governo garantir que todos os cidadãos tenham acesso às vacinas, e 97,5% acreditam que políticas públicas são essenciais para garantir o sucesso das campanhas de vacinação.

Esses números demonstram que, apesar da insegurança apresentada por parte da comunidade com relação à vacinação, ainda persiste, por mais que enfraquecido pelo movimento anti-vacina, o ideal deste instrumento como um ato de segurança que deve ser incentivado pelo Estado.

4 CONCLUSÃO

Através deste estudo, percebe-se que apesar do contato com o movimento anti-vacina, e da circulação de informações falsas ou suspeitas acerca da imunização, o público-alvo, responsáveis pelas crianças atendidos na pediatria de um hospital universitário, permanece com o ideal majoritariamente positivo sobre este método de prevenção das doenças infectocontagiosas pela vacinação. Além disso, destacou-se a alta prevalência de vacinação infantil referida pelos entrevistados, o que demonstra a eficácia dos movimentos pró-vacinais. No entanto, apesar dos pontos destacados, o estudo mostra o risco do crescimento dos ideais anti-vacinas, através da alta divulgação de ideais não científicos, especialmente através das redes sociais, o que demonstra a necessidade permanente de ações de combate às “fake news” e de promoção da vacinação como importante instrumento de saúde pública. Novos estudos

DOI: 10.51161/iv-conasus/85969

ampliando a amostra e os locais de atendimento da população são necessários para estabelecer melhor relação de causalidade entre as variáveis.

REFERÊNCIAS

BUENO, W. C. Comunicação científica e divulgação científica: aproximações e rupturas conceituais. **Informação & Informação**, Londrina, v. 15, n. 1esp, p. 1–12, 2010. DOI: https://doi.org/10.5433/1981-8920.2010v15n1espp1. Disponível em: https://ojs.uel.br/revistas/uel/index.php/informacao/article/view/6585. Acesso em: 21 jul. 2026.

CASTELFRANCHI, Y.; MENDES, I. M.; FAGUNDES, V.; MASSARANI, L.; MOREIRA, I.
C.; POLINO, C. As vacinas no Brasil da pandemia: um estudo de percepção pública. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 4, e16802023, 2024. DOI: 10.1590/1413-81232025304.16802023.

COSTA, L. P.; MARTINS, L. M. Impactos da queda da cobertura vacinal na reintrodução de doenças imunopreveníveis: uma revisão da literatura. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, v. 7, n. 2, p. 12–27, 2025. DOI: https://doi.org/10.36557/2674-8169.2025v7n2p12-27. Acesso em: 20 jul. 2026.

DOMINGUES, C. M. A. S.; MARANHÃO, A. G. K.; TEIXEIRA, A. M.; FANTINATO, F. F.
S.; DOMINGUES, R. A. S. 46 anos do Programa Nacional de Imunizações: uma história repleta de conquistas e desafios a serem superados. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, supl. 2, e00222919, 2020. DOI: 10.1590/0102-311X00222919.

RODRIGUES, C. M. C.; PLOTKIN, S. A. Impact of Vaccines; Health, Economic and Social Perspectives. **Frontiers in Microbiology**, v. 11, art. 1526, 14 jul. 2020. DOI: https://doi.org/10.3389/fmicb.2020.01526. Acesso em: 20 jul. 2026.

RUGGERI, K.; VANDERSLOTT, S.; YAMADA, Y.; ARGYRIS, Y. A.; VEĆKALOV, B.; BOGGIO, P. S.; FALLAH, M. P.; STOCK, F.; HERTWIG, R. Behavioural interventions to reduce vaccine hesitancy driven by misinformation on social media. **BMJ**, Londres, v. 384, e076542, 2024. DOI: 10.1136/bmj-2023-076542.

WILSON, S. L.; WIYSONGE, C. Social media and vaccine hesitancy. **BMJ Global Health**, [S. l.], v. 5, e004206, 2020. DOI: 10.1136/bmjgh-2020-004206.

ADAPTAÇÕES AMBIENTAIS DE BAIXO CUSTO PARA QUALIFICAR O ATENDIMENTO DE PACIENTES NEURODIVERGENTES NO SUS: RELATO DE EXPERIÊNCIA

MARIA INEZ BASSI ROCHA DO CARMO; LETÍCIA STEPHANE SANTOS FRANCO; SABRINA WINNIE TEIXEIRA BARROS; SIMONE RIBEIRO DA SILVA; LULY ; PATRÍCIA GLICÉRIA BRÁZ; GLÁUCIA MARIA MOREIRA GALVÃO

RESUMO

A crescente demanda por atendimento de crianças neurodivergentes no Sistema Único de Saúde (SUS) evidencia a necessidade de estratégias que promovam acessibilidade, humanização e equidade por meio da reorganização da ambiência dos serviços (HAMDAN; BENNETT, 2024). Este trabalho teve como objetivo relatar a experiência de implantação do Espaço C.A.S.A. (Cuidado e Acolhimento em Situações Atípicas), uma proposta de adaptações ambientais de baixo custo destinada a favorecer a autorregulação sensorial e qualificar o atendimento de crianças e adolescentes com alterações do neurodesenvolvimento em um ambulatório acadêmico vinculado ao SUS, em Belo Horizonte. A experiência consistiu na reorganização do ambiente assistencial mediante a implantação de um espaço de acolhimento pré-consulta e de intervenções simples, incluindo adequação da iluminação, utilização de cores suaves, redução de estímulos sonoros, reorganização do mobiliário, instalação de tatame higienizável, disponibilização de recursos sensoriais e flexibilização do local de realização do exame físico, priorizando, quando clinicamente possível, superfícies mais acolhedoras, como o tatame ou o colo do cuidador. As adaptações foram implementadas sem reformas estruturais ou investimentos elevados, preservando a funcionalidade do serviço. O local atendeu em média 65 a 75 de crianças e adolescentes. Observou-se que o ambiente reorganizado favoreceu uma transição mais tranquila para a consulta, 95% dos pacientes autorregulados, contribuiu para reduzir a sobrecarga sensorial e facilitou o estabelecimento de vínculo entre profissionais, pacientes e familiares. A experiência também possibilitou maior individualização do cuidado, permitindo à equipe observar previamente aspectos relacionados ao processamento sensorial, à comunicação e às estratégias de autorregulação das crianças, subsidiando a condução clínica. Conclui-se que a reorganização da ambiência por meio de adaptações ambientais simples constitui uma estratégia viável, sustentável e potencialmente replicável em diferentes serviços do SUS, fortalecendo práticas de cuidado centradas na pessoa e contribuindo para a promoção da humanização, da integralidade e da inclusão de crianças neurodivergentes nos serviços de saúde.

Palavras-chave: Acolhimento; Pessoas com Deficiência; Humanização da Assistência.

1 INTRODUÇÃO

A crescente demanda por atendimento de pessoas neurodivergentes no Sistema Único de Saúde (SUS) tem evidenciado a necessidade de reorganizar os processos de cuidado para

DOI: 10.51161/iv-conasus/85970

além da competência técnico-científica, incorporando estratégias que assegurem os princípios da universalidade, da equidade, da integralidade e da humanização da assistência. Crianças com transtorno do espectro autista (TEA), síndrome de Down, paralisia cerebral e outras condições do neurodesenvolvimento frequentemente apresentam alterações no processamento sensorial, dificuldades de comunicação verbal, necessidade de maior previsibilidade e diferentes formas de interação com o ambiente (ARMSTRONG, 2012; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2015). Nesses casos, o espaço físico deixa de ser apenas o cenário da consulta e passa a constituir um elemento ativo do cuidado, capaz de favorecer ou dificultar a autorregulação, o vínculo terapêutico, a comunicação e a realização do atendimento. Estudos recentes demonstram que a ausência de ambientes adaptados e de estratégias centradas na pessoa compromete a integralidade da assistência oferecida a pacientes com desenvolvimento atípico (RIOS-VEGA et al., 2024; WILLIAMS et al., 2024).

Apesar dos avanços das políticas públicas voltadas à inclusão e à atenção à pessoa com deficiência, grande parte dos serviços de saúde ainda está organizada segundo um modelo assistencial predominantemente biomédico, no qual a disposição do consultório, o mobiliário e a dinâmica do atendimento priorizam a execução dos procedimentos clínicos, sem considerar as necessidades sensoriais e comportamentais dos pacientes neurodivergentes. Ambientes com iluminação intensa, excesso de estímulos visuais e sonoros, organização pouco previsível e utilização rotineira da maca podem desencadear desconforto, ansiedade, desregulação emocional e resistência ao atendimento, dificultando a avaliação clínica e comprometendo a construção do vínculo entre profissionais, pacientes e familiares. Dessa forma, muitas das barreiras enfrentadas durante a consulta não decorrem exclusivamente da condição clínica do paciente, mas também da inadequação do ambiente às suas necessidades específicas (MOSTAFA, 2014).

As diretrizes do SUS reconhecem que a qualificação da assistência depende não apenas da oferta de serviços, mas também da forma como o cuidado é produzido. A Política Nacional de Humanização (PNH) estabelece a ambiência como um dispositivo estratégico para promover acolhimento, conforto, segurança e fortalecimento das relações entre usuários, familiares e profissionais, compreendendo o ambiente como parte integrante do processo terapêutico. Da mesma forma, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Pessoa com Deficiência (PNAISPD) reforça a necessidade de garantir acessibilidade, equidade e organização dos serviços de acordo com as necessidades dos usuários. Sob essa perspectiva, a ambiência pode ser compreendida como uma tecnologia leve de cuidado, capaz de reduzir barreiras, favorecer a comunicação e ampliar a efetividade da assistência sem depender, necessariamente, de investimentos financeiros elevados (BRASIL, 2013).

Nesse contexto, adaptações ambientais simples e de baixo custo, como a transformação do espaço destinado ao exame físico, transformando o ambiente tradicionalmente centrado na maca em um espaço mais acolhedor e flexível. Sempre que clinicamente possível, a avaliação pode ser realizada sobre um tatame higienizável, no colo do cuidador ou em outras superfícies que proporcionem maior conforto e segurança à criança, preservando a integralidade do exame físico e respeitando suas necessidades sensoriais. Dessa forma, o foco deixa de ser o mobiliário utilizado e passa a ser a adaptação do cuidado às singularidades de cada paciente. Outras mudanças significativas correspondem a adequação da iluminação, utilização de cores mais suaves nas paredes, redução de ruídos, reorganização do espaço, implantação de tatame e disponibilização de recursos sensoriais, representam estratégias capazes de minimizar sobrecargas sensoriais, aumentar a previsibilidade do ambiente e favorecer maior conforto durante o atendimento. Essas intervenções não reduzem a qualidade técnica da assistência; ao contrário, qualificam-na ao permitir que o profissional estabeleça uma relação mais próxima, respeitosa e centrada na pessoa. A adaptação da maca, por exemplo, simboliza mais do que uma alteração do mobiliário: representa a substituição de uma lógica centrada no procedimento

por uma prática voltada às necessidades do paciente. Ao sentar-se no tatame, retirar os sapatos quando necessário e compartilhar o mesmo espaço da criança, o profissional reduz barreiras relacionais, fortalece a confiança, facilita a comunicação e demonstra disponibilidade para compreender as singularidades daquele indivíduo. Esse processo repercute positivamente também sobre as famílias, que percebem maior acolhimento, segurança e respeito às características de seus filhos, favorecendo a adesão ao acompanhamento e o estabelecimento de uma relação terapêutica mais sólida.

O Ambulatório de Ciências Médicas da Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais (FCM-MG) atende diariamente crianças com quadros de desenvolvimento atípico. No cotidiano assistencial, observava-se que muitas crianças chegavam ao ambulatório já em sofrimento, uma vez que a ruptura da rotina, o deslocamento até o serviço de saúde, o ambiente de espera e a exposição a múltiplos estímulos sensoriais frequentemente favoreciam a desregulação antes mesmo do início da consulta. Diante desse contexto, as características do ambiente convencional tornavam o atendimento ainda mais desafiador para as famílias e para os profissionais. A recorrência dessas situações evidenciou uma lacuna entre as necessidades reais dos usuários e a organização tradicional do espaço assistencial, motivando a criação do Espaço C.A.S.A. (Cuidado e Acolhimento em Situações Atípicas).

2 RELATO DE EXPERIÊNCIA

O consultório em questão está localizado em um ambulatório acadêmico vinculado ao SUS, em Belo Horizonte, Minas Gerais, e funciona como serviço de suporte especializado dentro da rotina de atendimento pediátrico e hebiátrico, recebendo diariamente entre 8 e 10 crianças e adolescentes com perfil neurodivergente. A experiência aqui relatada refere-se às adaptações físicas de baixo custo realizadas no ambiente de acolhimento e nos consultórios em que os atendimentos ocorrem.

Inicialmente, foi realizada uma avaliação das principais dificuldades enfrentadas durante os atendimentos de crianças neurodivergentes, identificando os estímulos ambientais mais frequentemente associados à ansiedade, resistência ao exame físico e dificuldades de interação. A partir dessas observações, docentes, estudantes e equipe assistencial discutiram alternativas de baixo custo que pudessem ser incorporadas ao consultório sem comprometer sua funcionalidade clínica, originando as adaptações implementadas no Espaço C.A.S.A.

Nas consultas em que o exame físico não exigia obrigatoriamente a utilização da maca, optou-se por adaptar o local da avaliação, realizando-a sobre tatame higienizável, no colo do cuidador ou em outras posições mais confortáveis para a criança. Quando necessária, a maca permaneceu disponível, sendo utilizada de forma individualizada conforme a necessidade clínica. Em primeiro lugar, nas consultas nas quais o exame físico convencional sobre a maca não é indispensável ao raciocínio clínico, optou-se por retirá-la do campo visual do paciente e conduzir o atendimento sem utilizá-la. Devido ao seu formato, rigidez postural e forte associação simbólica a procedimentos invasivos, a maca frequentemente atua como um gatilho de ansiedade antecipatória em crianças neurodivergentes. Sua remoção transforma o consultório em um espaço menos hostil, permitindo que a avaliação clínica ocorra de forma lúdica e confortável — no chão, sobre o tatame de fácil higienização, ou no colo do cuidador —, sem qualquer prejuízo à qualidade técnica do exame. Nessa perspectiva, a adaptação do espaço não substitui nem simplifica o exame físico; ela possibilita que a avaliação clínica completa seja realizada de maneira menos invasiva e potencialmente menos desestabilizadora para a criança, respeitando seu tempo, suas necessidades sensoriais e sua forma de interação com o ambiente.

A iluminação fluorescente direta e de alta intensidade foi substituída por fontes de luz suaves e indiretas. A luz fluorescente convencional é amplamente reconhecida como um fator

de sobrecarga visual para indivíduos com hipersensibilidade sensorial, podendo desencadear desconforto físico e desregulação comportamental. O ajuste do padrão luminoso não demanda reformas elétricas: ele pode ser feito a partir da troca de lâmpadas e no uso de cortinas ou anteparos para minimizar a incidência direta da luz sobre os pacientes.

A escolha de uma paleta cromática em tons pastéis fundamentou-se no Autism ASPECTSS™ Design Index (MOSTAFA, 2014), que recomenda cores suaves como estratégia para minimizar a sobrecarga sensorial visual, dado seu efeito calmante e redutor da hiperatividade. A repintura das paredes configurou-se como uma intervenção de baixo custo e impacto duradouro.

O espaço foi estruturado como uma zona de relativo isolamento acústico em relação ao fluxo do ambulatório, atenuando a exposição a ruídos imprevisíveis (vozes, equipamentos e movimentação de pessoas), que são gatilhos frequentes de desregulação em pacientes com hipersensibilidade auditiva. Complementarmente, foram disponibilizados fones de ouvido com redução da exposição aos ruídos ambientais ruído, um recurso de excelente custo-benefício que reduz as respostas fisiológicas de estresse em crianças com TEA (KASHEFIMEHR et al., 2019).

O piso original foi revestido com tapete antiderrapante do tipo tatame, cumprindo uma dupla função: garantir a segurança física (amortecendo impactos e prevenindo quedas) e atuar no isolamento acústico (reduzindo o eco e o barulho de passos). Outroassim, o material utilizado apresenta superfície lavável e permite higienização entre os atendimentos, garantindo segurança sanitária e possibilitando sua utilização como uma alternativa confortável e segura para a realização do exame físico, quando clinicamente apropriado.

Além disso, foram introduzidas placas com diferentes texturas e dispositivos manipuláveis do tipo fidget toys. Esses recursos de baixo custo auxiliam na regulação motora, na manutenção do foco e na autorregulação sensorial dos pacientes, sendo utilizados tanto no período de espera quanto durante a própria consulta médica.

Por fim, o espaço físico foi reorganizado para reduzir o excesso de estímulos visuais dispersos. Objetos e materiais não essenciais foram retirados do campo de visão dos pacientes, delimitando áreas de permanência previsíveis e mantendo os recursos sensoriais organizados e acessíveis. Essa reestruturação não exigiu a compra de novos mobiliários, baseando-se estritamente na otimização e na reorientação do uso do espaço preexistente.

Durante o período de funcionamento do Espaço C.A.S.A., o ambulatório atendeu, em média, entre 65 e 75 crianças e adolescentes por mês. O tempo de permanência no espaço foi de aproximadamente 30 minutos, podendo chegar a até 3 horas conforme o fluxo assistencial. Segundo observação da equipe, cerca de 95% das crianças apresentaram autorregulação suficiente para prosseguir com a consulta, sem necessidade de interrupção da rotina ambulatorial ou investimentos estruturais significativos. Em conjunto, as adaptações implementadas compõem um protocolo replicável e de baixo custo que prescinde de reformas estruturais de grande porte.

3 DISCUSSÃO

A implantação do Espaço C.A.S.A. permitiu incorporar ao fluxo assistencial um momento estruturado de acolhimento e autorregulação antes da consulta médica. Essa etapa mostrou-se especialmente importante porque muitas crianças chegavam ao ambulatório já desreguladas em decorrência da ruptura da rotina habitual, do deslocamento até o serviço de saúde e da exposição aos estímulos presentes no percurso assistencial. O espaço passou a funcionar como um ambiente de transição entre esse contexto e o início da consulta médica.

Durante esse período, a criança pode explorar o espaço de forma livre, utilizar recursos de autorregulação e reduzir a sobrecarga provocada pelos estímulos do ambiente ambulatorial.

Essa estratégia favoreceu uma transição mais tranquila para a consulta. Segundo observação da equipe, aproximadamente 95% das crianças apresentaram autorregulação suficiente após a permanência no Espaço C.A.S.A., permitindo o início do atendimento em melhores condições comportamentais e emocionais. A experiência também evidenciou que o ambiente não deve ser compreendido apenas como suporte físico da assistência, mas como elemento integrante do processo terapêutico. Ao oferecer um espaço preparado para reduzir estímulos sensoriais e favorecer a autorregulação, o C.A.S.A. contribuiu para diminuir barreiras ambientais que frequentemente dificultam o acesso e a permanência de crianças neurodivergentes nos serviços de saúde.

Outro resultado observado foi a melhoria na transição entre o acolhimento e a consulta médica. A possibilidade de a criança permanecer previamente em um ambiente acolhedor e adaptado às suas necessidades sensoriais favoreceu uma transição mais gradual para o atendimento clínico. Como consequência, muitas crianças chegavam ao consultório em melhores condições de autorregulação, o que facilitava a interação com a equipe e o desenvolvimento da consulta, respeitando o tempo de adaptação, a forma de comunicação e as características individuais de cada usuário

Na prática assistencial, observou-se redução da resistência inicial à entrada no consultório, maior permanência das crianças durante a consulta e menor necessidade de interrupções relacionadas à desregulação comportamental, aspectos percebidos de forma recorrente pela equipe durante o período de funcionamento do espaço.

Sob a perspectiva da equipe multidisciplinar, a implantação do Espaço C.A.S.A. favoreceu um cuidado mais organizado e individualizado. O momento pré-consulta permitiu que os profissionais observassem as respostas sensoriais, as formas de comunicação e as estratégias de autorregulação utilizadas por cada criança, informações que passaram a subsidiar a condução do atendimento e a discussão compartilhada dos casos.

A experiência reforça que a criação de um espaço destinado à autorregulação antes da consulta representa uma estratégia viável e de baixo custo para qualificar a assistência às crianças neurodivergentes. Ao integrar o ambiente ao processo de cuidado, o Espaço C.A.S.A. fortalece os princípios da humanização, da equidade e da integralidade, além de apresentar potencial de reprodução em diferentes serviços da Rede de Atenção à Saúde.

Figura 1. Painel sensorial de parede utilizado para estimulação e autorregulação.

Figura 2. Espaço sensorial com recursos lúdicos para acolhimento e autorregulação

DOI: 10.51161/iv-conasus/85970

4 CONCLUSÃO:

A experiência de implantação do Espaço C.A.S.A. demonstrou que a reorganização da ambiência, por meio de adaptações ambientais simples e de baixo custo, constitui uma estratégia viável para qualificar o atendimento de crianças neurodivergentes no contexto do Sistema Único de Saúde. As modificações implementadas evidenciaram que o ambiente físico deve ser compreendido como parte integrante do processo de acolhimento e preparação para o atendimento, deixando de ser apenas o local onde ocorre a assistência para assumir um papel ativo na promoção do acolhimento, da segurança, da comunicação e do vínculo.

A criação de um espaço destinado ao acolhimento e à autorregulação antes da consulta favoreceu uma adaptação mais gradual da criança ao ambiente assistencial, reduzindo estímulos potencialmente desencadeadores de ansiedade, medo e desregulação sensorial. Esse momento pré-consulta possibilitou que a criança chegasse ao atendimento mais organizadas comportamental e emocionalmente , favorecendo maior participação nas consultas e reduzindo situações de resistências decorrente do impacto inicial do ambiente de saúde. Além disso, permitiu que a equipe estabelecesse um primeiro contato em um contexto menos invasivo , fortalecendo o vínculo entre a equipe multidisciplinar, os pacientes e seus familiares antes do início da avaliação clínica.

Outro aspecto relevante evidenciado pela experiência foi que intervenções ambientais simples e de baixo custo, como a reorganização dos mobiliários, a utilização de iluminação indireta, a redução de ruídos, a implantação de tatames e a disponibilização de recursos sensoriais, podem produzir impactos significativos no acolhimento e na preparação da criança para o atendimento. Essas estratégias favorecem um ambiente mais previsível, seguro, confortável e menos intimidador, contribuindo para a autorregulação e para a redução de barreiras ambientais frequentemente enfrentadas por crianças neurodivergentes nos serviços de saúde. Além disso, demonstram que a qualificação do cuidado não depende exclusivamente de investimentos financeiros elevados, mas também da capacidade dos profissionais em reconhecer as necessidades dos usuários e organizar espaços acolhedores que favoreçam uma assistência mais humanizada, inclusiva e centrada na pessoa.

Sob a perspectiva da equipe multiprofissional, o período de permanência da criança no Espaço C.A.S.A possibilitou observar , antes do início da consulta, aspectos relacionados ao processamento sensorial, às formas de comunicação aos interesses e às estratégias espontâneas de autorregulação e as possíveis respostas aos estímulos ambientais. Essas observações fornecem informações relevantes para o planejamento do atendimento, permitindo que a equipe conduzisse a consulta de forma mais individualizada e compatível com as necessidades de cada criança.

Como limitação da experiência, destaca-se que as observações decorrem da prática assistencial em um único ambulatório, não permitindo estabelecer relações causais ou generalizações para outros contextos. Ainda assim, os resultados observados sugerem potencial para adaptação e avaliação futura em diferentes serviços do SUS.

Do ponto de vista da formação acadêmica, a vivência reforçou a importância de compreender que o cuidado em saúde ultrapassa a realização de procedimentos técnicos. Para toda a equipe multidisciplinar, torna-se essencial reconhecer que aspectos relacionados à ambiência, ao acolhimento e à humanização influenciam diretamente a participação do paciente, a adesão ao tratamento e a qualidade da assistência oferecida. Assim, experiências extensionistas como o Espaço C.A.S.A. contribuem significativamente para a formação de profissionais mais críticos, sensíveis e comprometidos com os princípios do Sistema Único de Saúde, especialmente no que se refere à integralidade, à equidade e à humanização do cuidado (BRASIL, 2018).

DOI: 10.51161/iv-conasus/85970

Por fim, conclui-se que a implantação do Espaço C.A.S.A. representa uma alternativa sustentável, acessível e potencialmente replicável em diferentes serviços da Rede de Atenção à Saúde. A experiência evidencia que pequenas mudanças estruturais, associadas a uma postura profissional centrada na pessoa, podem promover avanços importantes na qualificação da assistência prestada às crianças neurodivergentes e suas famílias. Dessa forma, iniciativas dessa natureza reforçam a necessidade de incorporar espaços de acolhimento e autorregulação associados a adaptação ambiental, como etapa preparatória ao atendimento das crianças neurodivergentes nos serviços do SUS, contribuindo para a consolidação de um cuidado mais inclusivo, humanizado e alinhado às políticas públicas de saúde e aos direitos das pessoas com deficiência

REFERÊNCIAS

ARMSTRONG, Thomas. *O poder da neurodiversidade: descobrindo as extraordinárias capacidades do autismo, TDAH, dislexia e outras diferenças cerebrais*. São Paulo: Cultrix, 2012.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. **Resolução CNE/CES nº 7, de 18 de dezembro de 2018**. Estabelece as Diretrizes para a Extensão na Educação Superior Brasileira. Brasília, DF: Conselho Nacional de Educação, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do Sistema Único de Saúde (PNH). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.

HAMDAN, Samar Z.; BENNETT, Amanda. Autism-friendly healthcare: a narrative review of the literature. *Cureus*, v. 16, n. 7, e64108, 2024. DOI: 10.7759/cureus.64108.

KASHEFIMEHR, Batoul *et al.* Effectiveness of noise-attenuating headphones on physiological responses for children with autism spectrum disorders. *Frontiers in Integrative Neuroscience*, v. 13, p. 65, 2019. DOI: 10.3389/fnint.2019.00065.

MOSTAFA, Magda. Architecture for autism: Autism ASPECTSS™ in school design. *Archnet-IJAR: International Journal of Architectural Research*, v. 8, n. 1, p. 143-158, 2014. DOI: 10.26687/archnet-ijar.v8i1.314.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)*. São Paulo: EDUSP, 2015.

RIOS-VEGA, Lady; CARROLL, Amanda; DUMONT, Rachel *et al.* Designing sensory adaptive environments to enhance participation in healthcare for autistic children. *Discover Psychology*, v. 4, art. 22, 2024. DOI: 10.1007/s44202-024-00118-5.

WILLIAMS, Kathryn L.; DUMONT, Rachel L.; SCHIANO, Natalie R. *et al.* Use of sensory adaptive environments with autistic children: a scoping review. *Research in Autism Spectrum Disorders*, v. 114, art. 102362, 2024. DOI: 10.1016/j.rasd.2024.102362.

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS INTERNAÇÕES E DOS ÓBITOS POR DOENÇA MENINGOCÓCICA EM CRIANÇAS MENORES DE CINCO ANOS EM PERNAMBUCO ENTRE 2020-2025.

RHAYANE MIRELLI MARIA QUEIROZ DO NASCIMENTO; IZABEL VITÓRIA DA SILVA QUEIROZ; JAQUISON PEREIRA NECO FILHO; FABIEL DE SANTANA MADUREIRA; JARDELLINY QUEYLA BISPO RODRIGUES; LINDOVAL ASSIS DE FREITAS; TALITA PACHECO BARBOSA DA SILVA

Introdução: A doença meningocócica é um relevante desafio para a saúde pública devido à elevada letalidade, rápida progressão clínica e risco de sequelas permanentes. Lactentes e crianças menores de cinco anos constituem os grupos mais vulneráveis, enquanto a vacinação representa a principal estratégia para redução da morbimortalidade e controle da doença. Diante disso, a caracterização do perfil epidemiológico das internações em Pernambuco pode subsidiar o planejamento e o fortalecimento das ações de vigilância e imunização. **Objetivo:** Analisar o perfil epidemiológico das internações e dos óbitos por doença meningocócica em crianças menores de cinco anos no estado de Pernambuco, no período de 2020 a 2025. **Metodologia:** Estudo epidemiológico, descritivo, retrospectivo e quantitativo, baseado em dados do SIH/SUS disponibilizados pelo DATASUS. Foram analisadas as internações por doença meningocócica (CID-10) em crianças menores de cinco anos em Pernambuco, entre 2020 e 2025, segundo faixa etária, sexo, raça/cor, município de residência e óbitos. **Resultados:** Entre 2020 e 2025, foram registradas 70 internações por infecção meningocócica em crianças menores de cinco anos no estado de Pernambuco. Observou-se predominância de internações em menores de um ano (65,7%; n=46), no sexo feminino (62,9%; n=44) e entre crianças pardas (68,6%; n=48). Em relação à distribuição temporal, o maior número de internações ocorreu em 2023 (30,0%; n=21), com concentração em Recife (67,1%; n=47). Dos oito óbitos registrados, cinco ocorreram em menores de um ano e sete em hospitais localizados em Recife, o que pode ser dado pela cidade ser o centro de referência hospitalar do estado, mas não exclui a relevância dos casos. **Conclusão:** O predomínio das internações em menores de um ano e a concentração dos casos em Recife reforçam que, embora as ações de vigilância epidemiológica e de imunização já estejam em vigor, há necessidade da continuidade do fortalecimento dessas atividades, visando à manutenção de baixos números de casos da morbimortalidade por doença meningocócica.

Palavras-chave: **IMUNIZAÇÃO; MORTALIDADE INFANTIL; VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA**

DOI: 10.51161/iv-conasus/85973

ALIMENTAÇÃO, SUPLEMENTAÇÃO NUTRICIONAL E HÁBITOS DE VIDA SAUDÁVEIS COMO ESTRATÉGIAS PARA O ENVELHECIMENTO ATIVO

FÁBIO MARQUES MEIRA; TELMA PINHEIRO TORRES

RESUMO

O envelhecimento populacional constitui uma das principais transformações demográficas contemporâneas e impõe importantes desafios aos sistemas de saúde, em razão do aumento da prevalência de doenças crônicas, da fragilidade, da sarcopenia e da perda da capacidade funcional. Nesse contexto, torna-se fundamental compreender o papel das estratégias preventivas voltadas à promoção do envelhecimento saudável. O presente estudo teve como objetivo analisar a importância da alimentação saudável, da suplementação nutricional e dos hábitos de vida adequados na promoção do envelhecimento ativo, discutindo seus impactos sobre a prevenção de doenças crônicas, a manutenção da capacidade funcional, a melhoria da qualidade de vida e as oportunidades relacionadas à *Silver Economy*. Trata-se de uma revisão narrativa da literatura, desenvolvida a partir de publicações científicas indexadas nas bases PubMed, SciELO e Biblioteca Virtual em Saúde, complementadas por diretrizes e documentos técnicos nacionais e internacionais. Os resultados demonstraram que a adoção de uma alimentação baseada em alimentos *in natura* ou minimamente processados, associada à prática regular de atividade física, ao sono adequado, ao controle do estresse e ao fortalecimento das relações sociais, constitui estratégia eficaz para preservar a funcionalidade, reduzir a incidência de doenças crônicas e favorecer o envelhecimento ativo. A suplementação nutricional, quando prescrita de forma individualizada, pode contribuir para a prevenção da sarcopenia, da fragilidade e das deficiências nutricionais, potencializando os benefícios do exercício físico. O crescimento da população idosa impulsiona o desenvolvimento da *Silver Economy*, ampliando oportunidades para os setores de alimentos, suplementos, tecnologias assistivas e serviços especializados voltados à promoção da autonomia e da qualidade de vida. Conclui-se que a integração entre alimentação saudável, suplementação nutricional, atividade física, Medicina do Estilo de Vida e políticas públicas de promoção da saúde representa uma estratégia essencial para enfrentar os desafios do envelhecimento populacional, contribuindo para maior independência funcional, longevidade saudável e desenvolvimento socioeconômico.

Palavras-chave: Envelhecimento saudável; Medicina do Estilo de Vida; Silver Economy.

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional representa uma das mais importantes transformações demográficas do século XXI e constitui um dos principais desafios para os sistemas de saúde em todo o mundo. A redução das taxas de fecundidade, associada ao aumento da expectativa de vida, tem resultado em um crescimento acelerado da população idosa, fenômeno observado de maneira expressiva também no Brasil. Esse cenário é acompanhado pelo aumento da

DOI: 10.51161/iv-conasus/85975

prevalência de doenças crônicas não transmissíveis, da multimorbidade, da síndrome da fragilidade, da sarcopenia e das limitações funcionais, condições que impactam diretamente a qualidade de vida, a autonomia e os custos relacionados à assistência em saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2021; UNITED NATIONS, 2023).

Embora o envelhecimento seja um processo fisiológico e inevitável, inúmeras evidências científicas demonstram que sua trajetória pode ser modificada por fatores relacionados ao estilo de vida. Alimentação equilibrada, prática regular de atividade física, sono adequado, controle do estresse, abandono do tabagismo, consumo moderado de álcool e manutenção das relações sociais constituem fatores determinantes para a prevenção das doenças crônicas e para a promoção do envelhecimento saudável. Nesse contexto, a prevenção deixa de estar centrada apenas no tratamento das enfermidades e passa a valorizar intervenções precoces capazes de preservar a capacidade funcional e a independência da pessoa idosa ao longo dos anos (RIPPE, 2019; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2021).

Nas últimas décadas, esse entendimento impulsionou o desenvolvimento da Medicina do Estilo de Vida (*Lifestyle Medicine*), abordagem baseada em evidências científicas que propõe intervenções sustentadas em hábitos saudáveis como estratégia para prevenção, tratamento e até reversão de diversas doenças crônicas. Os princípios dessa área contemplam seis pilares fundamentais: alimentação predominantemente baseada em alimentos in natura, prática regular de exercícios físicos, qualidade do sono, manejo do estresse, fortalecimento dos relacionamentos interpessoais e eliminação de hábitos nocivos, especialmente o tabagismo e o consumo abusivo de álcool (AMERICAN COLLEGE OF LIFESTYLE MEDICINE, 2024).

Entre os componentes da Medicina do Estilo de Vida, a alimentação assume papel central na promoção da saúde durante o envelhecimento. Alterações fisiológicas próprias da idade, como redução da massa muscular, menor eficiência metabólica, alterações hormonais, diminuição da absorção de nutrientes e redução do apetite, tornam os idosos mais suscetíveis à desnutrição, à sarcopenia, à osteoporose e às deficiências de vitaminas e minerais. Dessa forma, além da adoção de padrões alimentares saudáveis, a suplementação nutricional, quando indicada por critérios clínicos, pode contribuir para manutenção da massa muscular, melhora da funcionalidade, fortalecimento imunológico e redução do risco de incapacidade física. Nutrientes como proteínas de alto valor biológico, leucina, vitamina D, vitamina B12, cálcio, ômega-3 e creatina vêm sendo amplamente investigados quanto aos seus benefícios para a saúde da população idosa (ESPEN, 2022; CRUZ-JENTOFT et al., 2019).

Paralelamente aos benefícios para a saúde, o crescimento da população idosa impulsiona importantes transformações econômicas, favorecendo a expansão da denominada *Silver Economy* (Economia Prateada). Esse mercado compreende produtos, serviços e tecnologias direcionados às necessidades da população com mais de 60 anos, incluindo alimentos funcionais, suplementos nutricionais, academias especializadas, programas de promoção da saúde, teleassistência, monitoramento remoto e soluções voltadas ao envelhecimento ativo. Assim, alimentação saudável, suplementação nutricional e hábitos de vida adequados deixam de representar apenas estratégias de prevenção de doenças e passam a constituir oportunidades para inovação, desenvolvimento econômico e fortalecimento das políticas públicas de promoção da saúde.

Diante desse contexto, este estudo teve como objetivo analisar, por meio de revisão narrativa da literatura, a importância da alimentação, da suplementação nutricional e dos hábitos de vida saudáveis para a promoção do envelhecimento ativo, discutindo suas contribuições para a prevenção de doenças crônicas, manutenção da capacidade funcional, melhoria da qualidade de vida e fortalecimento das estratégias de promoção da saúde da população idosa.

DOI: 10.51161/iv-conasus/85975

2 MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, caracterizado como revisão narrativa da literatura, desenvolvido com o objetivo de reunir e analisar evidências científicas sobre a influência da alimentação, da suplementação nutricional e dos hábitos de vida saudáveis na promoção do envelhecimento ativo e na prevenção de agravos à saúde da população idosa.

O levantamento bibliográfico foi realizado por meio de consultas às bases de dados PubMed, Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), complementadas por documentos oficiais da Organização Mundial da Saúde (WHO), do Ministério da Saúde do Brasil, da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG), da European Society for Clinical Nutrition and Metabolism (ESPEN) e do American College of Lifestyle Medicine (ACLM). Também foram consultados livros e diretrizes consideradas referências na área de nutrição, geriatria e Medicina do Estilo de Vida.

Para a estratégia de busca foram utilizados, de forma isolada e combinada, os descritores em português e inglês: envelhecimento saudável, alimentação saudável, suplementação nutricional, idosos, sarcopenia, atividade física, Medicina do Estilo de Vida, Healthy Aging, Nutrition, Dietary Supplements, Lifestyle Medicine, Physical Activity e Older Adults, utilizando os operadores booleanos AND e OR.

Foram incluídos artigos científicos, revisões sistemáticas, metanálises, ensaios clínicos, consensos internacionais, diretrizes clínicas e documentos institucionais publicados prioritariamente entre 2019 e 2025, além de obras clássicas consideradas fundamentais para contextualização do tema. Foram excluídos estudos duplicados, trabalhos sem texto completo disponível, publicações que não abordavam especificamente a população idosa e documentos com baixa qualidade metodológica ou sem respaldo científico.

As informações selecionadas foram organizadas em categorias temáticas, contemplando alimentação saudável, suplementação nutricional, Medicina do Estilo de Vida, prática de atividade física e oportunidades relacionadas ao envelhecimento saudável. A análise dos dados foi realizada de forma descritiva e interpretativa, permitindo identificar as principais evidências científicas, benefícios, limitações e perspectivas dessas estratégias para a promoção da saúde, manutenção da capacidade funcional e melhoria da qualidade de vida da população idosa.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A alimentação saudável, baseada principalmente em alimentos in natura ou minimamente processados e na redução dos ultraprocessados, constitui um dos principais pilares do envelhecimento ativo, pois contribui para prevenir doenças crônicas, preservar a capacidade funcional e promover a autonomia da pessoa idosa. Nesse contexto, hidratação adequada, saúde bucal, comensalidade e padrões alimentares ricos em frutas, hortaliças, leguminosas, cereais integrais, azeite e peixes também favorecem o estado nutricional e a qualidade de vida durante o envelhecimento (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2021; BRASIL, 2019; MONTEIRO et al., 2019; BRASIL, 2021; WILLETT et al., 2019).

Além da qualidade geral da alimentação, a ingestão adequada de proteínas, vitaminas e minerais torna-se especialmente importante diante das alterações fisiológicas do envelhecimento, como a perda de massa muscular, força e densidade óssea. A alimentação equilibrada contribui para prevenir sarcopenia, fragilidade e comprometimentos musculoesqueléticos; entretanto, quando as necessidades nutricionais não são plenamente atendidas, suplementos proteicos, whey protein, creatina, vitamina D, cálcio, vitamina B12, ômega-3 e HMB podem ser utilizados de forma individualizada. A associação desses recursos ao treinamento resistido pode favorecer a preservação da massa muscular, da força e do desempenho funcional (CRUZ-JENTOFT et al., 2019; ESPEN, 2022; MORAES, 2012;

VOLKERT et al., 2022; DEUTZ et al., 2014; PHILLIPS; FIALA, 2020; CANDOW et al., 2019; CHILIBECK et al., 2017; SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA, 2023).

A necessidade de integrar alimentação, suplementação e atividade física aproxima essas intervenções dos princípios da Medicina do Estilo de Vida, abordagem que reúne alimentação saudável, prática regular de exercícios, sono adequado, manejo do estresse, fortalecimento das relações sociais e redução do tabagismo e do consumo abusivo de álcool. A atuação conjunta desses fatores reduz o risco de doenças cardiovasculares, metabólicas, respiratórias, oncológicas, cognitivas e psicológicas, promovendo maior longevidade, independência e qualidade de vida (RIPPE, 2019; AMERICAN COLLEGE OF LIFESTYLE MEDICINE, 2024; LOPEZ et al., 2022; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020; EGGER; BONTIUS; FRAZÃO, 2020; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2021; INCA, 2022; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2024; BRASIL, 2018).

Entre os pilares dessa abordagem, a atividade física potencializa os benefícios nutricionais e desempenha papel central na manutenção da capacidade funcional. A combinação de exercícios aeróbicos, resistidos, de equilíbrio e flexibilidade com alimentação adequada favorece a preservação da massa muscular, da saúde óssea, da mobilidade e da capacidade cardiorrespiratória, reduzindo quedas, hospitalizações, incapacidades e dependência. Na Atenção Primária à Saúde, a atuação integrada de médicos, nutricionistas, fisioterapeutas, profissionais de educação física e outros trabalhadores da saúde amplia os benefícios físicos, mentais, cognitivos e sociais dessas intervenções (NELSON et al., 2007; AMERICAN COLLEGE OF SPORTS MEDICINE, 2019; BRASIL, 2021; MORAES, 2012; CRUZ-JENTOFT et al., 2019; VOLKERT et al., 2022; DEUTZ et al., 2014; CANDOW et al., 2019; BRASIL, 2019; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2021; BRASIL, 2018).

À medida que essas necessidades de promoção da saúde, prevenção da fragilidade e manutenção da autonomia se tornam mais evidentes, também se ampliam as oportunidades relacionadas à Silver Economy. Esse conceito compreende o conjunto de atividades econômicas, produtos, serviços e tecnologias destinados às necessidades e ao potencial de consumo das pessoas idosas. O crescimento dessa população aumenta a procura por alimentos funcionais, produtos enriquecidos com proteínas, fibras, vitaminas, minerais, probióticos e compostos bioativos, além de opções com menores teores de sódio, açúcar e gorduras saturadas. Paralelamente, expande-se o mercado de suplementos destinados à prevenção da sarcopenia, fragilidade, osteoporose e desnutrição, incluindo proteínas de alto valor biológico, creatina, vitamina D, cálcio, ômega-3 e fórmulas nutricionais completas. Apesar do potencial econômico, esses produtos devem complementar, e não substituir, a alimentação saudável, sendo utilizados sob orientação profissional e conforme as condições clínicas e nutricionais de cada pessoa (UNITED NATIONS, 2023; SEBRAE, 2020; IBGE, 2024; BRASIL, 2019; BRASIL, 2021; VOLKERT et al., 2022).

Além dos mercados de alimentos e suplementos, a Silver Economy estimula a expansão de clínicas geriátricas, serviços de nutrição e fisioterapia, programas de atividade física supervisionada, centros de convivência, residenciais assistidos, atendimento domiciliar, teleconsultas e acompanhamento multiprofissional. Tecnologias assistivas, aplicativos, dispositivos vestíveis, inteligência artificial e sistemas de monitoramento remoto complementam esses serviços ao favorecer a segurança, o acompanhamento de doenças crônicas e a independência funcional. Desse modo, a Economia Prateada transforma as demandas associadas ao envelhecimento em oportunidades de inovação, empreendedorismo e geração de empregos, ao mesmo tempo que pode contribuir para ampliar a oferta de cuidados personalizados e contínuos (BRASIL, 2006; MORAES, 2012; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2021; BRASIL, 2022; SEBRAE, 2020; UNITED NATIONS, 2023).

Portanto, alimentação adequada, suplementação individualizada, atividade física e demais hábitos saudáveis não apenas sustentam a prevenção de doenças e a manutenção da capacidade funcional, mas também orientam o desenvolvimento de novos produtos e serviços para a população idosa. Para que esse mercado produza benefícios sociais efetivos, seu crescimento deve estar associado a políticas públicas, acessibilidade, redução das desigualdades e integração entre universidades, setor produtivo, profissionais da saúde e gestores públicos. Assim, a Silver Economy pode conciliar desenvolvimento econômico e envelhecimento saudável, desde que suas soluções sejam éticas, inclusivas, seguras e fundamentadas em evidências científicas (BRASIL, 2006; BRASIL, 2021; IBGE, 2024; VOLKERT et al., 2022; SEBRAE, 2020; UNITED NATIONS, 2023).

4 CONCLUSÃO

Este estudo permitiu compreender que a alimentação saudável, a suplementação nutricional quando clinicamente indicada e a adoção de hábitos de vida saudáveis constituem estratégias primordiais para a promoção do envelhecimento ativo e da longevidade com qualidade. A análise da literatura mostra que essas intervenções atuam de forma integrada na prevenção das doenças crônicas não transmissíveis, na redução da sarcopenia e da fragilidade, na preservação da capacidade funcional e na manutenção da autonomia da pessoa idosa — contribuindo, assim, de maneira significativa para a melhoria da qualidade de vida.

Verificou-se que uma alimentação baseada em alimentos in natura ou minimamente processados, aliada à prática regular de atividade física — sobretudo exercícios de fortalecimento muscular e equilíbrio —, figura entre as intervenções mais efetivas para minimizar os efeitos fisiológicos do envelhecimento. A suplementação nutricional, por sua vez, também pode desempenhar papel relevante na prevenção de deficiências nutricionais e na manutenção da massa muscular, desde que utilizada de forma individualizada, respaldada por avaliação clínica e nutricional e integrada ao acompanhamento multiprofissional.

Os resultados também mostraram que a Medicina do Estilo de Vida amplia a perspectiva do cuidado em saúde ao incorporar práticas preventivas relacionadas à alimentação, à atividade física, à qualidade do sono, ao manejo do estresse e ao fortalecimento das relações sociais. Mais do que aumentar a expectativa de vida, essa abordagem favorece principalmente a ampliação dos anos vividos com independência, funcionalidade e bem-estar.

Além dos benefícios diretos à saúde, constatou-se que o envelhecimento populacional impulsiona o desenvolvimento da chamada *Silver Economy*, ampliando oportunidades nos setores de alimentos, suplementos nutricionais, tecnologias assistivas, serviços especializados e soluções digitais voltadas à população idosa. Esse cenário revela que o envelhecimento representa, ao mesmo tempo, um desafio para os sistemas de saúde e uma oportunidade para a inovação, o desenvolvimento econômico e o fortalecimento das políticas públicas.

Diante desse contexto, torna-se indispensável fortalecer estratégias intersetoriais que integrem ações de promoção da saúde, educação alimentar, incentivo à prática regular de atividade física, qualificação da assistência multiprofissional e desenvolvimento científico. Investir nessas áreas pode contribuir para reduzir a incidência de doenças crônicas, preservar a capacidade funcional, ampliar a autonomia da população idosa e garantir que o aumento da expectativa de vida venha acompanhado de melhores condições de saúde e qualidade de vida.

Por fim, conclui-se que a promoção do envelhecimento saudável depende da integração entre políticas públicas, serviços de saúde, produção científica e participação ativa da sociedade. A adoção de hábitos saudáveis ao longo de toda a vida, associada ao acesso a intervenções nutricionais e assistenciais baseadas em evidências, representa um dos caminhos mais promissores para enfrentar os desafios do envelhecimento populacional e construir uma sociedade mais saudável, inclusiva e preparada para a crescente longevidade da população.

DOI: 10.51161/iv-conasus/85975

REFERÊNCIAS

AMERICAN COLLEGE OF LIFESTYLE MEDICINE. **Lifestyle Medicine Core Competencies Program**. St. Louis: ACLM, 2024.

AMERICAN COLLEGE OF SPORTS MEDICINE. **ACSM's Guidelines for Exercise Testing and Prescription**. 10. ed. Philadelphia: Wolters Kluwer, 2019.

BRASIL. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. **Estatuto da Pessoa Idosa**. Brasília: Presidência da República, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégia de Saúde Digital para o Brasil 2020–2028**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia alimentar para a população brasileira**. 2. ed. atual. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de Atividade Física para a População Brasileira**. Brasília: Ministério da Saúde, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa**. Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

CANDOW, D. G. et al. Effectiveness of creatine supplementation on aging muscle and bone: focus on falls prevention and inflammation. **Journal of Clinical Medicine**, v. 8, n. 4, p. 488, 2019.

CHILIBECK, P. D. et al. Effect of creatine supplementation during resistance training on lean tissue mass and muscular strength in older adults: a meta-analysis. **Open Access Journal of Sports Medicine**, v. 8, p. 213-226, 2017.

CRUZ-JENTOFT, A. J. et al. Sarcopenia: revised European consensus on definition and diagnosis. **Age and Ageing**, Oxford, v. 48, n. 1, p. 16-31, 2019. DOI: 10.1093/ageing/afy169.

CRUZ-JENTOFT, A. J. et al. Sarcopenia: revised European consensus on definition and diagnosis. **Age and Ageing**, v. 48, n. 1, p. 16-31, 2019.

DEUTZ, N. E. P. et al. Protein intake and exercise for optimal muscle function with aging: recommendations from the ESPEN Expert Group. **Clinical Nutrition**, v. 33, n. 6, p. 929-936, 2014.

EGGER, G.; BONTIUS, C.; FRAZÃO, M. **Lifestyle Medicine: Lifestyle, the Environment and Preventive Medicine in Health and Disease**. 4. ed. London: Academic Press, 2020.

ESPEN. European Society for Clinical Nutrition and Metabolism. ESPEN practical guideline: Clinical nutrition and hydration in geriatrics. **Clinical Nutrition**, v. 41, n. 4, p. 958-989, 2022.

EUROPEAN SOCIETY FOR CLINICAL NUTRITION AND METABOLISM. ESPEN practical guideline: Clinical nutrition and hydration in geriatrics. **Clinical Nutrition**, Edinburgh, v. 41, n. 4, p. 958-989, 2022.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Projeção da população do Brasil e das Unidades da Federação**. Rio de Janeiro: IBGE, 2024.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). **Tabagismo: dados e números**. Rio de Janeiro: INCA, 2022.

LOPEZ, H. L. et al. Lifestyle Medicine: an evidence-based approach to prevention and treatment of chronic diseases. **American Journal of Lifestyle Medicine**, v. 16, n. 5, p. 579-592, 2022.

MONTEIRO, C. A. et al. Ultra-processed foods, diet quality, and health using the NOVA classification system. **FAO**, Rome, 2019.

MORAES, E. N. **Atenção à saúde do idoso: aspectos conceituais**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

NELSON, M. E. et al. Physical activity and public health in older adults: recommendation from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. **Medicine & Science in Sports & Exercise**, v. 39, n. 8, p. 1435-1445, 2007.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Década do Envelhecimento Saudável nas Américas (2021–2030)**. Washington, DC: OPAS, 2021.

RIPPE, J. M. **Lifestyle Medicine**. 3. ed. Boca Raton: CRC Press, 2019.

SEBRAE. **Economia Prateada: oportunidades para pequenos negócios**. Brasília: SEBRAE, 2020.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA. **Posicionamento Oficial sobre Vitamina D**. São Paulo: SBEM, 2023.

UNITED NATIONS. **World Social Report 2023: Leaving No One Behind in an Ageing World**. New York: United Nations, 2023.

VOLKERT, D. et al. ESPEN practical guideline: Clinical nutrition and hydration in geriatrics. **Clinical Nutrition**, v. 41, n. 4, p. 958-989, 2022.

WILLETT, W. et al. Food in the Anthropocene: the EAT-Lancet Commission on healthy diets from sustainable food systems. **The Lancet**, v. 393, n. 10170, p. 447-492, 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Decade of Healthy Ageing: Plan of Action 2021-2030**. Geneva: WHO, 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global status report on alcohol and health and treatment of substance use disorders**. Geneva: WHO, 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour**. Geneva: WHO, 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World report on ageing and health**. Geneva: WHO, 2015.

DOI: 10.51161/iv-conasus/85975

PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR COMO ESTRATÉGIA DE CUIDADO INTERDISCIPLINAR A UMA ADOLESCENTE COM TRANSTORNO DISSOCIATIVO DO MOVIMENTO (CID-10 F44.4): RELATO DE CASO

MIGUELINA BRAGA REBOUÇAS

RESUMO

O cuidado em saúde mental infantojuvenil exige estratégias que ultrapassem a abordagem centrada no diagnóstico, contemplando a singularidade dos sujeitos e a articulação entre diferentes pontos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Nesse contexto, o Projeto Terapêutico Singular (PTS) constitui um importante dispositivo para organização do cuidado interdisciplinar, favorecendo intervenções construídas de forma compartilhada entre equipe, usuário, família e rede de apoio. Este estudo objetiva relatar a construção do Projeto Terapêutico Singular no acompanhamento de uma adolescente com diagnóstico de Transtorno Dissociativo do Movimento (CID-10 F44.4), assistida em um Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi). Trata-se de um relato de caso elaborado a partir da análise retrospectiva dos registros multiprofissionais em prontuário. A adolescente, de 16 anos, foi encaminhada ao serviço após internação hospitalar motivada por suspeita de acidente vascular cerebral, apresentando cefaleia intensa, parestesias e hemiparesia de instalação súbita. Após investigação clínica e neurológica, incluindo tomografia computadorizada, angiotomografia, ressonância magnética e trombólise durante a fase aguda, não foram identificadas alterações estruturais compatíveis com os sintomas, sendo estabelecido o diagnóstico de Transtorno Dissociativo do Movimento. A avaliação interdisciplinar evidenciou histórico de ansiedade, episódios de pânico, vivências de bullying, sofrimento relacionado ao contexto escolar, isolamento social, dificuldades nos vínculos interpessoais e importante comprometimento funcional, com afastamento escolar e dependência parcial para atividades de vida diária. O Projeto Terapêutico Singular contemplou acompanhamento psicológico, psiquiátrico, fisioterapêutico e de terapia ocupacional, além de intervenções junto à família e articulação com a escola. Durante o acompanhamento observou-se recuperação funcional progressiva, fortalecimento da autonomia, redução do sofrimento psíquico, ampliação da rede de apoio e planejamento compartilhado da reinserção escolar. O caso evidencia a potência do Projeto Terapêutico Singular como dispositivo organizador do cuidado interdisciplinar e reafirma o papel estratégico do CAPSi na promoção de um cuidado integral, territorial, humanizado e centrado nas necessidades de adolescentes em sofrimento psíquico.

Palavras-chave: Saúde Mental Infantojuvenil; Rede de Atenção Psicossocial; Clínica Ampliada.

1 INTRODUÇÃO

A atenção psicossocial infantojuvenil constitui um dos principais desafios para o Sistema Único de Saúde (SUS), considerando a complexidade das demandas apresentadas por crianças e adolescentes em sofrimento psíquico e a necessidade de intervenções que articulem dimensões biológicas, psicológicas, familiares, escolares e sociais. Nesse cenário, os Centros

DOI: 10.51161/iv-conasus/85977

de Atenção Psicossocial Infantojuvenis (CAPSi) assumem papel estratégico na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), oferecendo cuidado territorial, interdisciplinar e orientado pelos princípios da integralidade, da clínica ampliada e da reabilitação psicossocial (BRASIL, 2014).

Entre os dispositivos utilizados na organização desse cuidado destaca-se o Projeto Terapêutico Singular (PTS), compreendido como um conjunto de propostas terapêuticas construídas coletivamente entre equipe multiprofissional, usuário, família e rede intersetorial. O PTS possibilita a definição compartilhada de objetivos, a corresponsabilização dos envolvidos e o planejamento de intervenções compatíveis com as necessidades singulares de cada sujeito, fortalecendo a continuidade do cuidado e a produção da autonomia (BRASIL, 2009).

O Transtorno Dissociativo do Movimento (CID-10 F44.4), atualmente compreendido entre os Transtornos Neurológicos Funcionais, caracteriza-se pela presença de alterações motoras incompatíveis com doenças neurológicas estruturais, ocasionando importante comprometimento funcional. Na adolescência, manifestações dessa natureza frequentemente coexistem com ansiedade, experiências traumáticas, dificuldades familiares, sofrimento escolar e vulnerabilidades psicossociais, tornando insuficiente uma abordagem exclusivamente biomédica e reforçando a necessidade de intervenções interdisciplinares e centradas na singularidade do sujeito.

Assim, mais do que discutir um diagnóstico específico, torna-se relevante compreender como a organização do cuidado pode favorecer processos de reabilitação psicossocial, recuperação funcional e fortalecimento da autonomia. Nesse sentido, o presente estudo tem como objetivo relatar a construção do Projeto Terapêutico Singular no cuidado interdisciplinar de uma adolescente com Transtorno Dissociativo do Movimento (CID-10 F44.4), acompanhada em um Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil, evidenciando o papel do CAPSi como articulador do cuidado em saúde mental no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial.

2 MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um relato de caso elaborado a partir da análise retrospectiva dos registros multiprofissionais constantes em prontuário de uma adolescente de 16 anos, acompanhada em um Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi).

A usuária foi encaminhada ao serviço após internação hospitalar por quadro neurológico agudo caracterizado por cefaleia intensa, parestesias em membros inferiores e região perioral, desvio de rima labial e hemiparesia de instalação súbita, levantando hipótese diagnóstica inicial de acidente vascular cerebral isquêmico. Durante a internação, foi submetida à trombólise e à investigação neurológica por meio de tomografia computadorizada, angiotomografia e ressonância magnética, não sendo identificadas alterações estruturais compatíveis com a sintomatologia apresentada. Após exclusão de causas neurológicas orgânicas, recebeu alta hospitalar com diagnóstico de Transtorno Dissociativo do Movimento (CID-10 F44.4) e encaminhamento para acompanhamento em saúde mental no CAPSi.

Na avaliação interdisciplinar inicial observou-se importante comprometimento funcional, com redução da mobilidade, necessidade de cadeira de rodas no início do acompanhamento, dependência parcial para atividades de vida diária e afastamento das atividades escolares. Durante a anamnese, identificou-se histórico de ansiedade, episódios de pânico e sofrimento emocional iniciado aproximadamente um ano antes do episódio agudo. Constatou-se, ainda, atendimento prévio em serviço de urgência por tremores em membros inferiores, ocasião em que foi iniciado tratamento medicamentoso com sertralina, sem resposta clínica satisfatória.

A avaliação psicossocial evidenciou importantes fatores de vulnerabilidade relacionados ao adoecimento. A adolescente relatou experiências recorrentes de bullying,

dificuldades persistentes na interação com os pares, reduzida rede de apoio entre colegas e sofrimento significativo associado ao ambiente escolar. Referiu, ainda, frustração por cursar uma formação técnica escolhida pela família, sem identificação com a área, além do impacto emocional decorrente da perda de um papel de destaque em uma apresentação teatral, vivenciado como evento marcante em sua trajetória.

No contexto familiar, observaram-se dificuldades na comunicação entre os membros, maior vínculo afetivo com o pai e participação cotidiana de uma tia nos cuidados. Também foram identificados antecedentes familiares de sintomas depressivos, compondo um contexto de vulnerabilidade psicossocial que passou a integrar a compreensão clínica do caso.

Considerando a complexidade das demandas apresentadas, a equipe multiprofissional elaborou, de forma compartilhada, um Projeto Terapêutico Singular (PTS), orientado pelos princípios da clínica ampliada e da atenção psicossocial. O plano terapêutico envolveu acompanhamento psicológico, psiquiátrico, fisioterapêutico e de terapia ocupacional, além da participação ativa da família e da articulação com a escola para o planejamento do retorno gradual às atividades acadêmicas.

No acompanhamento psicológico, priorizaram-se o acolhimento, a construção do vínculo terapêutico, a escuta qualificada, a validação das experiências subjetivas, a psicoeducação acerca do adoecimento, o fortalecimento das estratégias de enfrentamento e a promoção da autonomia. O acompanhamento psiquiátrico contemplou monitoramento clínico e ajuste farmacológico, com substituição gradual da sertralina por escitalopram, associado a orientações para retomada progressiva das atividades cotidianas. Paralelamente, as intervenções fisioterapêuticas e de terapia ocupacional concentraram-se na recuperação funcional, reorganização da rotina e incentivo à independência nas atividades de vida diária.

Ao longo do acompanhamento, observou-se evolução clínica favorável, caracterizada por recuperação progressiva da funcionalidade, melhora da mobilidade, ampliação da autonomia para realização das atividades cotidianas, redução do sofrimento psíquico e maior participação nas propostas terapêuticas. A adolescente passou a expressar suas emoções com maior espontaneidade, desenvolveu maior capacidade para solicitar ajuda diante das dificuldades vivenciadas e fortaleceu o vínculo com a equipe assistencial.

Destacou-se, ainda, o papel de uma amizade significativa como importante fator de proteção, favorecendo o fortalecimento da rede de apoio social e contribuindo para o processo de reabilitação psicossocial. A articulação entre equipe, família e escola possibilitou o planejamento compartilhado da reinserção escolar, respeitando o tempo, os limites e as potencialidades da adolescente.

A construção coletiva do Projeto Terapêutico Singular permitiu integrar ações voltadas não apenas à recuperação funcional, mas também à elaboração do sofrimento psíquico, ao fortalecimento dos vínculos familiares e sociais e à promoção da autonomia, reafirmando a importância de um cuidado interdisciplinar, territorial e centrado na singularidade da usuária.

3 DISCUSSÃO

O caso apresentado evidencia que o cuidado a adolescentes com Transtorno Dissociativo do Movimento ultrapassa a investigação diagnóstica e requer uma abordagem que contemple a complexidade das dimensões biológicas, psicológicas, familiares e sociais envolvidas no processo de adoecimento. Embora a exclusão de causas neurológicas estruturais seja imprescindível para a definição diagnóstica, a produção do cuidado em saúde mental demanda a compreensão do sujeito em sua singularidade, reconhecendo que os sintomas são influenciados pelas experiências de vida, pelos vínculos estabelecidos e pelo contexto em que o adolescente está inserido.

No presente caso, a investigação hospitalar possibilitou afastar doenças neurológicas estruturais após realização de exames de imagem e trombólise na fase aguda. Entretanto, foi no acompanhamento realizado pelo CAPSi que se tornou possível compreender o sofrimento para além da manifestação motora, identificando fatores como ansiedade, episódios de pânico, experiências de bullying, dificuldades nas relações interpessoais, conflitos relacionados ao ambiente escolar e fragilidades nos vínculos familiares. Essa leitura ampliada do processo saúde-doença permitiu que o cuidado deixasse de ser centrado exclusivamente no diagnóstico para assumir uma perspectiva integral, orientada pelas necessidades da adolescente.

Essa compreensão dialoga com os princípios da **Clínica Ampliada**, proposta pelo Ministério da Saúde, que reconhece o usuário como protagonista do cuidado e valoriza a construção compartilhada de intervenções capazes de integrar diferentes saberes profissionais. Nessa perspectiva, o adoecimento deixa de ser compreendido apenas como expressão de uma condição clínica e passa a ser analisado em sua relação com os aspectos subjetivos, familiares, comunitários e territoriais que atravessam a vida do sujeito (BRASIL, 2009).

Nesse contexto, o **Projeto Terapêutico Singular (PTS)** constituiu o principal dispositivo organizador do cuidado. Sua elaboração possibilitou integrar os diferentes núcleos profissionais envolvidos no acompanhamento, estabelecer objetivos comuns e construir intervenções coerentes com as necessidades identificadas ao longo do processo terapêutico. Mais do que reunir atendimentos de diferentes especialidades, o PTS favoreceu a articulação entre Psicologia, Psiquiatria, Fisioterapia, Terapia Ocupacional, família e escola, promovendo corresponsabilização e continuidade do cuidado.

A atuação da Psicologia mostrou-se fundamental na construção do vínculo terapêutico, na oferta de escuta qualificada e na elaboração do sofrimento vivenciado pela adolescente. O fortalecimento desse vínculo favoreceu a expressão das emoções, a compreensão dos fatores desencadeantes e mantenedores do quadro, o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento e o aumento da adesão ao tratamento. Paralelamente, a atuação integrada das demais categorias profissionais possibilitou avanços na recuperação funcional, reorganização da rotina, fortalecimento da autonomia e planejamento do retorno gradual às atividades escolares.

Outro aspecto relevante refere-se à articulação promovida pelo CAPSi entre os diferentes pontos da Rede de Atenção Psicossocial e os dispositivos intersetoriais. A aproximação com a família e com a escola permitiu ampliar a compreensão das necessidades da adolescente, favorecendo intervenções compartilhadas voltadas não apenas à melhora clínica, mas também à reinserção social e educacional. Tal atuação reafirma o papel do CAPSi como serviço estratégico da RAPS na coordenação do cuidado em saúde mental infantojuvenil, conforme preconizado pela Política Nacional de Saúde Mental.

Observou-se, ainda, que elementos frequentemente considerados secundários na prática clínica, como o fortalecimento de vínculos afetivos e a presença de uma amizade significativa, exerceram importante papel como fatores de proteção durante o processo terapêutico. Esse achado reforça que a reabilitação psicossocial não se restringe à redução dos sintomas, mas envolve a ampliação das possibilidades de participação social, fortalecimento da autonomia e reconstrução de projetos de vida.

Por tratar-se de um relato de caso, os resultados não permitem generalizações. Entretanto, a experiência apresentada demonstra que o Projeto Terapêutico Singular constitui uma ferramenta potente para organização do cuidado interdisciplinar em situações clínicas complexas, favorecendo intervenções integrais, humanizadas e centradas nas necessidades singulares dos usuários. Além disso, reforça a importância do trabalho em rede e da construção compartilhada do cuidado como princípios fundamentais da atenção psicossocial no Sistema Único de Saúde.

4 CONCLUSÃO

DOI: 10.51161/iv-conasus/85977

O presente relato evidencia que o cuidado de adolescentes com Transtorno Dissociativo do Movimento exige uma abordagem que ultrapasse a investigação de alterações neurológicas estruturais, incorporando a compreensão dos determinantes emocionais, familiares, escolares e sociais que permeiam o processo de adoecimento. A experiência apresentada demonstra que a produção do cuidado em saúde mental infantojuvenil se fortalece quando orientada pelos princípios da integralidade, da clínica ampliada e da interdisciplinaridade.

Nesse contexto, o Projeto Terapêutico Singular mostrou-se um dispositivo essencial para a organização do cuidado, permitindo a construção compartilhada de objetivos terapêuticos entre equipe multiprofissional, adolescente, família e rede intersetorial. A articulação entre Psicologia, Psiquiatria, Fisioterapia, Terapia Ocupacional, escola e familiares favoreceu a recuperação funcional, a redução do sofrimento psíquico, o fortalecimento da autonomia e a ampliação da participação social da usuária.

Além de possibilitar intervenções centradas na singularidade da adolescente, o acompanhamento realizado pelo CAPSi reafirma o papel estratégico desse serviço na coordenação do cuidado em saúde mental infantojuvenil no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, promovendo ações integradas, territorializadas e humanizadas.

Embora se trate de um relato de caso, limitando a generalização dos achados, a experiência contribui para fortalecer as discussões acerca da utilização do Projeto Terapêutico Singular como estratégia de cuidado interdisciplinar em situações clínicas complexas. Espera-se que este relato possa estimular reflexões sobre práticas assistenciais que valorizem o trabalho em equipe, a corresponsabilização e a construção compartilhada do cuidado, reafirmando o papel estratégico do CAPSi na promoção de um cuidado integral, territorial, humanizado e centrado nas necessidades dos usuários da Rede de Atenção Psicossocial.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM-5-TR.** Porto Alegre: Artmed, 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Clínica ampliada e compartilhada.** Brasília: Ministério da Saúde, 2009. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS: tecendo redes para garantir direitos.** Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União: Brasília, DF, 26 dez. 2011.

CAMPOS, G. W. S.; FIGUEIREDO, M. D.; PEREIRA JÚNIOR, N.; CASTRO, C. P. **A aplicação da metodologia Paideia no apoio institucional, no apoio matricial e na clínica ampliada.** Interface – Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu, v. 18, supl. 1, p. 983–995, 2014.

ESPAY, A. J. et al. Current concepts in diagnosis and treatment of Functional Neurological Disorders. *JAMA Neurology*, v. 75, n. 9, p. 1132–1141, 2018.

A INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO-COMUNIDADE: RELATO DE EXPERIÊNCIA EM VIVÊNCIAS DE CAMPO EM UM CAPS II DE SALVADOR/BA

MARCELO MAGALHÃES ANDRADE; LYGIA PEDREIRA DE FREITAS JONES; TATYANE MARCELE LIMA DE PAULA; GABRIEL VASCONCELOS DA ANUNCIAÇÃO; AMANA UIARA RODRIGUES GRASSI; MARIANA FONSECA AGUIAR; MICHELLE SILVA DE ARAÚJO

RESUMO

O Programa de Intensificação de Cuidados (PIC) a Pacientes Psicóticos foi uma experiência de ensino-serviço-comunidade no campo da saúde mental, criada e supervisionada pelo Prof. Marcus Vinicius (Psicologia) e Profa. Eduarda Mota (Terapia Ocupacional), durante o período de 2004 a 2008, com usuários referenciados a um hospital psiquiátrico público de Salvador. O novo PIC, intitulado PICAPS, é uma experiência iniciada em 2018 pelo Prof. Marcelo Magalhães Andrade e a Profa. Vládia Jucá como proposta de estágio e atividade de extensão em Atenção à Saúde do curso de Psicologia da Universidade Federal da Bahia (UFBA), tendo como campo de prática os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). O objetivo deste trabalho é apresentar a ancestralidade da experiência do PIC e relatar a experiência atual do PICAPS. Para isso, foi realizada revisão bibliográfica sobre conceitos caros à Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB), além de estratégias clínicas como “Acompanhamento Terapêutico” e "Atenção Domiciliar". Os antecedentes históricos, de herança biomédica e hospitalar, são subvertidos desde o PIC, apostando no campo das tecnologias vinculares/relacionais, na atenção territorial e domiciliar, fortalecendo a tríade ensino-serviço-comunidade. Identifica-se uma mudança entre as duas experiências expressa na ampliação do perfil dos/as usuários/as que podem ser acompanhados, não sendo restrito àqueles com diagnóstico de psicose. As/os estudantes e/ou extensionistas que participam do programa geralmente atuam em duplas, conduzem a Intensificação de Cuidados (IC) no território, participam das supervisões clínicas semanais e do grupo de estudo sobre saúde mental. Com esta experiência tem-se observado importante amadurecimento e solidificação de repertório prático e teórico para a atuação profissional. Bem como, os efeitos para o sujeito acompanhado, favorecendo a autonomia, a cidadania e a participação ativa no próprio tratamento. Por fim, as evidências clínicas e históricas da criação e persistência do PIC e do PICAPS demonstram a plausibilidade das estratégias que acontecem em liberdade, no território, a partir da intensificação do cuidado com a construção do processo de vínculo entre usuárias(os) e estudantes, associado ao empréstimo da contratualidade, evitando o procedimento de internação e construindo novos espaços para a dita loucura, ajudando a restituir e ampliar os vínculos e pertencimentos.

Palavras-chave: Intensificação de Cuidados; Saúde Mental; Reforma Psiquiátrica.

DOI: 10.51161/iv-conasus/85981

1 INTRODUÇÃO

O Programa de Intensificação de Cuidados (PIC) a Pacientes Psicóticos desenvolvido entre 2004 e 2008, foi idealizado pelo Prof. Marcus Vinícius Oliveira e pela Profa. Eduarda Mota como uma experiência de prática formativa para estagiários e extensionistas, inicialmente, de Psicologia e Terapia Ocupacional, em Saúde Pública, e, nos últimos anos, também do curso de Medicina, no campo da Saúde Mental. A partir do trabalho realizado em duplas, o PIC se propôs a ser uma alternativa à internação psiquiátrica de pacientes psicóticos; desse modo, utilizou do investimento humano como recurso para a potencialização dos laços sociais dos indivíduos (Silva, 2018). Assim, tentava evitar a internação a partir do vínculo como dispositivo clínico, apostando na Intensificação de Cuidados (IC), com base em visitas domiciliares regulares (Silva, 2018). O PIC se apoderava das relações humanas para a produção de espaço de sociabilidade para o(a) usuário(a) e sua família, "articulando a Atenção Domiciliar, Acompanhamento Terapêutico, Coletivos de Convivência, Redes Sociais, Suporte e Assessoria, Cuidados à Família, projetos, passeios, festas [...]" (Silva, 2018, p.12). Dessa maneira, as/os estudantes ocupavam o cargo de agentes facilitadores de acesso à cidadania e de reinserção social dos pacientes acompanhados (Barretto, 2005).

Entre 2008 a 2012, os professores Marcus Vinícius e Eduarda Mota criaram o Programa de Atenção Domiciliar à Crise de Pacientes Psicóticos (PADAC), experiência ganhadora do Prêmio InovaSUS de 2015. O PADAC se caracterizava como um programa no qual o campo de trabalho passou a ser o domicílio dos pacientes. Assim, as/os estagiárias/os tinham como prática oferecer suporte para a família e para o paciente em crise; em algumas ocasiões, podiam agir como mediador de conflitos, e, em outras, como agente de vinculação da/o paciente à instituição de cuidado (Rede de Governança das Redes de Atenção à Saúde, 2015). Ambos os programas serviram de inspiração para a criação do novo PIC, em 2018, com a inclusão do campo de extensão e estágio obrigatório do Instituto de Psicologia e Serviço Social da Universidade Federal da Bahia (IPSS-UFBA), pelo Prof. Marcelo Magalhães Andrade e a Profa. Vládia Jucá.

O novo PIC consolida seu campo de prática nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), posteriormente sendo nomeado como Programa de Intensificação de Cuidados no Caps (PICAPS), e expande os assistidos pelo PIC para pessoas acometidas com qualquer Transtorno Mental Grave. Além disso, as duplas passam a ser compostas apenas por estudantes de Psicologia. Enquanto campo de extensão e estágio, o PICAPS objetiva uma formação pautada, majoritariamente, na Clínica Psicossocial (CP) e Ampliada (CA) (Silva, 2018; Campos, 1997) ou seja, o programa se propõe a preparar o estudante para exercer sua profissão pautada nos Determinantes Sociais da Saúde (Organização Mundial da Saúde, 1986) para a elaboração de um raciocínio clínico e diagnóstico que leve em consideração o território e o contexto social do sujeito assistido, bem como objetiva que os extensionistas e estagiários sejam capazes de integrar o sujeito ao serviço de saúde e à sua comunidade.

O PICAPS mantém os dispositivos clínicos do "Acompanhamento Terapêutico" (AT), "Atenção Domiciliar" (AD) e "Contratualidade" (com assessoria cidadã). Aqui a "Contratualidade" está associada ao empréstimo do poder contratual da/do estudante para assessorar a/o usuária/o nas suas redes sociais e no acesso a cidadania (Silva, 2018). Dessa forma, o programa se vale do aprendizado em *locus* para a integração do ensino-serviço-comunidade, capacitando o estudante para experimentar em ato e ser sensível para os afetos e afecções da prática de cuidar, expondo-os aos trabalhadores do serviço e ao território vivo (Rossi *et al.*, 2022).

O AT, conforme Barretto (2005), é um dispositivo no qual o acompanhamento é visto como um percurso compartilhado, em que acompanhante e acompanhado caminham juntos na construção de possibilidades de enfrentamento do sofrimento, afastando-se de uma relação pautada na tutela ou no controle. Mais do que conduzir o outro, o acompanhante coloca-se

disponível para construir, junto ao usuário, caminhos que possibilitem "intervenções no enquadre e no cotidiano que visam possibilitar a simbolização de uma questão existencial e/ou o desenvolvimento de uma função psíquica" (Barretto, 2005).

Outrossim, a Intensificação de Cuidados (IC) ou Cuidados Intensivos (CI) faz parte dos antecedentes históricos eurocêntrico e colonial do hospital, que passa a ser uma instituição de tratamento (cura de doenças) somente após o século XVIII, antes gerenciado por instituições religiosas para doentes, pobres e indigentes. A mutação do hospital em um instrumento terapêutico pode ser identificada em estratégias e métodos de IC presentes nos antecedentes históricos da emergência da gestão social: 1) no aspecto disciplinar, que segue o modelo de controle militar e industrial transportado para o hospital, a vigilância, os registros médicos e a organização do espaço físico passam a gerir os corpos; 2) no manicômio como tecnologia, na psiquiatria, a partir do "alienismo" de Pinel, o hospital psiquiátrico (manicômio) nasce sob a mesma lógica que inspira a criação do hospital enquanto tecnologia médica, a saber, a de que isolar é fundamental para tratar e conhecer a doença, no caso de Pinel, a loucura; desse modo o espaço asilar é também terapêutica (Foucault, 1979; Castell, 1978).

No cenário de emergência do PIC, a IC é considerada uma tecnologia de cuidado em saúde mental, pensada originalmente para as/os usuárias(os) que vivenciavam o fenômeno das "portas giratórias" (SILVA, 2018) nos hospitais psiquiátricos, ou seja, eram reinternadas/os com frequência significativa, passando mais tempo nas internações do que em suas residências. Pensada para ser útil para momentos de crise, mesmo para aquelas/es que não estavam no circuito das "portas giratórias", justamente pela possibilidade de evitar a entrada no mesmo, evidenciando a potência para quadros agudos, os quais requerem assessoramento de um/a profissional que possa estar atento/disponível para mediar sua relação com o entorno social. Por este motivo, a IC é definida nos seguintes termos:

> [...] um conjunto de procedimentos terapêuticos e sociais direcionados ao indivíduo e/ou ao seu grupo social mais próximo, visando o fortalecimento dos vínculos e a potencialização das redes sociais de sua relação, bem como o estabelecimento destas nos casos de desfiliação ou forte precarização dos vínculos que lhes dão sustentação na sociedade. De caráter ativo, a 'intensificação de cuidados' trabalha na lógica do 'um por um'. (SILVA, 2018, p.40)

A IC teve sua concepção provocada por questões que circundam as crises, dentre as quais destacamos: assistência adequada durante as mesmas e enfrentamento à institucionalização e à cronificação. No entanto, enquanto tecnologia de cuidado, a preocupação maior não se restringe ao manejo da crise, mas sobretudo às questões concernentes ao laço social que antecedem os fenômenos disruptivos, bem como ao esgarçamento ainda maior desse laço em decorrência dos momentos de sofrimento agudo e das internações longas e recorrentes.

2 RELATO DE EXPERIÊNCIA

A dinâmica e a metodologia do PICAPS segue em parte o legado deixado por nossa ancestralidade. No início de cada semestre letivo, estudantes se matriculam em estágio obrigatório em "Atenção em Saúde" ou no Programa de Extensão. A partir da quantidade de estudantes inscritos, as preceptoras na reunião da equipe selecionam usuárias/os para participar da IC a partir de critérios que têm sido amadurecidos no decorrer desses oito anos de experiência: 1) situação de crise; 2) domiciliadas/os com dificuldade/impossibilidade de acesso ao CAPS; 3) histórico de longo período de tratamento; 4) alto número de internação e 5) situações de vulnerabilidade social e cidadã. Cabe destacar que, atualmente, não temos adotado o diagnóstico de "psicose" ou "esquizofrenia" como critério para escolha.

A partir da escolha realizada, as preceptoras apresentam os casos disponíveis e, em diálogo com o supervisor e de modo consensual com a/o estudante, estabelece-se a dupla de estagiárias/os ou extensionistas/os que iniciarão o processo de IC. O primeiro contato acontece em visita domiciliar acompanhada da/o Técnica/o de Referência (TR) da/o usuária/o. Desse modo, durante um ou dois semestres, toda semana haverá um encontro que pode acontecer no domicílio ou no atravessamento do território próximo ou distante. Semanalmente, as duplas apresentam o relato do acompanhamento na supervisão coletiva com a presença das preceptoras do CAPS e do supervisor da UFBA. Assim, o trabalho realizado no PICAPS se dá de forma coletiva envolvendo docente, trabalhadoras e estudantes, a partir do Projeto Terapêutico Singular (PTS) ou da orientação do/da TR.

As/os estudantes são estimuladas a acompanhar as/os usuárias/os em seus dias de consulta, eventos do serviço, emprestando, muitas vezes, seu corpo para que a/o usuária/o utilize dos espaços do serviço. De modo a tecer com a/o usuária/o uma linha na malhagem dos vínculos que se designa ao serviço (Benghozi, 2010).

Assim, as/os estudantes são incentivados à fazerem o uso de instrumentos para se aproximarem da história de vida e do território da/o usuária/o, à exemplo: 1) EcoMapa, uma ferramenta de cartografia das redes sociais informais (relações afetivas) e formais (relações com instituições e serviços) (Kahhale *et al.*, 2016); 2) Linha tempo da história de vida e do tratamento; 3) Genograma, uma imagem gráfica da estrutura familiar, que ajuda a traçar um panorama das relações familiares de modo horizontal, no contexto atual da família, e vertical, sua dimensão histórica (Penso; Costa; Ribeiro, 2008). Dessa forma, o acompanhamento deixa de estar centrado apenas no sofrimento psíquico e passa a reconhecer o sujeito em sua integralidade.

As experiências vivenciadas no PICAPS aproximam-se dessa compreensão ao evidenciar que o cuidado em saúde mental ultrapassa a realização de procedimentos técnicos. A Clínica Ampliada (Campos, 1997) com base nos dispositivos de AT, AD e da contratualidade provoca as/os estudantes a trabalharem em ambientes complexos que exigem uma maior flexibilidade e uma visão menos enrijecida de manejo clínico. Essa experiência consolida uma formação que não se reduz a uma mera capacidade de aplicar técnicas, mas que se produz no encontro entre os sujeitos, o território e o embasamento teórico.

O processo de formação no PICAPS leva o estudante a aguçar o seu olhar para as dinâmicas territoriais e à adentrar no espaço da impossibilidade e da frustração. Assim, o trabalho permite ao estagiário ou ao extensionista experienciar em ato as dinâmicas territoriais e exige dele criatividade para se adaptar a elas, seja para desmarcar a visita por conta de ação policial no território, seja para a falha estatal de garantir o acesso ao lazer ou de expandir a cobertura da Atenção Básica, seja para se defrontar com barreiras públicas. No campo da Saúde Mental, não é estranho se falar da importância da Atenção da Primária em Saúde (APS) para a manutenção do caráter capilar da Rede de Atenção Psicossocial, conforme informa Kinoshita *et al.* (2016), a APS representa um lugar estratégico para a desinstitucionalização por conta de sua proximidade física com o lugar real de vida das pessoas. Mas o que fazer quando a APS se posiciona distante do usuário acompanhado e há a restrição da vulnerabilidade para que o usuário experiencie atividades de lazer ou físicas? Como tecer redes de cuidado, se o cuidado está longe e o usuário fora da cobertura do serviço? Para esses e demais casos é preciso criatividade, é preciso invenção para dar conta das necessidades de cuidado e só estando com a comunidade e com o serviço para conseguir avaliar as possibilidades e impossibilidades da prática.

3 DISCUSSÃO

A perspectiva de IC no contexto no qual o PIC emerge é antimanicomial e congruente com a Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) de base territorial e comunitária em uma rede de serviços, considerando a atenção semanal de estagiárias/os e extensionistas no atravessamento do território ou em contexto domiciliar. Afasta-se, portanto, da perspectiva que compreende IC na condição de instrumento de monitoramento territorial e escolhe tecnologias vinculares (relacionais) [tecnologias leves].

Desse modo, a IC aposta na construção de vínculos entre estagiárias/os, extensionistas e usuárias/os que são indicados pelo CAPS para participarem do PICAPS. A partir da persistência no tempo do PICAPS, docente e preceptoras identificam que alguns processos de melhora, com ampliação do autocuidado, participação no tratamento e rede sócio-afetiva (familiar) e participação de atividades no CAPS ou no território.

Nesse contexto, o raciocínio clínico e diagnóstico passa a considerar os Determinantes Sociais da Saúde (Organização Mundial da Saúde, 1986), mas também as condições sociais, econômicas, familiares e territoriais que atravessam a vida do usuário; sem esquecer o sofrimento psíquico (o transtorno). Tal perspectiva dialoga com a RPB e com a virada paradigmática defendida por vários autores(as) (Silva, 2018; Amarante, 2007; Berlinck, 1998), ao reconhecer que o sofrimento psíquico não pode ser compreendido isoladamente do contexto em que é produzido. Afinal, "todo fato psíquico é um fato social" (Silva, 2007, p. 41). As Redes Sociais Formais (serviços de saúde e de outros setores) [Assistência Social e Justiça] e Redes Sociais Informais (família e redes de apoio) (Vicentin, 2016).

Essa compreensão traduz-se em uma prática fundamentada na CA, que abdica de protocolos rígidos para construir intervenções singulares a partir das necessidades de cada usuário (Campos, 2003). Nessa direção, o programa mantém como principais dispositivos clínicos o AT, AD e o assessoramento existencial, compreendidos não apenas como técnicas de intervenção, mas como estratégias que deslocam a clínica para o cotidiano da vida. Conforme Barto (1997), o acompanhamento terapêutico compreende intervenções no enquadre e no cotidiano que visam possibilitar a simbolização de questões existenciais e o desenvolvimento de funções psíquicas, favorecendo que o sujeito possa construir novas formas de existir e de se inscrever no mundo. O acompanhante terapêutico atua, assim, como um parceiro na construção dessas possibilidades, produzindo cuidado a partir do encontro, da circulação pelo território e da vida cotidiana. Conforme Silva *et al.* (2003), trata-se de uma clínica que acontece na rua, na casa do sujeito, no cotidiano da vida que ali se inventa ou se repete, produzindo cuidado nos espaços onde as relações sociais efetivamente se constroem.

Esses dispositivos operam, predominantemente, por meio de "tecnologias leves", conceito desenvolvido por Merhy (2002), que compreende o cuidado como produzido nas relações estabelecidas entre trabalhadores e usuários, tendo como elementos centrais o vínculo, a escuta qualificada, o acolhimento, a corresponsabilização e a construção compartilhada de projetos terapêuticos. Diferentemente das tecnologias duras, centradas em equipamentos, ou das tecnologias leve-duras, relacionadas ao conhecimento técnico, as tecnologias leves sustentam uma prática que reconhece o usuário como sujeito ativo na construção do próprio cuidado (Merhy, 2002).

Essa concepção mostrou-se particularmente coerente com as experiências desenvolvidas no PICAPS. Em diversos momentos, percebeu-se que pequenas intervenções realizadas no cotidiano, acompanhar um usuário em atividades comunitárias, fortalecer vínculos familiares, mediar relações com o serviço ou facilitar o acesso a equipamentos públicos, produziram efeitos significativos na ampliação da autonomia e da contratualidade social. Esses resultados dificilmente seriam alcançados por meio de intervenções restritas ao espaço institucional do CAPS, pois emergem justamente da presença do cuidado nos territórios onde a vida acontece.

A inserção no PICAPS e o contato direto com os profissionais que sustentam a saúde pública cotidianamente revelam-se fundamentais na perspectiva ensino-serviço-comunidade (Rossi *et al.*, 2022) para que a formação em Psicologia se distancie de uma tendência histórica de ensinar a lidar com pacientes que possuem transtornos graves de maneira meramente protocolar, reducionista ou puramente sintomática. Na formação de estudantes, o Programa é capaz de proporcionar o contato com um formato de clínica que permite maior visualização e imersão no contexto do sujeito. Diante disso, fica em evidência a necessidade de considerar os determinantes sociais da saúde, como moradia, vínculos familiares, vulnerabilidade econômica e social e redes de apoio, frisando a importância de estar em consonância com os princípios da RPB e com as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).

4 CONCLUSÃO

A experiência do PICAPS revela que um dos principais desafios do programa consiste em fortalecer continuamente o vínculo entre usuário e serviço. Em algumas situações, observou-se que a IC poderia produzir uma centralização da relação na dupla de estudantes, tornando necessário investir na aproximação entre usuário, equipe multiprofissional, família e rede territorial para que o cuidado permanecesse sustentado pelo CAPS após o encerramento do acompanhamento intensivo. Essa constatação reforça que a IC não se dirige apenas ao indivíduo, mas também às relações que o constituem, justificando intervenções junto à família, à vizinhança e aos equipamentos públicos, uma vez que a efetividade da atenção psicossocial depende da produção de inclusão social e do fortalecimento das redes de cuidado.

A experiência no PICAPS demonstra que a produção do cuidado em saúde mental se distancia de uma clínica centrada exclusivamente no diagnóstico e na remissão de sintomas, aproximando-se de uma compreensão do sofrimento como fenômeno inseparável das condições concretas de existência dos sujeitos. A continuidade da prática feita no PIC e no PADAC para a configuração atual do PICAPS representa, nesse sentido, não apenas uma reorganização do campo de práticas, mas também uma resposta aos impasses da formação em Psicologia, historicamente marcada pela centralidade da clínica ambulatorial privada e pelo afastamento do ensino em Saúde Pública (Silva *et al.*, 2010).

A ampliação do repertório de estratégias, reflexão sobre a prática e possibilidades de manejo dos casos pela própria equipe técnica do CAPS, uma vez que, durante o acompanhamento realizado pelos estudantes, há trocas frequentes entre eles e o profissional de referência do caso, assim como, ao final de cada semestre do programa, ocorre apresentação dos casos intensificados durante reunião técnica do serviço. As vivências no PICAPS também permitem que os estudantes sejam confrontados com a precariedade da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) soteropolitana, que atua com equipes reduzidas (havendo, por consequência, sobrecarga de trabalho) persistência de práticas manicomiais e serviços com infra-estrutura inadequada.

Para concluir vale destacar que, a experiência no PICAPS, com as suas técnicas e dispositivos clínicos, mostram que é possível cuidar em liberdade e que vale a pena insistir nos serviço substitutivos ao asilos e manicômios, apesar da defasagem das Redes de Cuidado em Serviço Público, seja ela da RAPS ou da Rede de Assistência em Saúde. Assim, o PICAPS nos mostra que é possível com mais corpos/braços realizar uma experiência de ensino-serviço-comunidade congruente com os princípios da RPB antimanicomial, com estratégias de cuidado em liberdade (no território e em modo domiciliar).

DOI: 10.51161/iv-conasus/85981

REFERÊNCIAS

ANDRADE, M. M. *et al.* Reforma psiquiátrica brasileira & mapeamento pré-pandêmico em redes de saúde mental de Salvador/BA. *In*: LIMA, M. *et al.* (org.). Pensar junto/fazer com: Saúde mental na pandemia de covid-19. Salvador: **Edufba,** p. 105–149. 2021.

BARRETTO, Kleber Duarte. **Ética e técnica no acompanhamento terapêutico:** andanças com Dom Quixote e Sancho Pança. 3. ed. São Paulo: Unimarco/Edições Sobornost, 2005.

BARRETO, F. P. **Reforma psiquiátrica e movimento lacaniano**. Belo Horizonte: Itatiaia, 1999.

BENGHOZI, P. **Malhagem, filiação e afiliação**: Psicanálise dos vínculos: Casal, família, grupo, instituição e campo social. Tradução de E. D. Galery. São Paulo: Vetor, 2010.

BERLINCK, M. T. O que é Psicopatologia Fundamental. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 38-51, 1998. Disponível em: http://old.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47141998000100046. Acesso em: 21 jul. 2026.

CASTEL, R. **A ordem psiquiátrica**: a idade de ouro do alienismo. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

FOUCAULT, M. O nascimento do hospital. *In*: FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. Organização, introdução e revisão técnica de Roberto Machado. 11. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1979. cap. 6, p. 99-111.

KAHHALE, E. P. *et al.* Análise dos genogramas e ecomapas na experiência do PET-Saúde mental, álcool e outras drogas da PUC-SP. *In*: VICENTIN, M. C. G. *et al.* (org.). **Saúde mental, reabilitação e atenção básica**: Encontros entre universidade e serviços de saúde. São Paulo: ArtGraph, 2016. p. 100–128.

KINOSHITA, R. T. *et al*. Cuidado em saúde mental: do sofrimento à felicidade. *In*: NUNES, M.; LIMA, N. T.; HOCHMAN, G**. Condições de saúde e população**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1996.

MERHY, E. E. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2002.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde**. Ottawa: OMS, 1986. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf. Acesso em: 22 jul. 2026.

PENSO, M. A.; COSTA, L. F.; RIBEIRO, M. A. Aspectos teóricos da transmissão transgeracional e do genograma. *In*: PENSO, M. A.; COSTA, L. F. (org.). **A transmissão geracional em diferentes contextos**: Da pesquisa à intervenção. São Paulo: Summus, 2008. p. 9–23.

REDE DE GOVERNANÇA DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE. **A atuação domiciliar na situação de crise**. APS Redes, 18 jun. 2015. Disponível em: https://apsredes.org/a-atuacao-domiciliar-na-situacao-de-crise/. Acesso em: 22 jul. 2026.

ROSSI, T. R. A. *et al*. Da integração ensino-serviço-comunidade-gestão à Transversalidade: em busca de projeto comum de práticas. *In*: ROSSI, T. R. A.; MERCES, M. C. das (org.). **Práticas de saúde na integração-ensino-serviço-comunidade-gestão**. Salvador: EDUNEB, 2022. p. 23-51.

SILVA, M. V. de O. (org.). **IN-tensa / EX-tensa:** a clínica psicossocial das psicoses. [S.l.]: [s.n.], 2018.

ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DAS INTERNAÇÕES POR PNEUMONIA EM IDOSOS NO ESTADO DE PERNAMBUCO ENTRE 2019 E 2025

FABIEL DE SANTANA MADUREIRA; IZABEL VITÓRIA DA SILVA QUEIROZ; JAQUISON PEREIRA NECO FILHO; RHAYANE MIRELLI MARIA QUEIROZ DO NASCIMENTO; JARDELLINY QUEYLA BISPO RODRIGUES; LINDOVAL ASSIS DE FREITAS; TALITA PACHECO BARBOSA DA SILVA

Introdução: A pneumonia é uma das principais responsáveis pelo índice de internação entre idosos no Brasil, tornando-se um problema à saúde pública em relação à adaptação hospitalar. Nesse contexto, a análise do perfil epidemiológico das internações de idosos no território pernambucano, resultantes da doença, pode contribuir na identificação dos grupos mais vulneráveis e desenvolvimento dos métodos de prevenção mais direcionados. **Objetivo:** Analisar o perfil epidemiológico da pneumonia em idosos do estado de Pernambuco entre o período de 2019 a 2025 segundo as características demográficas com base nos dados do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS), extraídos do DATASUS. **Metodologia:** Foi realizado um estudo descritivo, retrospectivo, quantitativo e de caráter epidemiológico, com dados secundários do SIH/SUS, disponibilizados pelo DATASUS. Foram analisadas as internações com diagnóstico principal de pneumonia, conforme a Lista de Morbidades da CID-10, ocorridas em Pernambuco entre 2019 e 2025, em indivíduos com 60 anos ou mais, segundo sexo, faixa etária, raça/cor e município de internação. Os dados foram analisados por meio de frequências absolutas e relativas. **Resultados:** No período de 2019 a 2025, foram identificadas 65.660 internações por pneumonia em idosos no estado de Pernambuco. Observou-se maior ocorrência de hospitalizações entre indivíduos do sexo feminino (36.352; 55,4%) e entre aqueles com 80 anos ou mais (29.896; 45,5%), evidenciando maior concentração de internações entre idosos em idade mais avançada. Em relação à raça/cor, houve predominância de idosos autodeclarados pardos (47.152; 71,8%), seguidos pelos brancos (7.777; 11,8%) e pelos registros sem informação (7.865; 12,0%). A distribuição dos casos mostrou maior concentração nos municípios com maior porte populacional e estrutura assistencial, destacando-se Recife (12.297 internações), Jaboatão dos Guararapes (5.280), Caruaru (4.547), Olinda (4.535) e Paulista (1.977). **Conclusão:** O perfil observado reforça a importância do fortalecimento das ações de promoção, prevenção e assistência à saúde da população idosa. Os achados podem subsidiar o planejamento da rede de atenção, especialmente nos municípios com maior volume de hospitalizações, favorecendo o diagnóstico oportuno, o manejo adequado da doença, a qualificação do cuidado e a redução das complicações associadas à pneumonia.

Palavras-chave: **DOENÇAS RESPIRATÓRIAS; MORBIDADE HOSPITALAR; SAÚDE PÚBLICA**

DOI: 10.51161/iv-conasus/85982

ESTRATÉGIAS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE E ANALOGIAS PRÁTICAS PARA A ADESÃO AO TRATAMENTO ANTI-HIPERTENSIVO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

ARTHUR DE LIMA GOMES; JAQUISON PEREIRA NECO FILHO; TERCIO LUCAS PESSOA BACELAR; JOAO VICTOR DE RESENDE GOIS; ALEX FRANCISCO DA SILVA; JOSÉ RAFAEL FARIAS VASCONCELOS; THIAGO MARQUES DA SILVA NEVES

Introdução: A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial crônica e um dos principais fatores de risco para agravos cardiovasculares graves no Brasil. No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), especialmente na Atenção Primária à Saúde (APS), o maior desafio diário da equipe multidisciplinar vai muito além do diagnóstico preciso, concentrando-se fortemente na garantia da adesão contínua do usuário ao tratamento farmacológico. Fatores como a complexidade do regime terapêutico e a falta de compreensão sobre a fisiologia da doença costumam afastar o paciente do autocuidado e do engajamento necessário com a terapia prescrita. **Objetivo:** Este trabalho relata a experiência e os impactos da implementação de uma estratégia inovadora de educação em saúde, voltada especificamente para a desmistificação da hemodinâmica e do uso de medicamentos anti-hipertensivos junto a pacientes cadastrados na APS. **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, desenvolvido a partir da observação e intervenção prática em um grupo operativo de hipertensos de uma Unidade de Saúde da Família (USF) localizada no município de Recife - PE. A ação ocorreu ao longo de três meses, com encontros quinzenais abrangendo 30 pacientes não aderentes ou com pressão arterial descontrolada. A intervenção consistiu em rodas de conversa que substituíram o linguajar técnico por analogias mecânicas e do cotidiano para explicar de forma visual e palpável como os medicamentos atuam na redução do esforço cardíaco e da resistência vascular. **Resultados:** Após a série de intervenções, a equipe identificou uma mudança significativa no comportamento dos usuários. Verificou-se que 85% dos pacientes, que anteriormente apresentavam falhas no uso dos medicamentos, passaram a relatar a tomada regular. Durante consultas de acompanhamento, observou-se uma redução consistente nos níveis pressóricos. Os relatos evidenciaram que traduzir conceitos complexos trouxe significado ao tratamento, reduzindo o medo das medicações e aumentando a autonomia do paciente. **Conclusão:** O emprego de ferramentas pedagógicas adaptadas, como analogias, demonstrou ser uma tecnologia leve de alto impacto no SUS. A estratégia provou que democratizar o acesso ao conhecimento fortalece o vínculo entre a comunidade e a unidade, sendo uma abordagem essencial para o controle de doenças crônicas na APS.

Palavras-chave: **AUTOCUIDADO; PRESSÃO ARTERIAL; COOPERAÇÃO DO PACIENTE**

DOI: 10.51161/iv-conasus/85984

REORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO PARA QUALIFICAÇÃO DA SUPLEMENTAÇÃO GESTACIONAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: RELATO DE EXPERIÊNCIA

TAMIRES CAROLINE DIAS BOSQUESI; KARLA RAFAELLA SEVERIANO DE ALMEIDA

RESUMO

A suplementação medicamentosa durante a gestação constitui importante estratégia para prevenção de anemia ferropriva, defeitos do tubo neural, pré-eclâmpsia e outros desfechos maternos e perinatais adversos. Entretanto, sua efetividade depende da identificação oportuna das gestantes elegíveis, da prescrição adequada, da orientação qualificada e da adesão ao tratamento. Este trabalho teve como objetivo relatar a experiência de reorganização do processo de trabalho desenvolvida por uma equipe da Estratégia Saúde da Família para qualificar a suplementação gestacional durante o pré-natal. A experiência foi realizada na Unidade de Saúde da Família Edvar Raniero, no município de Bom Sucesso, Paraná, e estruturada em três etapas: diagnóstico situacional, reorganização do fluxo assistencial e monitoramento dos indicadores. Na etapa diagnóstica foram analisadas nove fichas completas de gestantes acompanhadas pela unidade, contemplando regularidade do pré-natal, indicação e utilização de ácido fólico, sulfato ferroso, carbonato de cálcio e ácido acetilsalicílico, conhecimento sobre a finalidade dos medicamentos e principais barreiras relacionadas à adesão. Oito gestantes (88,9%) realizavam acompanhamento pré-natal regular. A cobertura do sulfato ferroso foi de 100% e a do ácido fólico de 85,7% entre as gestantes com indicação. Apenas uma das três gestantes elegíveis utilizava carbonato de cálcio e uma das três com indicação fazia uso de ácido acetilsalicílico, correspondendo a 33,3% de cobertura para ambas as medidas. Seis gestantes (66,7%) desconheciam a finalidade dos medicamentos utilizados. As principais barreiras identificadas foram insuficiência de orientação, ausência de prescrição, náuseas, esquecimento e recusa. Com base nesses achados, a equipe reorganizou o fluxo do pré-natal, incorporando consulta inicial de enfermagem, identificação sistemática das necessidades de suplementação, comunicação prévia à consulta médica, adequação das prescrições e orientação individualizada às gestantes. A reavaliação dos indicadores encontra-se em andamento. A experiência demonstra que mudanças organizacionais simples, factíveis e de baixo custo podem qualificar o cuidado pré-natal e fortalecer o monitoramento contínuo da assistência na Atenção Primária à Saúde.

Palavras-chave: Estratégia Saúde da Família; Educação em Saúde; Qualidade da Assistência.

1 INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) desempenha papel fundamental na promoção da saúde materna e na prevenção de complicações gestacionais, tendo o pré-natal como uma de suas principais estratégias de cuidado. Entre as ações recomendadas durante esse acompanhamento destaca-se a suplementação medicamentosa com ácido fólico, sulfato ferroso, carbonato de cálcio e ácido acetilsalicílico, quando indicada, por contribuir para a prevenção

DOI: 10.51161/iv-conasus/85986

de anemia materna, defeitos do tubo neural, pré-eclâmpsia, parto prematuro e outros desfechos maternos e perinatais desfavoráveis (Brasil, 2012; Peña-Rosas; Viteri, 2012; Rolnik et al., 2017).

Entretanto, a efetividade dessas medidas depende não apenas da disponibilidade dos medicamentos, mas também da organização do processo assistencial. Prescrição tardia, ausência de identificação das gestantes elegíveis, orientações insuficientes, efeitos adversos, dificuldades de acesso e baixa adesão podem comprometer os benefícios esperados. Nesse contexto, a atuação integrada da equipe multiprofissional torna-se essencial para garantir a implementação das recomendações baseadas em evidências e favorecer a continuidade do cuidado.

Além disso, recomendações mais recentes ampliaram o papel da suplementação de cálcio na prevenção da pré-eclâmpsia em gestantes com baixa ingestão dietética, reforçando a necessidade de organização dos serviços para identificação precoce das indicações e monitoramento adequado do tratamento (Brasil, 2024; Cluver; Rohwer, 2025). Da mesma forma, o uso de ácido acetilsalicílico em gestantes de maior risco depende da identificação oportuna das candidatas e do início precoce da terapêutica, conforme recomendado pelas principais diretrizes nacionais e internacionais (Febrasgo, 2024; Rolnik et al., 2017).

Na Unidade de Saúde da Família Edvar Raniero, a descentralização do acompanhamento pré-natal para a unidade evidenciou fragilidades relacionadas à identificação das gestantes elegíveis, à prescrição, às orientações fornecidas e à adesão à suplementação medicamentosa. Diante desse cenário, a equipe realizou um diagnóstico situacional e reorganizou o processo de trabalho com o objetivo de fortalecer a qualidade da assistência prestada.

Dessa forma, este trabalho teve como objetivo relatar a experiência de reorganização do processo de trabalho voltada à qualificação da suplementação gestacional durante o pré-natal na Unidade de Saúde da Família.

2 RELATO DA EXPERIÊNCIA

Trata-se de um relato de experiência desenvolvido pela equipe da Unidade de Saúde da Família Edvar Raniero, localizada no município de Bom Sucesso, Paraná, a partir da identificação de fragilidades relacionadas à suplementação medicamentosa durante o acompanhamento pré-natal. A experiência foi construída coletivamente entre médica e enfermeira da equipe, tendo como propósito reorganizar o processo de trabalho para qualificar a assistência prestada às gestantes acompanhadas pela unidade.

A intervenção foi estruturada em três etapas sequenciais: diagnóstico situacional, reorganização do processo de trabalho e monitoramento dos indicadores assistenciais.

Na primeira etapa, realizou-se um diagnóstico situacional utilizando a totalidade das nove fichas completas de gestantes acompanhadas pela unidade no período analisado. Registros incompletos foram excluídos por não permitirem a avaliação das variáveis previamente definidas.

Foi elaborado pela equipe um instrumento estruturado contendo informações referentes à idade materna, idade gestacional, regularidade do acompanhamento pré-natal, indicação e utilização de ácido fólico, sulfato ferroso, carbonato de cálcio e ácido acetilsalicílico, conhecimento das gestantes sobre a finalidade dos medicamentos prescritos e principais barreiras relacionadas à adesão ao tratamento.

Após a coleta, os dados foram organizados em planilha eletrônica e analisados por meio de frequências absolutas e relativas, preservando integralmente o anonimato das participantes. O objetivo dessa etapa foi identificar oportunidades de melhoria no processo assistencial e subsidiar o planejamento das ações de intervenção.

DOI: 10.51161/iv-conasus/85986

A análise evidenciou fragilidades relacionadas principalmente à orientação das gestantes, à identificação oportuna das indicações de suplementação e à padronização do fluxo assistencial. Diante desses resultados, foi realizada reunião entre os profissionais da equipe para discussão dos achados e planejamento das mudanças necessárias.

Na segunda etapa, promoveu-se a reorganização do processo de trabalho do pré-natal. A consulta inicial de enfermagem passou a desempenhar papel estratégico na identificação precoce das necessidades de suplementação. Durante esse atendimento são coletadas informações clínicas e obstétricas, revisadas as suplementações em uso, identificadas indicações ainda não contempladas e registradas possíveis dificuldades relacionadas à adesão.

Essas informações passaram a ser encaminhadas previamente à primeira consulta médica, permitindo avaliação antecipada das necessidades terapêuticas, adequação das prescrições, início oportuno das suplementações indicadas e reforço das orientações individualizadas às gestantes.

Além da reorganização do fluxo assistencial, foram padronizadas as orientações referentes à finalidade de cada medicamento, ao modo correto de utilização, ao manejo dos principais efeitos adversos e à importância da adesão durante toda a gestação. A atuação integrada entre enfermagem e medicina reduziu a fragmentação das informações e fortaleceu a continuidade do cuidado.

A terceira etapa da experiência corresponde ao monitoramento dos indicadores assistenciais. Está prevista nova coleta utilizando o mesmo instrumento aplicado no diagnóstico inicial, possibilitando comparar os indicadores antes e após a implantação do novo fluxo de atendimento. Essa etapa encontra-se em desenvolvimento no momento da elaboração deste trabalho.

A reorganização do processo de trabalho foi incorporada à rotina da equipe como estratégia permanente de qualificação da assistência pré-natal. Por utilizar recursos já disponíveis na unidade e basear-se na integração multiprofissional, trata-se de uma intervenção de baixo custo, elevada viabilidade operacional e potencial de replicação em outras equipes da Estratégia Saúde da Família.

3 DISCUSSÃO

O diagnóstico situacional evidenciou que a média de idade das gestantes acompanhadas foi de 24,3 anos, variando entre 15 e 32 anos. Duas participantes (22,2%) eram adolescentes e quatro (44,4%) encontravam-se no terceiro trimestre gestacional. Observou-se que oito gestantes (88,9%) realizavam acompanhamento pré-natal de forma regular, demonstrando boa vinculação ao serviço de saúde. Entretanto, os resultados indicaram que a regularidade das consultas, isoladamente, não assegura a qualidade da assistência nem a adequada utilização das suplementações recomendadas.

Embora o acompanhamento estivesse consolidado, verificou-se importante fragilidade relacionada ao conhecimento das gestantes acerca dos medicamentos prescritos. Apenas três participantes (33,3%) souberam explicar corretamente a finalidade das suplementações utilizadas, enquanto seis (66,7%) desconheciam suas indicações. Esse achado demonstra que o comparecimento às consultas não garante compreensão suficiente para favorecer uma adesão consciente ao tratamento, reforçando a importância da educação em saúde como componente essencial do cuidado pré-natal.

Em relação à utilização dos medicamentos, observou-se cobertura de 100% para o sulfato ferroso entre as gestantes com indicação e de 85,7% para o ácido fólico. Esses resultados sugerem que essas suplementações já se encontram incorporadas à rotina assistencial da unidade, provavelmente em decorrência da ampla divulgação das recomendações nacionais

DOI: 10.51161/iv-conasus/85986

para prevenção de anemia ferropriva e defeitos do tubo neural (Brasil, 2012; Peña-Rosas; Viteri, 2012).

Em contraste, a cobertura para carbonato de cálcio e ácido acetilsalicílico foi de apenas 33,3% entre as gestantes elegíveis. Apesar do pequeno número de participantes, esse resultado evidencia oportunidades importantes de melhoria na identificação precoce das indicações e na implementação das recomendações clínicas mais recentes. A literatura demonstra que o uso adequado dessas intervenções pode contribuir para a redução da ocorrência de pré-eclâmpsia e de outras complicações maternas, especialmente quando iniciado no período recomendado (Rolnik et al., 2017; Brasil, 2024).

As principais barreiras identificadas foram insuficiência de orientação, ausência de prescrição, náuseas, esquecimento e recusa. A predominância da falta de orientação evidenciou que a qualificação da assistência não depende exclusivamente da disponibilidade dos medicamentos, mas também da organização do processo de trabalho e da comunicação efetiva entre profissionais e usuárias. Dessa forma, tornou-se evidente que intervenções centradas apenas na prescrição seriam insuficientes para modificar esse cenário.

A reorganização do fluxo assistencial constituiu o principal produto desta experiência. A consulta inicial de enfermagem passou a desempenhar papel estratégico na identificação das necessidades de suplementação, na revisão sistemática das medicações em uso e no registro das dificuldades relatadas pelas gestantes. O compartilhamento dessas informações antes da consulta médica permitiu antecipar decisões clínicas, reduzir oportunidades perdidas de prescrição e padronizar as orientações fornecidas durante o acompanhamento pré-natal.

Outro aspecto relevante foi o fortalecimento da integração entre enfermagem e medicina. A construção coletiva da intervenção favoreceu a incorporação do novo fluxo à rotina da equipe, reduziu a fragmentação das informações e ampliou a corresponsabilização dos profissionais pelo cuidado. Por utilizar recursos já disponíveis na unidade, a estratégia apresenta elevada viabilidade operacional, baixo custo de implementação e potencial de replicação em outras equipes da Estratégia Saúde da Família.

Os resultados apresentados correspondem exclusivamente à etapa diagnóstica da experiência. Assim, ainda não é possível afirmar que a reorganização do processo de trabalho promoveu aumento da adesão à suplementação medicamentosa. Entretanto, o diagnóstico situacional permitiu direcionar intervenções concretas e estabelecer indicadores para monitoramento contínuo da qualidade da assistência.

Tabela 1 – Características das gestantes avaliadas

Variável	Resultado
Número de gestantes	9
Idade média	24,3 anos
Faixa etária	15–32 anos
Gestantes adolescentes	2 (22,2%)
Gestantes no terceiro trimestre	4 (44,4%)
Comparecimento regular ao pré-natal	8 (88,9%)
Conhecimento da finalidade dos medicamentos	3 (33,3%)
Desconhecimento da finalidade dos medicamentos	6 (66,7%)

Fonte: Dados da pesquisa (2025).

Tabela 2 – Utilização das suplementações entre as gestantes com indicação

Medicamento	Com indicação	Em uso	Cobertura
Ácido fólico	7	6	85,7%
Sulfato ferroso	8	8	100%
Carbonato de cálcio	3	1	33,3%

DOI: 10.51161/iv-conasus/85986

Ácido acetilsalicílico	3	1	33,3%

Fonte: Dados da pesquisa (2025).

4 CONCLUSÃO

A experiência permitiu identificar fragilidades relevantes relacionadas à suplementação medicamentosa durante o acompanhamento pré-natal, especialmente quanto à identificação das gestantes elegíveis, à padronização das prescrições, às orientações fornecidas e ao conhecimento das usuárias sobre a finalidade dos medicamentos utilizados.

O diagnóstico situacional subsidiou a reorganização do processo de trabalho da equipe, com fortalecimento da atuação integrada entre enfermagem e medicina, implantação de um fluxo assistencial mais estruturado e incorporação da identificação precoce das necessidades de suplementação à rotina do pré-natal.

Embora a avaliação dos resultados da intervenção ainda esteja em andamento, a estratégia mostrou-se factível, de baixo custo e compatível com a realidade da Atenção Primária à Saúde, demonstrando potencial para qualificar a assistência pré-natal e favorecer o monitoramento contínuo dos indicadores relacionados à suplementação gestacional.

Como limitações da experiência, destacam-se o pequeno número de gestantes avaliadas, a realização em uma única unidade de saúde e a ausência, até o momento, dos resultados da reavaliação pós-intervenção. Entretanto, essas limitações não reduzem a relevância da experiência, uma vez que o diagnóstico permitiu orientar mudanças concretas no processo de trabalho da equipe e estabelecer indicadores para acompanhamento da qualidade da assistência.

Espera-se que a continuidade do monitoramento permita avaliar o impacto da reorganização do fluxo sobre a adequação das prescrições, o conhecimento das gestantes e a adesão às suplementações recomendadas, contribuindo para o aprimoramento permanente da atenção pré-natal e oferecendo uma estratégia passível de adaptação por outras equipes da Estratégia Saúde da Família.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota Técnica Conjunta nº 251/2024**. Recomendações para suplementação de cálcio na gestação. Brasília: Ministério da Saúde, 2024.

CLUVER, C.; ROHWER, A**. Calcium supplementation before or during pregnancy for preventing hypertensive disorders of pregnancy and related problems.** Cochrane Database of Systematic Reviews, 2025.

FEBRASGO. **Recomendações FEBRASGO para prevenção da pré-eclâmpsia**. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia, 2024.

PEÑA-ROSAS, J. P.; VITERI, F. E**. Daily oral iron supplementation during pregnancy.** Cochrane Database of Systematic Reviews, 2012.

ROLNIK, D. L. et al. **Aspirin versus placebo in pregnancies at high risk for preterm preeclampsia.** New England Journal of Medicine, v. 377, n. 7, p. 613-622, 2017.

DOI: 10.51161/iv-conasus/85986

PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS SOBRE O ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

MARIANE OLIVEIRA DE SOUSA FERNANDES; PRISCILLA THAYLA RODRIGUES DE ANDRADE; JARDÊNIA LINHARES MARTINS; SAMARA MARQUES LIMA; KEZIA PATRÍCIA LOPES BATISTA; RAQUEL SOUZA DA COSTA; RAFAEL BEZERRA DUARTE

Introdução: O acolhimento com classificação de risco constitui uma estratégia fundamental para organizar o atendimento nas Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), priorizando a gravidade clínica e promovendo maior segurança e equidade no acesso aos serviços. A percepção dos usuários sobre esse processo reflete aspectos relacionados à qualidade da assistência, comunicação e satisfação com o cuidado. Nesse contexto, compreender as evidências científicas disponíveis pode subsidiar o aprimoramento das práticas assistenciais e da gestão em saúde. **Objetivo:** Analisar a percepção dos usuários sobre o acolhimento com classificação de risco em Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) a partir das produções científicas. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, realizada em junho de 2026, no Portal Regional da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). A busca utilizou os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) Acolhimento, Classificação de Risco e Serviço Hospitalar de Emergência, combinados pelo operador booleano "AND". Foram incluídos artigos científicos completos, publicados em português entre 2016 e 2026, sendo excluídos os estudos duplicados. Inicialmente, foram identificados 120 artigos. Após a aplicação dos critérios de elegibilidade, 70 foram excluídos pelos filtros e 43 após a leitura dos títulos, resumos e textos completos, resultando em sete estudos incluídos na revisão. A análise dos dados foi realizada conforme a técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin. **Resultados:** Evidenciou-se que os usuários reconhecem o acolhimento com classificação de risco como uma estratégia que organiza o fluxo assistencial, prioriza os casos mais graves e agiliza o atendimento nas urgências. Entretanto, apontam fragilidades relacionadas à compreensão dos critérios de classificação, uma vez que muitos relatam dificuldades para entender as cores das pulseiras, bem como discordam da classificação atribuída pelos profissionais. Identificou-se também a insatisfação com o tempo de espera para o atendimento e a falta de comunicação entre profissionais e usuários. **Conclusão:** Portanto, fortalecer a comunicação, promover um acolhimento humanizado, aprimorar a escuta qualificada e ampliar a divulgação sobre o processo de classificação de risco constituem estratégias essenciais para aumentar a confiança dos usuários, favorecer a compreensão do fluxo de atendimento e qualificar a assistência prestada pelas Unidades de Pronto Atendimento (UPAs).

Palavras-chave: **ACOLHIMENTO; CLASSIFICAÇÃO DE RISCO; UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO**

DOI: 10.51161/iv-conasus/85987

A SALA DE ESPERA COMO AMBIENTE PARTICIPATIVO NAS ATIVIDADES VOLTADAS PARA EDUCAÇÃO E SAÚDE

GUTIELLE CARVALHAL BOTELHO BUSTILHO FARIA

Introdução: A realização de atividades educativas em saúde a população da Unidades Básicas de Saúde (UBS) é uma das atribuições do assistente social que atua nas Equipes Multiprofissionais (eMulti). **Objetivo:** O estudo tem por objetivo relatar a vivência profissional nas UBS enquanto assistente social da eMulti sobre a realização da sala de espera como ambiente viável para realizar atividades educativas em saúde em um determinado município do Estado do Rio de Janeiro (RJ) no período compreendido de setembro de 2025 a junho de 2026. **Relato de experiência:** As atividades em educação e saúde foram realizadas em um ambiente conhecido como sala de espera, aonde os pacientes aguardam para serem atendidos por diferentes profissionais. Enquanto os pacientes esperam para serem atendidos pelos diferentes profissionais da UBS, o assistente social realizava palestras, roda de conversa e dinâmicas para apresentar e promover reflexão sobre temas em saúde, como o da violência contra pessoa idosa e campanhas como junho violeta, outubro rosa e setembro amarelo. Para isso seguia um cronograma mensal, pois a sala de espera acontecia uma vez por mês. O público era diverso conforme a demanda das atividades da rotina do dia da unidade. **Conclusão:** O profissional utilizou diferentes metodologias para atender a diversidade do público da sala de espera e conseguiu trabalhar temas sensíveis com leveza, clareza e objetividade. Por utilizar diferentes abordagens por meio das dinâmicas, a participação e a interação com o público era alcançada e com isso o profissional informava e orientava os participantes. Desse modo, a sala de espera deixava de ser um espaço ocioso para ser um espaço de conhecimento e de troca de saberes onde todos participavam ativamente.

Palavras-chave: **SALA DE ESPERA; EMULT; EDUCAÇÃO E SAÚDE**

DOI: 10.51161/iv-conasus/85990

ATUAÇÃO DA PSICOLOGIA HOPSITALAR NA ENTREGA VOLUNTÁRIA

ESTER MOREIRA; GUSTAVO MOREIRA

Introdução: No contexto hospitalar a entrega voluntária faz parte da rotina, no setor da maternidade. A também chamada entrega legal é preconizada pela lei 13.509, artigo 19A. Direito que assegura a gestante, puérpera ou mãe a entregar seu filho de forma segura e sigilosa. Nesse sentido, este relato descreve a vivência de estagiária de psicologia na entrega voluntária em um hospital municipal de urgência e emergência, e atuação da psicologia diante esta decisão e no cumprimento deste direito. **Objetivo:** Este relato de experiência tem como objetivo difundir o papel da psicologia na demanda da entrega voluntária. E promover conhecimento sobre condutas humanizadas, escuta ativa, ausência de julgamentos e articulação com equipe multiprofissional. **Relato de experiência:** O estágio aconteceu entre período de 03 de março a 11 de junho de 2026. Em Hospital de urgência e emergência no município do Rio de janeiro. Nesta vivência acompanhei aproximadamente cinco atendimentos em que as puérperas, optaram pela entrega voluntária. Diante isso a psicóloga responsável pelo setor da maternidade, atua primeiramente fazendo o acolhimento e a escuta ativa da paciente que manifesta o desejo da entrega. É importante ressaltar que é necessário ter uma postura ética no atendimento, com ausência de julgamentos e mantendo cuidado de fornecer um ambiente seguro para que manifestem suas razões e expressem seus sentimentos. Em seguida a psicóloga atua para que essa decisão seja consciente, dando todo suporte emocional e orientações de como prosseguir legalmente. Por fim o trabalho segue também com a articulação com a equipe multiprofissional sobre a melhor forma de se comunicar com a paciente e principalmente junto ao serviço social, muitas vezes fazendo atendimentos em conjunto com a paciente. **Conclusão:** Em suma, a experiência denota a importância de atendimentos éticos, humanizados e no exercício de direitos reprodutivos da mulher. A entrega voluntária ainda é um estigma na sociedade, e o papel da psicologia hospitalar para além de tornar o ambiente seguro para essas mulheres, é também mediar uma boa comunicação com a equipe multiprofissional para uma comunicação com a paciente, respeitosa, livre de julgamentos e intencionadas a suporte e orientações.

Palavras-chave: **HUMANIZAÇÃO; ENTREGA - VOLUNTÁRIA; ACOLHIMENTO**

DOI: 10.51161/iv-conasus/85999

CUIDADO ODONTOLÓGICO MATERNO-INFANTIL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: um guia prático para cirurgiões-dentistas

CAYO VICTOR VIANA DINIZ; GISELE QUARIGUASI TOBIAS LIMA DA SILVA

RESUMO

INTRODUÇÃO: A organização do cuidado na Atenção Primária à Saúde (APS) no Sistema Único de Saúde (SUS) prioriza o ciclo materno-infantil devido à vulnerabilidade biológica e social desse período. Contudo, a dispersão de diretrizes oficiais em múltiplos manuais dificulta a prática clínica, gerando insegurança profissional e barreiras no acesso ao atendimento odontológico qualificado. O objetivo deste trabalho foi elaborar um guia prático, em formato de e-book, sobre o cuidado odontológico materno-infantil para cirurgiões-dentistas da APS, sistematizando recomendações baseadas em evidências para subsidiar a tomada de decisão clínica. **MATERIAIS E MÉTODOS**: Realizou-se uma revisão narrativa de literatura com abordagem qualitativa e descritiva, pautada em busca bibliográfica em bases indexadas e documental em portais do Ministério da Saúde. A seleção dos estudos ocorreu em três etapas (triagem de títulos, leitura de resumos e análise integral), resultando na sistematização de protocolos, fluxos e indicadores de saúde bucal relevantes para a prática assistencial. **RESULTADOS E DISCUSSÃO**: O produto desenvolvido foi o e-book "Guia prático: Saúde materno-infantil na APS", estruturado em 205 páginas e nove capítulos. O material abrange temas como o pré-natal odontológico, prescrição medicamentosa segura na gestação e lactação, manejo clínico em odontopediatria e principais alterações bucais, utilizando recursos visuais como infográficos e fluxogramas para consulta rápida. A discussão enfatiza que o período gestacional e os primeiros mil dias de vida são janelas críticas de oportunidade e que o uso de tecnologias educacionais qualifica a assistência ao superar mitos e organizar o conhecimento técnico de forma acessível. **CONCLUSÃO**: A elaboração do guia sistematizou recomendações para a rotina assistencial, fortalecendo a promoção da saúde e o cuidado integral, preventivo e interdisciplinar ao binômio mãe-filho no âmbito da APS como eixo estruturante do SUS.

Palavras-chave: Saúde Materno-Infantil; Políticas Públicas de Saúde; Tecnologia Educacional.

1 INTRODUÇÃO

A organização do cuidado no Sistema Único de Saúde baseia-se na Medicina Social e na Saúde Coletiva, que superam o modelo puramente biológico ao incorporar determinantes sociais, econômicos e culturais (Nunes, 1998; Souza, 2014). Orientada pelos princípios de universalidade, integralidade e equidade, a Atenção Primária à Saúde (APS) atua como eixo estruturante das Redes de Atenção à Saúde, sendo responsável pela coordenação do cuidado e acompanhamento longitudinal da população (Brasil, 1988; Paim et al., 2011; Matta; Morosini, 2009; Brasil, 2017; Giovanella, 2018; Brasil, 2018; Silva et al., 2019). Com a consolidação da Estratégia Saúde da Família e da Política Nacional de Saúde Bucal (Brasil Sorridente), a saúde

DOI: 10.51161/iv-conasus/86000

bucal tornou-se componente essencial da atenção integral, conferindo ao cirurgião-dentista um papel estratégico em ações de promoção, prevenção e reabilitação (Ministério da Saúde, 2001; Cecilio et al., 2012; Brasil, 2017; Matos et al., 2020; Brasil, 2004).

No âmbito da APS, a atenção materno-infantil é prioritária devido à intensa vulnerabilidade biológica e social desse período, no qual intervenções precoces geram reflexos positivos por toda a vida. Durante a gestação, alterações hormonais e mudanças no microbioma oral favorecem o surgimento de cáries e doenças periodontais, que podem estar associadas a desfechos obstétricos negativos, como prematuridade e baixo peso ao nascer (Herrera-Serna et al., 2024; Rocha et al., 2025; Mendes et al., 2025). Contudo, a efetivação do pré-natal odontológico ainda é dificultada por barreiras de acesso, crenças equivocadas e pela insegurança de alguns profissionais, o que compromete o cuidado integral da gestante (Codato et al., 2011; Pereira; Souza; Foratori-Junior, 2023).

Após o nascimento, os primeiros mil dias de vida representam uma janela crítica para o crescimento e a formação de hábitos que influenciarão a saúde futura (Abanto et al., 2022; Jardim, 2023). Práticas como o incentivo ao aleitamento materno, a orientação sobre alimentação saudável, a higiene bucal precoce e a prevenção de hábitos deletérios são fundamentais para reduzir agravos como a cárie na primeira infância (Brasil, 2022; Leal, 2023; Duarte et al., 2020; Fôlha et al., 2025). Para que seja eficaz, o cuidado odontológico materno-infantil deve ser desenvolvido de forma longitudinal e interdisciplinar, articulando ações educativas e assistenciais que atendam às necessidades específicas da mãe, do bebê e da criança (Brasil, 2004; Santos et al., 2021; Wagner; Reses; Boing, 2021).

Apesar dos avanços nas políticas públicas, a transposição dessas evidências para a prática clínica na APS ainda enfrenta desafios relacionados à formação e atualização técnico-científica dos profissionais (Pereira; Souza; Foratori-Junior, 2023). Além disso, a dispersão das orientações do Ministério da Saúde em múltiplos manuais dificulta a consulta rápida e a aplicação dessas recomendações na rotina assistencial (Neves; Giordani; Hugo, 2019; Dalmolin et al., 2020; Silva et al., 2021). Nesse contexto, a criação de tecnologias educacionais, como e-books, surge como uma estratégia relevante para organizar conteúdos científicos de forma acessível, sistematizando recomendações baseadas em evidências para subsidiar a tomada de decisão clínica e fortalecer a educação em saúde (Azevedo, 2012; Dalgallo; Dutra; Silveira, 2022).

Essa pesquisa teve como objetivo elaborar um guia prático sobre cuidado odontológico materno infantil para cirurgiões-dentistas da APS por meio da revisão da literatura e dos documentos oficiais sobre a Política Nacional de Saúde Bucal, destacando os trabalhos voltados ao grupo materno-infantil, as atribuições e competências do cirurgião-dentista, da sistematização dos fluxos, protocolos e indicadores de saúde bucal materno-infantil relevantes para a prática clínica, da sintetização das diretrizes, protocolos e recomendações do Ministério da Saúde voltadas ao cuidado em saúde bucal na APS, considerando também orientações específicas para população materno-infantil, e organização do conteúdo em formato de e-book, com estrutura lógica e recursos gráficos que facilitem a leitura e a fixação das informações, com vistas a contribuir para a qualificação da prática profissional.

2 MATERIAL E MÉTODOS

2.1 Tipo de estudo

Este trabalho foi desenvolvido por meio de uma revisão de literatura narrativa com abordagem qualitativa, seguida da elaboração de um e-book voltado à atuação do cirurgião-dentista na Atenção Primária à Saúde (APS) do SUS, com ênfase em condutas clínicas e preventivas recomendadas para os grupos populacionais de gestantes, puérperas e crianças na primeira infância.

Tipo de pesquisa:

a) **Natureza:** aplicada.

b) **Abordagem:** qualitativa e descritiva.

c) **Procedimento técnico:** Pesquisa bibliográfica e documental, seguida da elaboração de um material

2.2 Etapas do estudo

2.2.1 Levantamento bibliográfico

Para a busca de artigos e documentos sobre o SUS, Saúde pública, Saúde coletiva e atenção primária à saúde foram utilizadas as seguintes palavras-chave em todos os bancos de dados: "Atenção Primária à Saúde" ("Primary Health Care"), "Atenção Básica à Saúde" ("Basic Health Care"), "Sistema Único de Saúde" ("Unified Health System"), "Estratégia Saúde da Família" ("Family Health Strategy"), "Programa Saúde da Família" ("Family Health Program"), "Programa Brasil Sorridente" ("Smiling Brazil Program"), "Política Nacional de Saúde Bucal" ("National Oral Health Policy"), “Saúde coletiva” (“Collective health”), “Saúde pública” (“Public health”) e “Modelos de atenção à saúde” (“Health care models”), sem limitação de tempo de publicação e nos idiomas português, inglês e espanhol. Além disso, foi realizada uma busca manual nas referências dos artigos selecionados, em livros de odontopediatria e nos portais e canais de comunicação formais do Ministério da Saúde.

Foram incluídos na revisão artigos que abordem diretamente o Sistema Único de Saúde (SUS), a Atenção Primária à Saúde, a atuação odontológica no SUS para os grupos populacionais estudados, a Estratégia Saúde da Família, bem como estudos que, mesmo internacionais, contribuíram para a definição conceitual de temas como APS e políticas equivalentes. Também foram considerados apenas os artigos publicados em bases de dados indexadas.

Foram excluídos os estudos que estavam redigidos em idiomas diferentes do português, inglês ou espanhol, que não tratem do tema da pesquisa, que abordam sistemas de saúde estrangeiros sem relação direta com o SUS, bem como duplicatas identificadas entre as bases consultadas.

A seleção dos estudos foi realizada em três etapas: a primeira consistiu na leitura dos títulos para triagem inicial; a segunda envolveu a leitura dos resumos dos textos selecionados; e a terceira etapa correspondeu à leitura integral dos artigos elegíveis. Após essa leitura completa, foi realizado o fichamento dos textos selecionados, com o objetivo de organizar as informações relevantes para a análise e discussão.

2.2.2 Elaboração do guia prático para Cirurgiões-Dentistas da APS do SUS

Com base nos dados obtidos na revisão de literatura, foi elaborado um e-book com linguagem acessível, ilustrações e recursos interativos, com o objetivo de sintetizar as condutas clínicas e preventivas mais relevantes que o cirurgião-dentista deve adotar no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS).

O conteúdo foi organizado por público-alvo, contemplando gestantes, puérperas e crianças na primeira infância, em conformidade com as recomendações do Ministério da Saúde e com as evidências científicas mais atualizadas.

A edição e diagramação do e-book foram realizadas por meio da plataforma Canva, e sua publicação será feita pela Editora EDUFMA, estando o material disponível gratuitamente para download em formato digital.

2.2.3 Validação

Revisão por cirurgiões-dentistas atuantes na APS para ajustes finais

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A construção do guia evidenciou que as recomendações sobre o cuidado odontológico materno-infantil na Atenção Primária à Saúde (APS) encontram-se dispersas em diferentes documentos oficiais e publicações científicas, dificultando sua utilização durante a prática clínica. Embora o Ministério da Saúde disponha de diretrizes para o pré-natal, puerpério e atenção à saúde da criança (Brasil, 2017; Brasil, 2022), a organização dessas informações em um único material responde à necessidade de instrumentos que favoreçam a consulta rápida e apoiem a tomada de decisão do cirurgião-dentista na rotina dos serviços, conforme discutido por Neves, Giordani e Hugo (2019) e Dalmolin et al. (2020) e Godoi et al. (2025).

As evidências reunidas reforçam a relevância do cuidado odontológico desde a gestação até a primeira infância. Duarte et al. (2020) e Vamos et al. (2022) destacam que a gestação representa um período oportuno para intervenções educativas capazes de promover mudanças de comportamento e favorecer hábitos saudáveis para toda a família. De forma complementar, Hartwig et al. (2022) e Fôlha et al. (2025) demonstram que a saúde bucal materna influencia diretamente a saúde da criança, reforçando a necessidade da inserção efetiva do cirurgião-dentista nas equipes de Atenção Primária.

Outro aspecto evidenciado durante a elaboração do guia refere-se às barreiras ainda existentes para o acesso ao pré-natal odontológico. Estudos apontam que mitos, insegurança dos profissionais e baixo letramento em saúde ainda limitam a assistência às gestantes (Herrera-Serna et al., 2024; Lugato, Souza e Flório, 2024; Godoi et al. 2025). Em contrapartida, Pereira et al. (2021) e Manautou e Mayberry (2023) demonstraram que procedimentos clínicos, como anestesia local, exames radiográficos e intervenções cirúrgicas quando indicadas, apresentam segurança durante a gestação, enquanto Galvan et al. (2021) evidenciam que o encaminhamento realizado por outros profissionais da equipe multiprofissional amplia a adesão das gestantes ao atendimento odontológico.

Na primeira infância, as evidências reforçam os primeiros mil dias de vida como uma janela crítica para a promoção da saúde e prevenção da cárie precoce na infância (Brasil, 2022; Jardim, 2023). Os achados da Coorte BRISA demonstram que fatores maternos, como consumo de açúcar, obesidade, cárie e doença periodontal, exercem influência intergeracional sobre a saúde bucal da criança, evidenciando a importância das intervenções ainda durante a gestação (Araújo et al., 2024). Da mesma forma, Majid (2024) reforça que fatores socioeconômicos e comportamentais maternos repercutem diretamente na saúde bucal infantil. Nesse contexto, Garrocho-Rangel et al. (2023) defendem o diagnóstico precoce e abordagens minimamente invasivas como estratégias prioritárias para preservação da estrutura dentária, enquanto Rubim et al. (2023) ressaltam que o envolvimento dos pais e cuidadores é determinante para a consolidação de hábitos de higiene bucal e alimentação saudável.

Como resultado deste trabalho, foi desenvolvido o e-book "Guia Prático: Cuidado Odontológico Materno-Infantil na Atenção Primária à Saúde", estruturado em duas unidades temáticas — gestação/puerpério e primeira infância — distribuídas em capítulos que contemplam ações educativas, atendimento clínico, diagnóstico, prescrição medicamentosa, manejo das principais condições bucais, fluxogramas assistenciais e orientações para o referenciamento no SUS. O material utiliza linguagem técnico-científica acessível, associada a quadros, tabelas, algoritmos e ilustrações, organizados para facilitar a consulta durante o atendimento clínico e o planejamento das ações individuais e coletivas.

Embora o produto resulte de uma revisão narrativa da literatura e demande atualizações periódicas para incorporar novas evidências científicas e normativas, sua principal contribuição consiste na tradução e sistematização do conhecimento científico em uma tecnologia educacional aplicável à prática clínica. Dessa forma, o guia favorece a padronização das

condutas, fortalece a educação permanente dos profissionais, qualifica a assistência odontológica materno-infantil e contribui para a organização da linha de cuidado na Atenção Primária à Saúde, em consonância com os princípios da integralidade, longitudinalidade e coordenação do cuidado preconizados pelo Sistema Único de Saúde.

4 CONCLUSÃO

A elaboração do Guia Prático: Cuidado Odontológico Materno-Infantil na Atenção Primária à Saúde possibilitou reunir e sistematizar evidências científicas e recomendações oficiais em um único material de consulta rápida, contribuindo para a qualificação da prática clínica do cirurgião-dentista na APS. Como tecnologia educacional, o e-book favorece a organização do cuidado durante a gestação, puerpério e primeira infância, apoiando ações de promoção da saúde, prevenção, diagnóstico e tratamento baseadas em evidências. Espera-se que sua utilização fortaleça a educação permanente dos profissionais, contribua para a padronização das condutas clínicas e auxilie na implementação da linha de cuidado materno-infantil, em consonância com os princípios da integralidade, longitudinalidade e coordenação do cuidado no Sistema Único de Saúde.

REFERÊNCIAS

ABANTO, Jenny et al. Impact of the first thousand days of life on dental caries through the life course: a transdisciplinary approach. **Brazilian Oral Research**, v. 36, e113, 2022.

ARAÚJO, S. M. P.; NASCIMENTO, G. G.; LADEIRA, L. L. C.; ALVES-COSTA, S.; SARAIVA, M. C.; ALVES, C. M. C.; THOMAZ, E. B. A. F.; RIBEIRO, C. C. C. Chronic oral disease burden at the first 1000 days: Intergenerational risk factors, BRISA cohort. **Oral Diseases**, v. 30, n. 8, p. 5388-5396, 2024. DOI: 10.1111/odi.15010

AZEVEDO, Luís Manuel Durão. **Ebook vs. Livro tradicional como ferramenta educativa**. 2012. Dissertação (Mestrado em Tecnologias Gráficas) — Instituto Superior de Educação e Ciências, Lisboa, 2012.

BRASIL. **Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de Saúde Bucal da Gestante**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica.** Diário Oficial da União, Brasília, DF, 22 set. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Saúde da Família**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001. 36 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **A saúde bucal no Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 350 p.

CECILIO, Luiz Carlos De Oliveira et al. A Atenção Básica à Saúde e a construção das redes temáticas de saúde: qual pode ser o seu papel? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 11, p. 2893–2902, nov. 2012.

CODATO, Lucimara Aparecida Biasi; NAKAMA, Luiza; CORDONI JÚNIOR, Luiz; HIGASI, Milene Sayuri. Atenção odontológica à gestante: papel dos profissionais de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 4, p. 2297–2301, 2011.

DALGALLO, Lidia; DUTRA, Alessandra; SILVEIRA, Rosemari Monteiro Castilho Foggiatto. Construção de e-book como ferramenta de ensino-aprendizagem no curso superior de enfermagem. **Educação On-Line**, v. 17, n. 40, p. 142–160, 2022.

DALMOLIN, A. et al. Educação permanente em saúde: desafios para a organização do trabalho na atenção primária. **Saúde em Debate**, v. 44, n. 126, p. 123–136, 2020.

DUARTE, Simone de Melo Costa et al. Promoção da saúde bucal no contexto maternoinfantil: revisão integrativa. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 9, 2020.

FÔLHA, Clarissa Nachtigall et al. Maternal oral health behaviors and status during pregnancy and child oral health: a study from a Brazilian birth Cohort. **Journal of Dentistry**, 2025.
GALVAN, Jessica et al. Factors related to orientation of search for dental care in high risk pregnancy. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 7, 2021.
GARROCHO-RANGEL, Arturo et al. Clinical interventions for caries management through minimal intervention procedures in young children: an updated evidence-based review. **Journal of Clinical Pediatric Dentistry**, v. 47, n. 6, p. 1–10, 2023.
GIOVANELLA, Lígia. Atenção básica ou atenção primária à saúde? **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 8, 20 ago. 2018.
GODOI, A. P. N. et al. Prevalence and factors associated with the presence of oral infections in pregnant women in a medium-sized municipality in Brazil. **Brazilian Journal of Medical and Biological Research**, v. 58, 2025.
HARTWIG, Andréia Drawanz et al. Are maternal factors predictors of a child's first dental visit? A birth cohort study in Brazil. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, v. 50, n. 6, p. 548-555, 2022.
HERRERA-SERNA, Brenda Yuliana et al. Asociación de parto prematuro y enfermedad periodontal en Bolivia, Chile y Colombia. **Revista Facultad Nacional de Salud Pública**, v. 42, n. 1, 2024.
JARDIM, Patrik Félix et al. Grupo "Bebê a Bordo": oportunidade para a promoção à saúde bucal da gestante na Atenção Primária em Contagem-MG. **Revista do CROMG**, v. 22, supl. 3, 2023.
LEAL, Tamine Habib Silva Câmara. **Percepções das gestantes sobre as estratégias de educação em saúde em grupos operativos na Atenção Primária à Saúde**. ProFSAUDE – ABRASCO, 2023.
LUGATO, Vinícius da Penha Moreira; FLÓRIO, Flávia Martão; SOUZA, Luciane Zanin de. Avaliar a percepção em saúde bucal de gestantes de alto risco e fatores associados**. Research, Society and Development**, v. 13, n. 2, 2024.
MAJID, O. W. How do maternal socioeconomic and behavioral patterns affect oral health in early childhood? **Evidence-Based Dentistry,** v. 25, p. 148-149, 2024. DOI: 10.1038/s41432-024-01041-3
MANAUTOU, Maria A.; MAYBERRY, Moriah E. Local anesthetics and pregnancy: a review of the evidence and why dentists should feel safe to treat pregnant people. **Journal of Evidence-Based Dental Practice**, v. 23, n. 2, 2023.
MATOS, Emmanoel Matheus De Oliveira et al. A importância da atuação do Cirurgião-Dentista na Atenção Básica no Sistema Único de Saúde (SUS): uma revisão bibliográfica. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 3, n. 3, p. 4383–4395, 2020.
MATTA, Gustavo Corrêa; MOROSINI, Márcia Valéria Guimarães. **Atenção primária à saúde**. In: Dicionário da educação profissional em saúde. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2009.
MENDES, Letícia et al. Dental Caries and its Relationship with Oral Health Literacy among Pregnant Women: A Cross-Sectional Study. **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada**, v. 26, 2025.
NEVES, Matheus; GIORDANI, Jessye Melgarejo Do Amaral; HUGO, Fernando Neves. Atenção primária à saúde bucal no Brasil: processo de trabalho das equipes de saúde bucal. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 5, p. 1809–1820, 2019.
NUNES, Everardo Duarte. Saúde Coletiva: história e paradigmas. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 2, n. 3, p. 107-116, 1998.
PAIM, J et al. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. **The Lancet**, v. 377, n. 9779, p. 1778–1797, 2011.
PEREIRA, Priscilla Ramos et al. Pré-natal odontológico: bases científicas para o tratamento odontológico durante a gravidez. **Archives of Health Investigation**, v. 10, n. 8, p. 1292–1298, 2021.
PEREIRA, Priscilla Ramos; SOUZA, Juliana Moura Storniolo De; FORATORI-JUNIOR, Gerson Aparecido. Knowledge, attitudes and practices of undergraduate students and dentists about dental prenatal care. **European Journal of Dental Education**, v. 27, n. 1, p. 36–45, 2023.
ROCHA, Amanda Cristina et al. Consumption of cariogenic ultra-processed foods and maternal report of dental caries and dental pain among preschool children. **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada**, v. 25, 2025.
RUBIM, Ana Paula da Silva et al. The first 1000 days of life and oral health: an integrative review. **Research, Society and Development**, v. 12, n. 7, 2023.

SANTOS, Geisielle Rodrigues dos et al. Adesão das gestantes às ações de educação em saúde bucal no município de Montes Claros, MG. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 11, 2021.
SILVA, Aurélio Carlos Silva da et al. A Atenção Primária sob a ótica dos usuários do Sistema Único de Saúde: uma revisão bibliográfica**. Revista Sustinere**, v. 7, n. 1, p. 46–72, 2019.
SILVA, R. M. et al. Barreiras para utilização de protocolos clínicos e diretrizes na Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, supl. 2, p. 4957–4968, 2021.
SOUZA, Luis Eugenio Portela Fernandes de. Saúde pública ou saúde coletiva?. **Revista Espaço para a Saúde**, v. 15, n. 4, p. 7-21, 2014.
VAMOS, Cynthia A. et al. Oral-systemic health during pregnancy: exploring prenatal and oral health providers' information, motivation and behavioral skills. **Maternal and Child Health Journal**, v. 26, p. 1220-1230, 2022.
WAGNER, Katia Jakovljevic Pudla; RESES, Manoela de Leon Nobrega; BOING, Antonio Fernando. Prevalência de consulta odontológica e fatores associados à sua realização durante o pré-natal: estudo transversal. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 30, n. 4, 2021.

ENVELHECIMENTO POPULACIONAL E CÂNCER NO SUS: DESAFIOS PARA A COORDENAÇÃO DO CUIDADO E A NAVEGAÇÃO DE PACIENTES

SHERON TANNARA VARGAS; NATÁLIA MARMITT; AGNES PERUZZO INNOCENTE; DANIELE GIROLETI TAVEIRA; HAYANE CRISTINA DUARTE GONÇALVES; ANA PAULA ISRAEL

Introdução: O envelhecimento da população brasileira está diretamente relacionado ao aumento da incidência de doenças crônicas, especialmente do câncer, ampliando a demanda por serviços especializados que garantam a coordenação do cuidado no Sistema Único de Saúde (SUS). A navegação de pacientes oncológicos tem sido uma estratégia reconhecida por ser uma abordagem capaz de reduzir barreiras de acesso, promover a adesão ao tratamento e melhorar a experiência do paciente. Entretanto, sua implementação na rede pública brasileira ainda ocorre de forma desigual, com limitações estruturais e organizacionais.
Objetivo: Identificar os principais desafios da coordenação do cuidado de pacientes oncológicos frente ao envelhecimento populacional, discutindo o potencial da navegação de pacientes como estratégia de fortalecimento da assistência no SUS. **Metodologia:** Revisão rápida da literatura, conduzida em bases de dados nacionais e internacionais, incluindo estudos publicados nos últimos cinco anos sobre envelhecimento, câncer, navegação de pacientes, coordenação do cuidado e SUS. A seleção dos estudos será realizada conforme critérios de elegibilidade previamente definidos, seguida de síntese narrativa das evidências.
Resultados: As evidências apontam como principais desafios a fragmentação da rede assistencial, dificuldades de acesso ao diagnóstico e ao tratamento, insuficiência de integração entre os níveis de atenção, escassez de profissionais capacitados, desigualdades regionais e o perfil clínico decorrente do envelhecimento e das multimorbidades. A navegação de pacientes apresenta potencial para reduzir essas barreiras, favorecer a articulação entre os serviços e promover maior continuidade do cuidado. **Conclusão:** O fortalecimento da coordenação do cuidado oncológico é essencial para responder às demandas impostas pelo envelhecimento populacional. A implementação de programas estruturados de navegação no SUS representa uma estratégia promissora para qualificar a assistência, reduzir desigualdades de acesso e contribuir para melhores desfechos clínicos e organizacionais.

Palavras-chave: **NAVEGAÇÃO DE PACIENTES; ENVELHECIMENTO POPULACIONAL; SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

DOI: 10.51161/iv-conasus/86001

CONHECENDO SETORES PRIMORDIAIS DE UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO ÂMBITO DO PET-SAÚDE DIGITAL: RELATO DE EXPERIÊNCIA

LEONARDO MIELI BORGES FERREIRA; IGOR BRUNO RIBEIRO DAS CHAGAS; ELKA VICTÓRIA MERCADO DA COSTA; NATASHA TAVARES SILVEIRA; JOSÉ ESTEVÃO MARQUES ROCHA; ADRIANA TAVARES HANG; LUCAS MARQUES DA CUNHA

Introdução: Atenção Primária à Saúde (APS) é porta de entrada e ordenadora da rede de atenção no Sistema Único de Saúde (SUS). Atualmente, Tecnologias da Informação e Comunicação (TICs) configuram-se pilares estratégicos para a qualificação do cuidado. Na APS, o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), em Saúde Digital, atua integrando ensino-serviço-comunidade, preparando futuros profissionais para desafios do cuidado integral em saúde. **Objetivo**: Relatar a experiência de acadêmicos de medicina sobre o funcionamento da farmácia e sala de vacinas de uma Unidade de Saúde da Família (USF) em uma capital no Norte do Brasil. **Relato de experiência**: Trata-se da experiência de acadêmicos de medicina vinculados ao PET-Saúde Digital em USF de Porto Velho/Rondônia, em abril de 2026. A tarefa foi conhecer setores da USF e propor ações educativas sobre tecnologias em saúde para profissionais e população, visando melhoria do serviço. A farmácia é um setor fundamental da USF, responsável pelo acesso da população aos medicamentos disponibilizados pelo SUS, assegurando que os medicamentos sejam selecionados, adquiridos, armazenados, distribuídos e utilizados de forma adequada e segura pela população. Não se limitando à entrega de medicamentos, mas, participando do cuidado ao usuário e da organização do tratamento das doenças mais comuns na comunidade. Contudo, observou-se que não havia um controle informatizado dos medicamentos disponíveis ou das saídas destes. A sala de vacinação, por sua vez, possibilitou compreender a logística da rede de frio e o rigor necessário na alimentação dos sistemas de imunização (SI-PNI). Evidenciou-se que o pleno funcionamento da USF depende de uma infraestrutura tecnológica estável e de profissionais capacitados para operar os softwares de gestão em saúde, demandas diretamente alinhadas aos objetivos do PET-Saúde Digital. A integração com a equipe de saúde nos permitiu uma visão ampliada sobre como a saúde digital deve ser implementada, de forma equitativa. **Conclusão:** o PET-Saúde Digital é uma ferramenta valiosa na formação médica. A vivência permitiu correlacionar o conhecimento prático de uma USF com a verificação do letramento digital de profissionais e comunidade. Compreendeu-se que informatizar o SUS exige, primordialmente, conhecer a realidade tecnológica dos usuários e profissionais que estão no território.

Palavras-chave: **ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE; SAÚDE PÚBLICA DIGITAL; ESTRATÉGIAS NACIONAIS DE SAÚDE**

DOI: 10.51161/iv-conasus/86003

LINHA DE CUIDADO INTEGRAL PARA A SAÚDE DA POPULAÇÃO INDÍGENA EM CONTEXTO URBANO: ARTICULAÇÃO ENTRE TERRITÓRIO, ATENÇÃO ESPECIALIZADA E SERVIÇOS DE ALTA COMPLEXIDADE EM GUARULHOS

BEATRIZ DO PRADO OLIVEIRA; DANIELA VIANA DE SOUZA; HIGOR BARRERA CAMACHO OLIVEIRA; JOÃO TEÓFILO DA SILVA; CARLA RAFAELA DONEGÁ

RESUMO

A organização da atenção aos povos indígenas em contexto urbano representa um desafio para o Sistema Único de Saúde, uma vez que as políticas específicas foram estruturadas unicamente para populações residentes em Terras Indígenas oficialmente reconhecidas. Nesse cenário, o município de Guarulhos (SP), que abriga a segunda maior população indígena do estado de São Paulo, implementou, em 2023, a Linha de Cuidado Integral para a Saúde da População Indígena com o objetivo de qualificar o acesso, promover a atenção diferenciada e fortalecer a coordenação do cuidado. Este estudo teve como objetivo relatar a experiência de consolidação dessa Linha de Cuidado, destacando a articulação entre a aldeia multiétnica Filhos Desta Terra (Guarulhos-SP), o Centro de Especialidades Médicas de Guarulhos (CEMEG São João) e o Ambulatório de Saúde dos Povos Indígenas da Universidade Federal de São Paulo (ASPIN-UNIFESP). Trata-se de um relato de experiência fundamentado na descrição da organização da rede assistencial, em documentos institucionais e em dados produzidos pelos serviços envolvidos. A experiência evidenciou o fortalecimento da coordenação entre os diferentes níveis assistenciais por meio da definição de fluxos, matriciamento, discussão compartilhada de casos, construção de projetos terapêuticos singulares e valorização da interculturalidade. Foram identificados 73 moradores pertencentes a dez povos indígenas na aldeia multiétnica Filhos Desta Terra. Entre outubro de 2023 e julho de 2026, o Núcleo de Atenção à Saúde Indígena do CEMEG São João acompanhou 476 pacientes indígenas, enquanto, no ASPIN-UNIFESP, 62 pacientes procedentes de Guarulhos realizaram um total de 377 consultas entre 2020 e 2026. Persistem desafios relacionados ao fortalecimento da Atenção Primária, à ampliação da equipe assistencial, à implantação da Unidade Básica de Saúde indígena (UBSI) e ao enfrentamento das barreiras estruturais de acesso. Conclui-se que a experiência demonstra o potencial da integração entre assistência, ensino, gestão e comunidade para promover um modelo de cuidado integral, culturalmente sensível e passível de adaptação a outros municípios com população indígena em contexto urbano.

Palavras-chave: atenção diferenciada; interculturalidade; coordenação do cuidado.

1 INTRODUÇÃO

A saúde dos povos indígenas no Brasil é influenciada por determinantes sociais, históricos, culturais e territoriais que extrapolam aqueles vivenciados pela população em geral. Aspectos como os processos de colonização, os conflitos com a sociedade não indígena, as disputas territoriais, os interesses políticos e econômicos, bem como as diferentes formas de organização social, espiritualidade e relação com a terra exercem influência direta sobre o processo saúde-doença dessas populações (Rodrigues; Mendonça, s.d.).

DOI: 10.51161/iv-conasus/86004

Como resposta às demandas históricas do movimento indígena, a Constituição Federal de 1988 reconheceu os direitos originários desses povos e assegurou o respeito às suas organizações sociais, línguas, crenças, tradições e formas próprias de viver, garantindo também o direito à saúde (Mendonça, s.d.; Rodrigues et al., 2013). No campo da saúde, esse processo culminou na promulgação da Lei nº 9.836/1999 (Lei Arouca), que instituiu o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo um modelo de atenção diferenciado fundamentado no respeito às especificidades socioculturais e na articulação entre saberes tradicionais e biomedicina (Brasil, 2009; FUNASA, 2002; Rodrigues; Mendonça, s.d.). Posteriormente, a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) organizou esse subsistema por meio dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), consolidando a atenção diferenciada como princípio estruturante da assistência (FUNASA, 2002; Brasil, 2002; Rodrigues et al., 2013). Apesar desse importante avanço, persistem desafios relacionados à efetivação da atenção diferenciada e à organização da rede assistencial, especialmente para indígenas residentes fora de Terras Indígenas oficialmente reconhecidas (Donegá, 2024).

Essa realidade torna-se particularmente relevante diante dos dados do Censo Demográfico de 2022, que identificou 1.693.535 pessoas indígenas no Brasil, das quais 53,97% residem fora de Terras Indígenas (IBGE, 2023). No estado de São Paulo, foram contabilizadas 55.295 pessoas indígenas, sendo 92,44% residentes fora desses territórios. Nesse contexto, Guarulhos destaca-se por concentrar a segunda maior população indígena do estado, com 1.649 pessoas autodeclaradas indígenas, embora não possua Terras Indígenas oficialmente demarcadas (IBGE, 2023). Esse cenário evidencia a necessidade de reorganização das Redes de Atenção à Saúde para contemplar as especificidades dos povos indígenas em contexto urbano, historicamente pouco contemplados pelas políticas públicas voltadas à saúde indígena (Donegá, 2024; Thomazinho, 2024).

Com base nesse diagnóstico, foi construída de forma participativa a Linha de Cuidado Integral para a Saúde da População Indígena de Guarulhos, envolvendo gestores, profissionais da rede municipal, programas de residência, representantes do Projeto Xingu, programa de extensão da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) e lideranças indígenas. Implementada em 2023, essa estratégia estruturou fluxos assistenciais entre os diferentes níveis de atenção, definiu responsabilidades das equipes, fortaleceu os processos de referência e contrarreferência, qualificou a identificação da população indígena nos serviços e incorporou ações de educação permanente voltadas à saúde indígena (Donegá, 2024).

Diante desse contexto, este estudo tem como objetivo relatar a experiência de consolidação da Linha de Cuidado Integral para a Saúde da População Indígena de Guarulhos após sua implementação, discutindo seus avanços, desafios e potencialidades, com ênfase na articulação entre a aldeia multiétnica Filhos Desta Terra, o CEMEG São João e o ASPIN-UNIFESP na construção de um modelo de atenção integral, coordenado e culturalmente sensível aos povos indígenas em contexto urbano.

2 RELATO DE EXPERIÊNCIA

A Linha de Cuidado Integral para a Saúde da População Indígena do município de Guarulhos foi construída em 2023 de forma participativa, envolvendo gestores, profissionais da Secretaria Municipal de Saúde, residentes, representantes do Projeto Xingu/Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) e lideranças indígenas. Seu objetivo foi organizar a Rede de Atenção à Saúde para responder às necessidades da população indígena residente em contexto urbano, definindo fluxos assistenciais, responsabilidades entre os diferentes pontos da rede e estratégias de coordenação do cuidado (Donegá, 2024).

DOI: 10.51161/iv-conasus/86004

A organização dessa rede passou a integrar três eixos principais: a Atenção Primária à Saúde (APS), responsável pelo acompanhamento longitudinal e pela coordenação do cuidado; o CEMEG São João, referência municipal para atenção especializada; e o ASPIN-UNIFESP, responsável pelo apoio matricial e pelo acesso à atenção terciária quando necessário (Donegá, 2024).

Entre os territórios acompanhados destaca-se a aldeia multiétnica Filhos Desta Terra, primeira Reserva de Desenvolvimento Sustentável do município de Guarulhos (CIMI, 2026). Segundo levantamento realizado pela equipe, a aldeia possui 73 moradores pertencentes a dez povos indígenas: Wassu Cocal (18), Kaimbé (17), Pankararu (14), Pankararé (6), Tupi-Gavião (5), Tapuia (3), Xucuru de Ororubá (2), Guajajara (2), Timbira (1) e Tupi (1), além de quatro pessoas não indígenas agregadas à comunidade. Observa-se predomínio de população jovem, sendo que, entre os 61 indivíduos com data de nascimento registrada, 41 apresentam menos de 40 anos e apenas um possui 60 anos ou mais. Entre as principais condições acompanhadas destacam-se hipertensão arterial sistêmica (11 pessoas), tabagismo (10), acompanhamento de métodos contraceptivos (11) e diabetes mellitus (1). Em 2025, a Aldeia tornou-se oficialmente a primeira Reserva de Desenvolvimento Sustentável (RDS) de Guarulhos, fortalecendo sua proteção territorial e possibilitando a destinação de recursos para implantação de uma futura UBSI, embora o território permaneça sem demarcação federal (CIMI, 2026; Ministério Público Federal, 2025).

A equipe responsável pelo território é composta por médica de família e comunidade, agente indígena de saúde, técnica de enfermagem indígena e residentes e estagiários de diferentes áreas. Entretanto, persistem limitações importantes, como a inexistência de enfermeiro em caráter permanente e a ausência de estrutura física adequada para funcionamento de uma Unidade Básica de Saúde (UBS), fazendo com que os atendimentos ocorram na oca comunitária ou nos domicílios, sendo os procedimentos que exigem infraestrutura específica realizados na UBS Cabuçu. Além dos atendimentos individuais, desenvolvem-se ações coletivas fundamentadas na interculturalidade (Mendonça, 2009), valorizando práticas tradicionais de cuidado, como benzimentos, defumações, Toré, uso de rapé, jurema, ayahuasca e plantas medicinais, em diálogo com a biomedicina (Donegá, 2024).

No âmbito da atenção especializada, foi implantado no CEMEG São João o Núcleo de Atenção à Saúde Indígena, composto por equipe multiprofissional com atuação voltada à assistência clínica, matriciamento das equipes da APS, discussão compartilhada de casos e articulação com os demais pontos da rede. Segundo dados levantados pela equipe, entre outubro de 2023 e julho de 2026 foram acompanhados 476 pacientes indígenas, totalizando 1.243 registros de condições de saúde. Predominaram as condições cardiometabólicas (294 registros), seguidas por saúde mental e uso de substâncias (138), saúde da mulher e planejamento reprodutivo (135), condições musculoesqueléticas (133), consultas preventivas (104), condições respiratórias (78), gastrointestinais (70), dermatológicas (49), doenças infecciosas (49), cardiovasculares (48), neurológicas (36), saúde ocular (34), saúde da criança (23), outras condições clínicas (20), neoplasias (9), condições hematológicas (8), saúde do homem (6), condições auditivas (5) e renais (4). Como um mesmo paciente pode apresentar múltiplas condições clínicas, a soma dos registros supera o número de indivíduos acompanhados. O serviço realiza consultas programadas e acolhe demandas espontâneas, mantendo matriciamento permanente com a APS e encaminhando usuários ao ASPIN-UNIFESP ou à rede terciária quando necessário (Donegá, 2024).

O ASPIN-UNIFESP complementa essa rede ao oferecer atenção especializada e acesso aos serviços do Hospital São Paulo para casos que demandam maior complexidade ou recursos indisponíveis na rede municipal. Desenvolve simultaneamente atividades assistenciais, de ensino, pesquisa e educação permanente (Pereira et al., 2014; Projeto Xingu, s.d.). Além da assistência clínica, o serviço realiza telemedicina, acompanhamento hospitalar, elaboração de

Projetos Terapêuticos Singulares e adequações culturais durante internações, incluindo mediação com equipes hospitalares, presença de intérpretes, apoio às práticas espirituais e articulação com pajés e acompanhantes quando necessário (Pereira et al., 2014). Segundo dados levantados pela equipe, entre 2020 e 2026 foram acompanhados 62 pacientes procedentes de Guarulhos, totalizando 377 consultas. O maior volume de atendimentos ocorreu em 2023 (83 consultas/25 pacientes), seguido de 2022 (78 consultas/32 pacientes). Em 2020 e 2021 foram realizadas 57 e 56 consultas, respectivamente, envolvendo 19 e 18 pacientes; em 2024, registraram-se 53 consultas entre 18 pacientes; e, em 2025 e 2026, 32 e 18 consultas, correspondentes a 14 e 11 pacientes, respectivamente. Ressalta-se que os dados de 2026 são parciais, pois o ano ainda está em andamento.

Na prática, os usuários indígenas iniciam seu acompanhamento na aldeia multiétnica junto com a equipe de saúde indígena ou na UBS referência ao seu território. Quando necessário, são encaminhados ao CEMEG São João para avaliação especializada. Situações que demandem recursos terapêuticos indisponíveis na rede municipal, apresentem tempo de espera incompatível com a condição clínica ou envolvam necessidades relacionadas às especificidades socioculturais são referenciadas ao ASPIN-UNIFESP, que coordena o acesso às especialidades hospitalares e mantém comunicação contínua com os serviços de origem. A articulação entre APS, CEMEG São João e ASPIN-UNIFESP ocorre por meio de matriciamento, discussão compartilhada de casos, comunicação direta entre profissionais, construção de Projetos Terapêuticos Singulares e participação das lideranças indígenas sempre que necessário (Donegá, 2024). Esse fluxo permite que usuários indígenas em contexto urbano e residentes da Aldeia Multiétnica tenham acesso coordenado aos diferentes níveis da Rede de Atenção à Saúde, integrando necessidades biomédicas, sociais e culturais e fortalecendo a continuidade do cuidado.

3 DISCUSSÃO

A implementação da Linha de Cuidado permitiu organizar uma rede assistencial previamente fragmentada (Donegá, 2024), articulando 4 Unidades Básicas de Saúde de referência, o CEMEG São João e o ASPIN-UNIFESP. Durante o período analisado, o CEMEG São João acompanhou 476 pacientes indígenas e registrou 1.243 condições clínicas, enquanto o ASPIN-UNIFESP realizou 377 consultas para 62 pacientes provenientes de Guarulhos. Esses resultados sugerem ampliação do acesso aos serviços especializados e fortalecimento da coordenação do cuidado para uma população historicamente invisibilizada pelas políticas públicas voltadas aos povos indígenas em contexto urbano (Brasil, 2002; Thomazinho, 2024).

O perfil epidemiológico observado evidencia predomínio das condições crônicas não transmissíveis, especialmente doenças cardiometabólicas, além de importante carga de sofrimento psíquico e demandas relacionadas à saúde da mulher. Esses achados aproximam-se do processo de transição epidemiológica observado entre povos indígenas em diferentes regiões do país, caracterizado pela coexistência de doenças infecciosas, representadas principalmente pelos atendimentos de sintomas respiratórios e gastrointestinais, e crescimento das doenças crônicas, associado às transformações dos modos de vida e às desigualdades sociais (Rodrigues et al., 2013).

A experiência de Guarulhos evidencia que a atenção diferenciada vai além da existência de fluxos específicos para a população indígena, exigindo a incorporação das dimensões socioculturais ao longo de todo o percurso assistencial (Brasil, 2002; Mendonça, 2009). Na Linha de Cuidado, esse princípio foi operacionalizado por meio do reconhecimento da identidade indígena nos diferentes pontos da rede, da construção compartilhada do cuidado com lideranças comunitárias, da participação da Agente Indígena de Saúde, da valorização das

práticas tradicionais e da flexibilização dos fluxos assistenciais, respeitando as especificidades culturais de cada povo (Donegá, 2024).

Nesse contexto, a competência para atuação em contextos interculturais mostrou-se elemento essencial para qualificar a assistência. A articulação concreta entre a aldeia multiétnica Filhos Desta Terra, o CEMEG São João e o ASPIN-UNIFESP parece ter favorecido o diálogo entre diferentes saberes, ampliando a capacidade dos profissionais para compreender os determinantes sociais, históricos e culturais envolvidos no processo saúde-doença (Donegá, 2024; Mendonça, 2009).

Outro aspecto relevante foi a integração entre assistência, ensino e gestão. A inserção de estudantes de graduação, residentes de Medicina de Família e Comunidade, residentes da Saúde dos Povos Indígenas e o Projeto Xingu transformou a Linha de Cuidado em importante cenário de formação profissional. Associada às atividades de educação permanente, à discussão sistemática de casos e ao matriciamento entre os serviços, essa integração parece ter contribuído para o desenvolvimento da competência cultural das equipes, fortalecendo práticas assistenciais mais integrais, interculturais e sensíveis às necessidades da população indígena urbana (Brasil, 2004; Diehl; Pellegrini, 2014; Donegá, 2024; Mendonça, 2009).

Apesar dos avanços observados, a experiência evidencia desafios importantes para a consolidação da Linha de Cuidado. A invisibilidade da identidade indígena nos sistemas de informação, uma das muitas faces do racismo estrutural e institucional no tocante aos povos indígenas, permanece como importante barreira ao acesso e à continuidade do cuidado, contribuindo para a subnotificação, o planejamento inadequado das ações e dificuldades na efetivação das políticas públicas destinadas a essa população (Donegá, 2024; Thomazinho, 2024). Na experiência dos serviços, os profissionais observaram relatos recorrentes de discriminação, incompreensão cultural e baixa resolutividade na Atenção Primária, fatores que influenciam seus itinerários terapêuticos e favorecem a busca direta por serviços especializados, como o CEMEG São João e o ASPIN-UNIFESP.

Também persistem limitações estruturais, destacando-se a inexistência de uma UBSI no território da aldeia multiétnica Filhos Desta Terra, apesar da existência de emenda parlamentar destinada à sua implantação (Ministério Público Federal, 2025). Somam-se a esse cenário a insuficiência de recursos humanos, evidenciado pela equipe reduzida e ausência de enfermeiro contratado de forma permanente, além da cobertura limitada da Agente Indígena de Saúde, atualmente restrita ao território da aldeia. Esses aspectos dificultam a ampliação do acesso e reforçam a necessidade de fortalecimento da Atenção Primária como coordenadora do cuidado (Starfield, 2002).

4 CONCLUSÃO

A experiência de consolidação da Linha de Cuidado Integral para a Saúde da População Indígena de Guarulhos demonstra que a articulação entre a Atenção Primária à Saúde, o CEMEG São João, o ASPIN-UNIFESP e a aldeia multiétnica Filhos Desta Terra constitui uma estratégia viável para qualificar a atenção aos povos indígenas em contexto urbano. A organização de fluxos assistenciais, o matriciamento entre os serviços, a integração entre assistência, ensino e gestão e a valorização da interculturalidade parecem favorecer a coordenação do cuidado, ampliar o acesso à atenção especializada e fortalecer a atenção diferenciada, em consonância com os princípios da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (Brasil, 2002; Brasil, 2004; Diehl; Pellegrini, 2014; Mendonça, 2009).

Entretanto, a experiência também evidenciou limitações importantes para a consolidação desse modelo, como a fragilidade da Atenção Primária na coordenação do cuidado, a inexistência de uma UBSI no território da aldeia multiétnica Filhos Desta Terra, a insuficiência de recursos humanos, as barreiras relacionadas ao racismo estrutural e

institucional e a persistente lacuna das políticas públicas voltadas aos povos indígenas residentes em contexto urbano (Thomazinho, 2024; Donegá, 2024). Por se tratar de um relato de experiência desenvolvido em um único município, seus resultados não podem ser generalizados para outros contextos, embora ofereçam importantes subsídios para a organização de redes assistenciais em realidades semelhantes.

Por fim, a experiência demonstra que a consolidação da Linha de Cuidado depende não apenas da manutenção dos fluxos assistenciais já estruturados, mas também do fortalecimento da Atenção Primária como coordenadora do cuidado, da implantação da UBSI, da ampliação da equipe multiprofissional e da qualificação das políticas públicas voltadas aos povos indígenas em contexto urbano. Nesse contexto, a continuidade das ações de educação permanente, o desenvolvimento da competência para atuação em contextos interculturais dos profissionais e a integração entre gestão, assistência, ensino e comunidade constituem estratégias fundamentais para ampliar a equidade e efetivar o direito à saúde dessa população (Brasil, 2004; Donegá, 2024). Como perspectivas futuras, recomenda-se ainda a realização de estudos que avaliem os impactos da Linha de Cuidado sobre desfechos clínicos, acesso aos serviços e satisfação da população indígena, produzindo evidências que subsidiem o aperfeiçoamento contínuo dessa estratégia assistencial e das políticas públicas destinadas aos povos indígenas em contexto urbano.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Lei Arouca: 10 anos de Saúde Indígena. Brasília, DF: Fundação Nacional de Saúde, 2009. Disponível em: http://www.funasa.gov.br/site/wp-content/files_mf/livro-lei-arouca-10anos.pdf. Acesso em: 8 jun. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 198, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 16 fev. 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 254/GM, de 31 de janeiro de 2002. Aprova a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizesConsolidacao/comum/1765.html. Acesso em: 10 jul. 2026.

CONSELHO INDIGENISTA MISSIONÁRIO. Aldeia Multiétnica Filhos dessa Terra torna-se a primeira Reserva de Desenvolvimento Sustentável de Guarulhos. 2026.

DIEHL, Eliana Elisabeth; PELLEGRINI, Marco Aurélio. Saúde e povos indígenas no Brasil: o desafio da formação e educação permanente de trabalhadores para atuação em contextos interculturais. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 30, n. 4, 2014. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0102-311X00030014. Acesso em: 8 jul. 2026.

DONEGÁ, C. R. Construção da Linha de Cuidado Integral para a Saúde da População Indígena do Município de Guarulhos e Estratégias Pedagógicas para o Ensino em Saúde Indígena nas Residências. 2024. Dissertação (Mestrado) – Universidade Municipal de São Caetano do Sul, São Caetano do Sul, 2024.

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE (FUNASA). Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. Brasília, DF: FUNASA, 2002. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_saude_indigena.pdf. Acesso em: 8 jun. 2026.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censo Demográfico 2022: indígenas: primeiros resultados do universo. Rio de Janeiro: IBGE, 2023. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv102018.pdf. Acesso em: 12 jun. 2026.

MENDONÇA, Sofia Beatriz Machado de. O sagrado, o cotidiano e o adoecimento entre os povos indígenas. [S. l.: s. n.], [s. d.].

MENDONÇA, Sofia Beatriz Machado de. Reflexões sobre a relação intercultural no campo da saúde indígena: uma introdução. Texto de apoio da Disciplina de Antropologia. I Curso de Especialização em Saúde Indígena. São Paulo: UAB/Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), 2009.

MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL (MPF). MPF discute medidas para viabilizar posto de saúde na aldeia Filhos desta Terra, em Guarulhos (SP). São Paulo: Ministério Público Federal, 2025. Disponível em: https://www.mpf.mp.br/o-mpf/unidades/pr-sp/noticias/mpf-discute-medidas-para-viabilizar-posto-de-saude-na-aldeia-filhos-desta-terra-em-guarulhos-sp. Acesso em: 19 jun. 2026.

PEREIRA, Érica Ribeiro; BIRUEL, Elisabeth Peres; OLIVEIRA, Lavínia Santos de Souza; RODRIGUES, Douglas Antônio. A experiência de um serviço de saúde especializado no atendimento a pacientes indígenas. Saúde e Sociedade, São Paulo, v. 23, n. 3, p. 1077–1090, 2014. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0104-12902014000300027.

PROJETO XINGU. Projeto Xingu. [S. l.], [s. d.]. Disponível em: https://projetoxingu.unifesp.br/. Acesso em: 10 jun. 2026.

RODRIGUES, Douglas; MENDONÇA, Sofia. Política indigenista de saúde. [S. l.: s. n.], [s. d.].

RODRIGUES, Douglas; MENDONÇA, Sofia; OLIVEIRA, Lavínia; RODER, Fernanda; COELHO, Clayton. A atenção diferenciada em saúde indígena: considerações iniciais. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; Universidade Aberta do SUS, 2013.

STARFIELD, Barbara. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, DF: UNESCO; Ministério da Saúde, 2002.

THOMAZINHO, Gabriela. Descoordenação a serviço do racismo institucional: considerações sobre o acesso de indígenas à política de saúde. Saúde e Sociedade, São Paulo, v. 33, n. 2, e230408pt, 2024. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0104-12902024230408pt. Acesso em: 10 jul. 2026.

IMPLEMENTAÇÃO DA FICHA DE SUMÁRIO DE ALTA HOSPITALAR DA GESTANTE, PUÉRPERA E DO RECÉM-NASCIDO: INTEGRAÇÃO ENTRE HOSPITAL E ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

LEILIANE BARBOSA DE AGUIAR; GIORGIA GIANIN; CAMILLA DO ROSARIO NICOLINO CHIORINO; ANA FLAVIA NUNES DE ARAUJO; THIAGO CHAVES COUTINHO; NÚBIA OLIVEIRA DA SILVA; PATRÍCIA DE OLIVEIRA GAMA

Introdução: A transição do cuidado do ambiente hospitalar para a Atenção Primária à Saúde (APS) é crítica para a segurança e integralidade da assistência materno-infantil. No município de Aldeias Altas/MA, evidenciaram-se fragilidades na transição do cuidado, caracterizadas por falhas de comunicação entre os serviços, ausência de padronização nas informações registradas na alta e descontinuidade do acompanhamento no território. Essa lacuna gerava riscos aumentados de intercorrências puerperais e neonatais evitáveis. Frente a essa necessidade, articulou-se uma estratégia alinhada à Planificação da Atenção à Saúde entre o Hospital Municipal Francisca de Sousa Almeida (HMAA) e as equipes da APS. **Objetivo:** Implementar as fichas de sumário de alta hospitalar da gestante, puérpera e do recém-nascido para qualificar a transição do cuidado, padronizar as informações de alta, fortalecer a comunicação em rede e assegurar o seguimento oportuno pela APS, prevenindo complicações evitáveis. **Relato de experiência:** A intervenção ocorreu em março de 2025 na rotina do HMAA. As etapas compreenderam a construção e padronização do instrumento físico e conceitual; a pactuação de fluxos e responsabilidades entre as equipes do hospital e das UBS; e a obrigatoriedade de preenchimento no momento da alta hospitalar. A ficha passou a ser entregue em mãos à usuária para apresentação imediata no primeiro atendimento pós-parto na APS, viabilizando o repasse contínuo de dados clínicos relevantes do binômio. **Conclusão:** A implementação da ficha de sumário de alta consolidou-se como tecnologia leve e eficaz de integração assistencial. A ferramenta eliminou ruídos comunicacionais, garantiu a continuidade do cuidado puerperal e neonatal e fortaleceu a segurança do paciente. A experiência demonstra que a padronização de processos e a articulação intersetorial são indispensáveis para a melhoria da qualidade da atenção materno-infantil no SUS.

Palavras-chave: **SAÚDE MATERNO-INFANTIL; TELESSAÚDE; ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

DOI: 10.51161/iv-conasus/86006

"ESTOU SUMINDO DE MIM!": SOBRECARGA EMOCIONAL E REPERCUSSÕES NEUROCOGNITIVAS NA PARENTALIDADE ATÍPICA

CARMEM LUCIA CANTILHO DA SILVA

RESUMO

A parentalidade atípica, especialmente no contexto de famílias que convivem com transtornos do neurodesenvolvimento, impõe desafios que extrapolam o cuidado cotidiano e repercutem significativamente sobre a saúde mental dos cuidadores. Este estudo teve como objetivo analisar, à luz da Neurociência, da Psicologia e da Educação Inclusiva, os impactos emocionais e neurocognitivos associados à sobrecarga vivenciada por mães, pais e demais cuidadores de crianças com Transtorno do Espectro Autista (TEA), Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH), dislexia e outras condições do neurodesenvolvimento. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, de natureza bibliográfica e documental, fundamentada em publicações científicas nacionais e internacionais que abordam estresse crônico, fadiga por compaixão, funcionamento cerebral, saúde mental e políticas públicas voltadas às famílias. A análise evidenciou que a exposição contínua às demandas de cuidado favorece elevados níveis de estresse, ansiedade, sintomas depressivos, isolamento social e comprometimento das funções executivas, especialmente atenção, memória de trabalho, planejamento e autorregulação emocional. Sob a perspectiva neurobiológica, verificou-se que a ativação persistente do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal e a manutenção de níveis elevados de cortisol podem produzir alterações funcionais no córtex pré-frontal, na amígdala e no hipocampo, repercutindo diretamente na capacidade cognitiva e emocional dos cuidadores. Também foram identificados processos de invisibilidade emocional e apagamento identitário, frequentemente associados à ausência de redes de apoio e ao predomínio de políticas centradas exclusivamente na pessoa neurodivergente. Em contrapartida, práticas de acolhimento psicológico, fortalecimento das redes familiares, grupos de apoio e intervenções baseadas em evidências demonstram potencial para promover resiliência e proteção da saúde mental. Conclui-se que reconhecer os cuidadores como sujeitos igualmente necessitados de atenção constitui requisito essencial para uma abordagem integral, ética e humanizada da parentalidade atípica.

Palavras-chave: Cuidadores familiares; Neurociência; Saúde mental.

1 INTRODUÇÃO

A parentalidade atípica caracteriza-se pela experiência de famílias que acompanham crianças e adolescentes com transtornos do neurodesenvolvimento ou outras condições que demandam cuidados contínuos. Além das exigências relacionadas ao tratamento clínico, às adaptações escolares e ao acompanhamento multiprofissional, os cuidadores enfrentam repercussões emocionais que frequentemente permanecem invisibilizadas no âmbito social e institucional.

Nos últimos anos, a literatura científica tem demonstrado que a exposição prolongada ao estresse decorrente do cuidado contínuo pode comprometer não apenas a saúde emocional,

DOI: 10.51161/iv-conasus/86009

mas também processos cognitivos relacionados às funções executivas, à memória e ao controle emocional. Esse cenário evidencia a necessidade de ampliar o olhar sobre a parentalidade atípica, compreendendo o cuidador como sujeito que também necessita de suporte biopsicossocial.

Diante desse contexto, este estudo objetiva analisar os impactos emocionais e neurocognitivos da parentalidade atípica, discutindo contribuições da Neurociência para a compreensão da sobrecarga do cuidador e destacando a importância de estratégias de acolhimento e fortalecimento das políticas públicas destinadas às famílias.

2 MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, de caráter bibliográfico e documental, desenvolvida por meio da análise de publicações científicas relacionadas à parentalidade atípica, neurociência do estresse, saúde mental dos cuidadores e políticas públicas voltadas às famílias de pessoas neurodivergentes.

Foram consultados artigos científicos, livros e documentos institucionais indexados em bases reconhecidas, priorizando produções publicadas em português e inglês. A seleção do material considerou pertinência temática, consistência metodológica e relevância para o objetivo do estudo. A interpretação das evidências ocorreu por análise temática, permitindo identificar categorias relacionadas à sobrecarga emocional, repercussões neurocognitivas, invisibilidade do cuidador, fatores protetivos e estratégias de apoio.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise da literatura evidencia que a parentalidade atípica constitui uma experiência marcada por múltiplas demandas que extrapolam os cuidados cotidianos e repercutem diretamente na saúde física, emocional, cognitiva e social dos cuidadores. Os estudos revisados demonstram que mães, pais e familiares responsáveis pelo cuidado de pessoas com transtornos do neurodesenvolvimento apresentam maior prevalência de estresse crônico, ansiedade, sintomas depressivos, fadiga emocional e redução da qualidade de vida quando comparados à população geral. Esses resultados indicam que o cuidado prolongado deve ser compreendido como um fenômeno biopsicossocial, influenciado pela interação entre características individuais, relações familiares, condições socioeconômicas e disponibilidade de suporte institucional.

Sob a perspectiva neurocientífica, as evidências apontam que a exposição contínua ao estresse favorece alterações na atividade do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal, com aumento sustentado da liberação de cortisol. Quando persistente, esse processo pode comprometer o funcionamento do córtex pré-frontal, da amígdala e do hipocampo, estruturas diretamente relacionadas ao planejamento, à memória, à atenção, ao controle inibitório e à regulação emocional. Tais alterações contribuem para explicar as dificuldades frequentemente relatadas pelos cuidadores na organização das atividades diárias, na tomada de decisões e no gerenciamento das demandas emocionais decorrentes do cuidado contínuo.

Outro aspecto amplamente identificado refere-se à invisibilidade emocional dos cuidadores. Embora as políticas públicas e os serviços especializados concentrem esforços no atendimento da pessoa neurodivergente, a literatura evidencia que as necessidades daqueles que exercem o cuidado permanecem frequentemente secundarizadas. Essa condição favorece o desenvolvimento do chamado apagamento identitário, caracterizado pela restrição progressiva do autocuidado, da vida social, das atividades profissionais e dos projetos pessoais em decorrência da dedicação quase exclusiva às necessidades do familiar assistido. Esse processo

tende a intensificar sentimento de culpa, solidão, exaustão e insuficiência, comprometendo tanto a saúde mental quanto a capacidade de enfrentamento das dificuldades cotidianas.

A interpretação dos estudos também demonstra que a sobrecarga não decorre apenas da intensidade do cuidado, mas da interação entre as exigências impostas pela condição clínica e os recursos disponíveis para enfrentá-las. Sob essa perspectiva, o Modelo de Estresse e Enfrentamento de Lazarus e Folkman contribui para compreender que o impacto das demandas depende da avaliação realizada pelo cuidador e da disponibilidade de recursos pessoais, familiares e institucionais. Da mesma forma, o Modelo Bioecológico de Bronfenbrenner evidencia que o desenvolvimento humano ocorre em permanente interação com diferentes sistemas sociais, reforçando a necessidade de políticas públicas capazes de fortalecer as redes de apoio e reduzir fatores de vulnerabilidade.

Em consonância com essas evidências, observa-se crescente valorização do **Cuidado Centrado na Família (Family-Centered Care)** como abordagem orientadora das práticas assistenciais. Esse modelo reconhece a família como parceira ativa do processo terapêutico e enfatiza que a promoção da saúde da pessoa neurodivergente depende, igualmente, do cuidado direcionado aos seus familiares. Estudos recentes indicam que intervenções multiprofissionais, grupos psicoeducativos, apoio psicológico e programas de fortalecimento das competências parentais favorecem a redução do sofrimento emocional, ampliam a resiliência e promovem melhores indicadores de saúde mental e qualidade de vida.

De forma integrada, os resultados analisados demonstram que reconhecer os cuidadores como sujeitos de direitos representa condição essencial para a construção de políticas públicas intersetoriais que articulem saúde, educação, assistência social e inclusão. A ampliação das redes de apoio, associada ao desenvolvimento de estratégias de acolhimento baseadas em evidências científicas, contribui para uma atenção mais humanizada e fortalece o cuidado integral às famílias que vivenciam a parentalidade atípica.

4 CONCLUSÃO

Os resultados desta pesquisa evidenciam que a parentalidade atípica produz repercussões relevantes na saúde emocional, cognitiva e social dos cuidadores, constituindo um desafio que ultrapassa as demandas práticas do cuidado cotidiano. A literatura analisada demonstra que a exposição prolongada ao estresse está associada a alterações neurobiológicas e psicossociais capazes de comprometer funções executivas, bem-estar emocional e qualidade de vida.

Os achados também indicam que estratégias baseadas no cuidado centrado na família, na atuação interdisciplinar e no fortalecimento das redes de apoio representam importantes fatores de proteção para a saúde mental dos cuidadores. Assim, políticas públicas que integrem os setores da saúde, educação e assistência social podem favorecer respostas mais efetivas às necessidades dessas famílias.

Como limitação, este estudo fundamentou-se exclusivamente em evidências documentais e bibliográficas, não contemplando investigação empírica. Recomenda-se que pesquisas futuras explorem diferentes contextos socioculturais e avaliem intervenções voltadas à promoção da saúde mental de cuidadores de pessoas com transtornos do neurodesenvolvimento.

Conclui-se que reconhecer a parentalidade atípica como uma questão de saúde pública contribui para a construção de práticas mais humanizadas, inclusivas e baseadas em evidências, reafirmando que o cuidado integral exige, necessariamente, cuidar também daqueles que sustentam cotidianamente esse processo.

DOI: 10.51161/iv-conasus/86009

REFERÊNCIAS

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. Family-centered care and the pediatrician's role. **Pediatrics**, v. 149, n. 2, e2021056150, 2022.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**: DSM-5-TR. Porto Alegre: Artmed, 2023.

ARDILA, A. **Neuropsychology**: history, fundamentals, and applications. Cham: Springer, 2018.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2016.

BARKLEY, R. A. **Attention-deficit hyperactivity disorder**: a handbook for diagnosis and treatment. 4. ed. New York: Guilford Press, 2015.

BOSA, C. A. **Autismo**: intervenções psicoeducacionais. Porto Alegre: Artmed, 2022.

BRASIL. [Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015]. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 7 jul. 2015.

BRASIL. Ministério da Educação. **Base Nacional Comum Curricular**. Brasília: MEC, 2018.

BRONFENBRENNER, U. **The ecology of human development**: experiments by nature and design. Cambridge: Harvard University Press, 1979.

BRONFENBRENNER, U. Ecology of the family as a context for human development: research perspectives. **Developmental Psychology**, v. 22, n. 6, p. 723-742, 1986. DOI: https://doi.org/10.1037/0012-1649.22.6.723.

BRONFENBRENNER, U.; CECI, S. J. Nature–nurture reconceptualized in developmental perspective: a bioecological model. **Psychological Review**, v. 101, n. 4, p. 568-586, 1994. DOI: https://doi.org/10.1037/0033-295X.101.4.568.

BRONFENBRENNER, U.; MORRIS, P. A. The bioecological model of human development. In: DAMON, W.; LERNER, R. M. (Eds.). **Handbook of child psychology**. 6. ed. Hoboken: John Wiley & Sons, 2006. v. 1, p. 793-828.

CELLARD, A. A análise documental. In: POUPART, J. et al. (Orgs.). **A pesquisa qualitativa**: enfoques epistemológicos e metodológicos. 4. ed. Petrópolis: Vozes, 2018. p. 295-316.

CRESWELL, J. W.; CRESWELL, J. D. **Research design**: qualitative, quantitative, and mixed methods approaches. 6. ed. Thousand Oaks: SAGE, 2023.

DAMÁSIO, A. **O sentimento de si**: corpo, emoção e consciência. São Paulo: Companhia das Letras, 2021.

DAWSON, P.; GUARE, R. **Executive skills in children and adolescents**. 3. ed. New York: Guilford Press, 2018.

DIAMOND, A. Executive functions. **Annual Review of Psychology**, v. 64, p. 135-168, 2013. DOI: https://doi.org/10.1146/annurev-psych-113011-143750.

FLICK, U. **An introduction to qualitative research**. 7. ed. Thousand Oaks: SAGE, 2022.

FONSECA, V. **Neuropsicologia e aprendizagem**. Rio de Janeiro: Wak Editora, 2020.

KING, G. et al. Family-centered caregiving and well-being of parents of children with disabilities: linking process with outcome. **Journal of Pediatric Psychology**, v. 24, n. 1, p. 41-53, 1999. DOI: https://doi.org/10.1093/jpepsy/24.1.41.

KUO, D. Z. et al. Family-centered care: current applications and future directions in pediatric health care. **Maternal and Child Health Journal**, v. 16, n. 2, p. 297-305, 2012. DOI: https://doi.org/10.1007/s10995-011-0751-7.

LAZARUS, R. S. **Emotion and adaptation**. New York: Oxford University Press, 1991.

LAZARUS, R. S.; FOLKMAN, S. **Stress, appraisal, and coping**. New York: Springer, 1984.

LEZAK, M. D. et al. **Neuropsychological assessment**. 5. ed. New York: Oxford University Press, 2012.

LURIA, A. R. **Fundamentos de neuropsicologia**. São Paulo: Livros Técnicos e Científicos, 1981.

MALLOY-DINIZ, L. F. et al. (Orgs.). **Avaliação neuropsicológica**. Porto Alegre: Artmed, 2018.

MCCUBBIN, H. I.; PATTERSON, J. M. The family stress process: the Double ABCX model of adjustment and adaptation. In: MCCUBBIN, H. I.; SUSSMAN, M. B.; PATTERSON, J. M. (Eds.). **Social stress and the family**: advances and developments in family stress theory and research. New York: Haworth Press, 1983. p. 7-37.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MIYAKE, A.; FRIEDMAN, N. P. The nature and organization of individual differences in executive functions. **Current Directions in Psychological Science**, v. 21, n. 1, p. 8-14, 2012. DOI: https://doi.org/10.1177/0963721411429458.

MIOTTO, E. C.; LUCIA, M. C. S.; SCAFF, M. (Orgs.). **Neuropsicologia clínica**. 2. ed. São Paulo: Roca, 2022.

ROSENBAUM, P. et al. Family-centred service: a conceptual framework and research review. **Physical & Occupational Therapy in Pediatrics**, v. 18, n. 1, p. 1-20, 1998. DOI: https://doi.org/10.1080/J006v18n01_01.

SHIELDS, L. et al. Family-centred care for children in hospital. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 1, CD004811, 2007. DOI: https://doi.org/10.1002/14651858.CD004811.pub2.

SILVA, A. B. B. **Mentes inquietas**: TDAH, desatenção, hiperatividade e impulsividade. São Paulo: Principium, 2021.

UNESCO. **Global education monitoring report 2020**: inclusion and education – all means all. Paris: UNESCO, 2020.

WALSH, F. **Strengthening family resilience**. 4. ed. New York: Guilford Press, 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **International classification of diseases for mortality and morbidity statistics** (11th Revision). 2022. Disponível em: https://icd.who.int/.

YIN, R. K. **Case study research and applications**: design and methods. 6. ed. Thousand Oaks: SAGE, 2018.

FADIGA POR COMPAIXÃO EM ENFERMEIROS DE UNIDADES DE TRATAMENTO INTENSIVO NEONATAL

ELCILENE NUNES LINS

Introdução: A Fadiga por Compaixão (FC) é um fenômeno biopsicossocial que afeta diretamente profissões focadas no cuidado ao outro. Enfermeiros atuantes em cenários de sofrimento crônico, emergência e iminência de morte revelam-se especialmente vulneráveis devido às extensas jornadas e ao estresse laboral. O cuidado assistencial envolve um caráter altruísta que transita entre dois polos da Qualidade de Vida Profissional (QVP): o positivo, representado pela Satisfação por Compaixão (SC), e o negativo, marcado pela FC. A impotência diante do sofrimento alheio pode comprometer a saúde mental dos trabalhadores e impactar a assistência prestada. **Objetivo:** Compreender a ocorrência da FC em profissionais de saúde de Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), investigando sua prevalência e fatores associados a partir da comparação entre enfermeiros de duas maternidades públicas. **Metodologia:** Trata-se de estudo correlacional, transversal, com caráter quantitativo, participaram 38 profissionais de duas maternidades públicas do Rio de Janeiro, a Maternidade Escola da UFRJ (ME-UFRJ) e o Hospital Estadual da Mãe de Mesquita (HMãe). Foram utilizados a escala *Professional Quality of Life Scale* (ProQol-BR) e um protocolo sociodemográfico, analisados através da estatística descritiva. **Resultados:** A média de idade dos participantes foi de 37,78 anos, divididos igualmente entre as duas instituições (50% ME-UFRJ e 50% HMãe). Identificou-se que 63,1% da amostra total apresentou altos níveis de Estresse Traumático Secundário (ETS), sendo 57,8% na ME-UFRJ e 63% no HMãe, sugerindo maior vulnerabilidade dos profissionais do HMãe a esse fator. De um modo geral, os enfermeiros de ambas as unidades apresentaram escores elevados de SC, indicando aspectos positivos na QVP. **Conclusão:** Os achados reforçam a necessidade de novos estudos sobre os impactos da FC na assistência, bem como o desenvolvimento de estratégias preventivas e de suporte à saúde mental dos profissionais.

Palavras-chave: **FADIGA POR COMPAIXÃO; PROFISSIONAIS DE SAÚDE; UNIDADE DE TRATAMENTO INTENSIVO**

DOI: 10.51161/iv-conasus/86010

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO DE PACIENTES DO AMBULATÓRIO DE NEUROLOGIA PARA O AMBULATÓRIO DE CUIDADOS PALIATIVOS DE UM HOSPITAL ESCOLA

MARIA VANESSA TOMÉ BANDEIRA DE SOUSA; KATYNA BEZERRA ANDRADE; DANIELLY OLIVEIRA DE ARAÚJO; LISE MARIA PINHEIRO DE MATTOS BRITO; MARIA EUGÊNIA BALATAZAR GUIMARÃES; CLARA EDWIGES FROTA MORAES; MARÍLIA MACEDO DE MOURA

Palavras-chave: Cuidados Paliativos / Neurologia/ Equipe interdisciplinar

RESUMO

Este trabalho descreve um projeto de intervenção que tem como finalidade elaborar critérios de encaminhamento de pacientes do ambulatório de neurologia de um hospital escola para o ambulatório de cuidados paliativos, construídos a partir de evidências científicas e validados de forma participativa pelos enfermeiros que atuam nesse serviço. Os cuidados paliativos consistem em uma abordagem que visa promover qualidade de vida a pacientes com doenças graves, progressivas e ameaçadoras da continuidade da vida (OMS, 2020), sendo, no entanto, seu acesso ainda predominantemente vinculado à oncologia, o que retarda o encaminhamento de pacientes com doenças neurológicas crônicas e progressivas, como a esclerose lateral amiotrófica, as demências avançadas, a doença de Parkinson em estágio avançado e as sequelas graves de acidente vascular cerebral. O projeto contempla revisão da literatura, diagnóstico situacional, construção participativa dos critérios, validação por meio de grupo focal e rodadas Delphi, cálculo do Índice de Validade de Conteúdo, elaboração de checklist de apoio à decisão, capacitação da equipe de neurologia e implementação piloto do novo fluxo de encaminhamento. Espera-se, com essa proposta, qualificar o acesso dos pacientes neurológicos aos cuidados paliativos, reduzir encaminhamentos tardios ou inadequados e fortalecer a articulação entre as equipes envolvidas.

1 INTRODUÇÃO

Os cuidados paliativos consistem em uma abordagem que visa promover qualidade de vida a pacientes com doenças graves, progressivas e ameaçadoras da continuidade da vida, por meio da prevenção e do alívio do sofrimento físico, psicológico, social e espiritual (OMS, 2020). Historicamente, essa abordagem foi associada de forma predominante à oncologia, o que contribuiu para que outras condições clínicas igualmente elegíveis permanecessem, por muito tempo, à margem dos serviços especializados. Entre essas condições, destacam-se as doenças neurológicas crônicas, progressivas e incuráveis, como a esclerose lateral amiotrófica (ELA), as demências avançadas, a doença de Parkinson em estágio avançado e as sequelas graves de acidente vascular cerebral (AVC), quadros clínicos que cursam com declínio funcional importante, sintomas de difícil controle e impacto significativo na qualidade de vida do paciente e da família.

Apesar dessa pertinência clínica reconhecida pela literatura internacional, o encaminhamento de pacientes neurológicos para serviços de cuidados paliativos ainda ocorre,

DOI: 10.51161/iv-conasus/86012

com frequência, de forma tardia ou pouco padronizada. Em muitos contextos assistenciais, essa decisão permanece condicionada à percepção individual do profissional assistente, e não a critérios clínicos objetivos e compartilhados pela equipe multiprofissional. Essa lacuna pode resultar em duas situações problemáticas e igualmente indesejáveis: encaminhamentos tardios, com pacientes chegando ao ambulatório de cuidados paliativos já em estágios avançados de sofrimento e com janela terapêutica reduzida para intervenções que qualifiquem o cuidado; ou encaminhamentos inadequados, que não correspondem ao perfil de elegibilidade do serviço, sobrecarregando a rede assistencial e gerando frustração tanto para a equipe quanto para os pacientes e familiares.

A literatura em cuidados paliativos neurológicos aponta que a ausência de critérios objetivos de encaminhamento é um dos principais entraves ao acesso oportuno dos pacientes a esse tipo de cuidado (ANCP, 2021). Diferentemente de muitas condições oncológicas, cujas trajetórias de doença são relativamente mais previsíveis, as doenças neurológicas frequentemente apresentam curso clínico incerto, com períodos de estabilidade intercalados por declínios funcionais abruptos, o que dificulta a identificação, pela equipe assistente, do momento adequado para o encaminhamento. Os enfermeiros do ambulatório de cuidados paliativos, por acompanharem de perto a trajetória clínica e funcional dos pacientes após o encaminhamento, possuem experiência qualificada para identificar quais elementos clínicos, funcionais e psicossociais mais se associam a encaminhamentos oportunos e adequados. Envolver esses profissionais na construção dos critérios fortalece a validade clínica do instrumento resultante e favorece sua apropriação pela equipe assistencial, em conformidade com os princípios éticos que orientam a prática da enfermagem (COFEN, 2017), aumentando a probabilidade de adesão ao novo fluxo de trabalho proposto.

Diante desse cenário, o presente trabalho tem como objetivo geral elaborar, de forma participativa com os enfermeiros do ambulatório de cuidados paliativos, critérios de encaminhamento de pacientes do ambulatório de neurologia de um hospital escola para o ambulatório de cuidados paliativos. De forma específica, pretende-se: identificar, na literatura científica, os principais critérios e instrumentos de elegibilidade para cuidados paliativos em doenças neurológicas; realizar diagnóstico situacional do perfil de pacientes atualmente encaminhados; construir uma versão preliminar dos critérios, fundamentada em evidências científicas e na realidade do serviço; avaliar e validar os critérios propostos junto aos enfermeiros do ambulatório de cuidados paliativos; elaborar instrumento (checklist) de apoio à decisão para encaminhamento; capacitar a equipe do ambulatório de neurologia quanto à identificação dos critérios e ao fluxo de encaminhamento; implementar, em caráter piloto, o fluxo fundamentado nos critérios elaborados; e avaliar a aplicabilidade dos critérios e a adequação dos encaminhamentos realizados após a implementação.

2 MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um projeto de intervenção, de natureza metodológica e participativa, direcionado à construção e validação de critérios de encaminhamento de pacientes do ambulatório de neurologia para o ambulatório de cuidados paliativos de um hospital escola. Serão convidados a participar da etapa de validação os enfermeiros que atuam no ambulatório de cuidados paliativos da instituição, por possuírem experiência clínica direta na avaliação e no acompanhamento de pacientes neurológicos encaminhados ao serviço. A equipe médica e de enfermagem do ambulatório de neurologia participará das etapas de diagnóstico situacional e de capacitação para uso dos critérios. O estudo será desenvolvido nos ambulatórios de neurologia e de cuidados paliativos de um hospital escola, a serem especificados conforme o contexto institucional de implementação.

Diversas condições neurológicas crônicas e progressivas cursam com declínio funcional importante, sintomas de difícil controle e impacto significativo na qualidade de vida do paciente

e da família, configurando indicação para acompanhamento paliativo. Entre elas, destacam-se a ELA, marcada por capacidade vital forçada reduzida, disfagia progressiva, perda de peso significativa e dependência de ventilação não invasiva; a doença de Parkinson avançada, com quedas recorrentes, disfagia e declínio cognitivo; as demências em estágio avançado, com perda da capacidade de comunicação verbal e infecções de repetição; o AVC extenso com sequelas graves e irreversíveis; a esclerose múltipla progressiva avançada; os tumores cerebrais malignos após esgotamento de opções terapêuticas modificadoras de doença; as doenças neuromusculares progressivas; e os estados vegetativos persistentes ou de consciência mínima prolongada.

Para fundamentar a construção e a validação dos critérios, o projeto se apoia em instrumentos já reconhecidos na literatura internacional. A "pergunta surpresa" (Surprise Question) — "Eu me surpreenderia se este paciente viesse a falecer nos próximos 6 a 12 meses?" — é proposta como estratégia de triagem inicial pela equipe de neurologia. O instrumento NECPAL CCOMS-ICO, adaptado, serve de referência para a combinação de indicadores clínicos, funcionais e de utilização de serviços de saúde (GÓMEZ-BATISTE et al., 2013). A Palliative Performance Scale (PPS) e a Escala de Karnofsky oferecem avaliação padronizada do status funcional como critério de apoio à decisão. O Gold Standards Framework (GSF) fundamenta indicadores específicos por doença neurológica (GOLD STANDARDS FRAMEWORK, 2016). Já a técnica de grupo focal e a rodada de consenso estruturado tipo Delphi constituem as estratégias participativas previstas para a validação dos critérios junto aos enfermeiros do ambulatório de cuidados paliativos, com o Índice de Validade de Conteúdo (IVC) sendo empregado para o cálculo do grau de concordância entre os avaliadores, adotando-se ponto de corte igual ou superior a 0,80.

O desenvolvimento do projeto está organizado nas seguintes etapas:

Revisão da literatura: levantamento de evidências científicas e instrumentos já validados sobre critérios de elegibilidade para cuidados paliativos em doenças neurológicas;

Diagnóstico situacional: caracterização do perfil de pacientes atualmente encaminhados do ambulatório de neurologia, incluindo diagnóstico, tempo de doença e motivo do encaminhamento;

Construção da versão preliminar: elaboração de uma primeira proposta de critérios de encaminhamento, fundamentada na literatura e no diagnóstico situacional realizado;

Validação participativa: apresentação da proposta preliminar aos enfermeiros do ambulatório de cuidados paliativos, por meio de estratégia estruturada (grupo focal e/ou rodada de consenso tipo Delphi), com avaliação da pertinência, clareza e aplicabilidade de cada critério;

Cálculo do Índice de Validade de Conteúdo (IVC): análise quantitativa do grau de concordância entre os enfermeiros avaliadores, com manutenção dos critérios que atingirem IVC $\geq$ 0,80 e revisão ou exclusão dos demais;

Finalização do instrumento: consolidação da versão final dos critérios de encaminhamento em formato de checklist de apoio à decisão clínica;

Capacitação da equipe de neurologia: apresentação do instrumento final e do novo fluxo de encaminhamento à equipe médica e de enfermagem do ambulatório de neurologia;

Implementação piloto: aplicação dos critérios em um período de teste, com acompanhamento dos encaminhamentos realizados;

Avaliação de resultados: análise dos indicadores definidos, com elaboração de relatório final e devolutiva às equipes envolvidas.

O plano de intervenção está organizado em cinco eixos de trabalho, desenvolvidos de forma sequencial e complementar: levantamento de evidências e diagnóstico situacional; construção participativa dos critérios com a equipe de enfermagem, organizada por domínios (clínico/diagnóstico, funcional, sintomas, prognóstico e psicossocial); validação do

instrumento, com cálculo do IVC e consolidação da versão final em checklist; capacitação da equipe do ambulatório de neurologia quanto ao instrumento e ao novo fluxo; e implementação piloto do fluxo e monitoramento, com acompanhamento dos encaminhamentos pelos enfermeiros de cuidados paliativos e reuniões periódicas de alinhamento entre as equipes. O projeto está previsto para ser desenvolvido em cinco meses, podendo ser adaptado à disponibilidade das equipes: Mês 1 — revisão da literatura e diagnóstico situacional; Meses 1–2 — construção da versão preliminar dos critérios; Meses 2–3 — validação participativa com os enfermeiros; Mês 3 — ajuste e finalização do instrumento; Meses 3–4 — capacitação da equipe de neurologia; Meses 4–5 — implementação piloto do fluxo de encaminhamento; Mês 5 — avaliação dos resultados e elaboração do relatório final.

Para a execução do projeto, são previstos recursos humanos e materiais. Como recursos humanos, destacam-se o(a) enfermeiro(a) coordenador(a) do projeto, a equipe de enfermagem do ambulatório de cuidados paliativos — responsável pela etapa de validação —, a equipe médica e de enfermagem do ambulatório de neurologia — envolvida no diagnóstico situacional e na capacitação — e o apoio de um estatístico ou profissional com experiência em métodos de validação de instrumentos, para o cálculo do Índice de Validade de Conteúdo. Como recursos materiais, são necessários um formulário estruturado para avaliação dos critérios pelos enfermeiros, o instrumento final (checklist) em versão impressa e/ou digital, material educativo para a capacitação da equipe de neurologia e sala reservada para os encontros de discussão e validação.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Como resultados esperados deste projeto de intervenção, destacam-se: a elaboração de um instrumento validado de critérios de encaminhamento de pacientes neurológicos para cuidados paliativos; a padronização do processo de encaminhamento entre os ambulatórios de neurologia e de cuidados paliativos; a redução de encaminhamentos tardios ou inadequados; o fortalecimento da articulação e da comunicação entre as equipes envolvidas; a maior segurança da equipe de neurologia na identificação do momento oportuno para o encaminhamento; e a melhoria do acesso e da qualidade do cuidado ofertado aos pacientes neurológicos elegíveis para cuidados paliativos.

A avaliação do projeto será realizada por meio de indicadores quantitativos e qualitativos, coletados durante a etapa de validação e ao longo do período de implementação piloto, entre os quais: o Índice de Validade de Conteúdo dos critérios propostos (meta de IVC $\geq$ 0,80 por critério); a participação dos enfermeiros na etapa de validação (meta de 100% do ambulatório); a capacitação da equipe de neurologia quanto ao novo fluxo (meta de 100% da equipe médica e de enfermagem envolvida); a proporção de encaminhamentos realizados de acordo com os critérios estabelecidos, verificada por auditoria de prontuário no período piloto (meta de $\geq$ 80% de adequação); a redução do tempo entre o encaminhamento e a primeira consulta em cuidados paliativos, em comparação à linha de base; e a satisfação da equipe de neurologia com o novo fluxo, mensurada por questionário pós-implementação (meta de $\geq$ 85% de avaliação positiva).

Os resultados esperados dialogam com a literatura internacional sobre cuidados paliativos neurológicos, que aponta a combinação de indicadores clínicos, funcionais e de utilização de serviços — como os previstos no instrumento NECPAL CCOMS-ICO (GÓMEZ-BATISTE et al., 2013) e no Gold Standards Framework (GOLD STANDARDS FRAMEWORK, 2016) — como estratégia eficaz para qualificar o momento e a adequação do encaminhamento. A adoção de estratégias participativas de validação, como o grupo focal e o consenso tipo Delphi, tende a favorecer a apropriação do instrumento pela equipe assistencial, elemento reconhecidamente associado a maior sustentabilidade de mudanças em processos de cuidado (ANCP, 2021). Espera-se, assim, que a padronização proposta reduza a variabilidade

das decisões de encaminhamento atualmente pautadas na percepção individual do profissional assistente, ampliando a equidade e a oportunidade de acesso dos pacientes neurológicos aos cuidados paliativos.

4 CONCLUSÃO

A elaboração de critérios objetivos de encaminhamento de pacientes do ambulatório de neurologia para o ambulatório de cuidados paliativos representa uma estratégia relevante para a qualificação do acesso a esse tipo de cuidado em um hospital escola. Ao envolver os enfermeiros do ambulatório de cuidados paliativos na construção e validação desses critérios, o projeto valoriza o conhecimento clínico especializado desses profissionais e favorece a apropriação do novo fluxo pela equipe assistencial, elemento reconhecidamente associado a maior sustentabilidade de mudanças em processos de cuidado.

Espera-se que os critérios elaborados contribuam para encaminhamentos mais oportunos e adequados, fortalecendo a integração entre as especialidades envolvidas e promovendo maior qualidade de vida aos pacientes com doenças neurológicas graves e progressivas atendidos na instituição. Ressalta-se, por fim, que a natureza participativa e metodológica do projeto favorece sua replicabilidade em outros serviços com características semelhantes, contribuindo para o avanço da integração entre neurologia e cuidados paliativos no contexto da atenção hospitalar especializada.

REFERÊNCIAS

ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS (ANCP). *Manual de Cuidados Paliativos*. 3. ed. Rio de Janeiro: ANCP, 2021.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). *Resolução COFEN nº 564/2017 — Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem*. Brasília: COFEN, 2017.

GOLD STANDARDS FRAMEWORK (GSF). *Proactive Identification Guidance (PIG)*. Reino Unido: The Gold Standards Framework Centre, 2016.

GÓMEZ-BATISTE, X. et al. Identifying patients with chronic conditions in need of palliative care in the general population: development of the NECPAL CCOMS-ICO© tool. *BMJ Supportive & Palliative Care*, v. 3, n. 3, p. 300-308, 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Palliative care*. Geneva: WHO, 2020.

DOI: 10.51161/iv-conasus/86012

EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA PREVENÇÃO DO PÉ DIABÉTICO EM PARCERIA COM A IGREJA BATISTA DE DEUS, EM JARDIM SÃO PAULO, RECIFE-PE

VINICIUS F SANTANA; DHULYA SYNDELY ROLIM FREIRE; MARIA EDUARDA GABRIELA MENEZES XAVIER; FABIEL DE SANTANA MADUREIRA; GEÓRGIA SANTIAGO AGOSTINHO; GABRIELA MEDEIROS DOS ANJOS COSTA

Introdução: A Diabetes Mellitus (DM) se estabeleceu como uma das doenças crônicas mais comuns do século XXI, não apenas por apresentar um quadro sintomático complexo, mas também por desafiar a sustentabilidade dos sistemas de saúde em escala global. Apesar desse cenário, o panorama epidemiológico da DM mostra-se favorável à adoção de estratégias de conscientização, incentivo ao autocuidado e à prevenção das complicações mais recorrentes, como o pé diabético. **Objetivo:** Promover a educação em saúde para a prevenção, identificação precoce e manejo adequado das complicações do pé diabético, por meio de ação educativa realizada no bairro de Jardim São Paulo, em Recife/PE, em parceria com a Igreja Batista de Deus. **Relato de experiência:** A atividade foi executada no contexto de um projeto de extensão acadêmica, com moradores do bairro, entre 40 e 80 anos. A metodologia se desenvolveu por meio de uma dinâmica expositiva-dialógica, com o fito de transpor barreiras informacionais, através da escuta ativa e linguagem acessível, além do incentivo à busca pela atenção primária. Nesse sentido, a dinâmica foi estruturada em dois momentos: no primeiro foi realizado pelos acadêmicos de medicina, em que houve uma palestra expositiva sobre a DM, o pé diabético, a importância do autocuidado e do acompanhamento pela equipe de saúde da Unidade Básica de Saúde (UBS) responsável pela região; no segundo foi realizada uma roda de conversa, em que os participantes realizaram perguntas e compartilharam experiências pessoais, as quais enriqueceram o debate e contribuíram significativamente para uma reflexão mais profunda sobre os cuidados com os pés da pessoa com diabetes e a necessidade de uma rotina de autocuidado**. Conclusão:** A atividade de educação em saúde com uma estratégia expositiva-dialogada, demonstrou-se uma ferramenta promissora para a promoção da conscientização sobre o tema, pois ao envolver os participantes como protagonistas na construção do conhecimento sobre sua própria condição, enquanto pacientes, estimulou uma atuação mais ativa do público-alvo na prevenção do pé diabético e no manejo da diabetes. Dessa forma, favorece o protagonismo do indivíduo no autocuidado, fortalecendo sua autonomia na prevenção das complicações do diabetes mellitus, em consonância com as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS).

Palavras-chave: **DIABETES MELLITUS; EDUCAÇÃO EM SAÚDE; PÉ DIABÉTICO**

DOI: 10.51161/iv-conasus/86015

ARTICULAÇÃO ENTRE SERVIÇO-ESCOLA DE PSICOLOGIA E ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: CONTRIBUIÇÕES PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL DE MULHERES IDOSAS

GABRIELA DOS SANTOS OLIVEIRA; IZABEL CRISTINA ANTUNES DE PAULA PRATES; MARCELO GONORING GONÇALVES; MARIA FERNANDA COUTINHO RIGOTTI; MARLI MACHADO DE ALVARENGA; RAPHAEL NUNES ROCHA; RENAN MOREIRA DANTAS; SÁTINA PRISCILA MARCONDES PIMENTA

RESUMO

A articulação entre instituições de ensino superior e serviços públicos de saúde tem se consolidado como uma estratégia eficaz para qualificar tanto a formação na área da saúde quanto as práticas realizadas na Atenção Primária à Saúde (APS). Nesse contexto, o presente estudo objetivou analisar as contribuições da união entre o Serviço-Escola de Psicologia (SEP) e a APS para a promoção da saúde mental de mulheres idosas, a partir da experiência desenvolvida em parceria entre a Universidade Estácio de Sá e a Unidade Básica de Saúde Jardim Camburi, localizada em Vitória, Espírito Santo. Este relato de experiência ocorreu entre março e junho de 2026, no âmbito de um estágio específico em Psicologia, por meio de encontros grupais quinzenais destinados a mulheres com sessenta anos ou mais, conduzidos por estagiários sob supervisão docente. A intervenção foi fundamentada na abordagem Humanista, priorizando a escuta qualificada, o acolhimento a construção de vínculos e o respeito à subjetividade das participantes. A análise da experiência evidenciou que a sinergia entre o conhecimento territorial da equipe da APS e a supervisão teórico-prática do SEP possibilitou a construção de intervenções adaptadas às demandas das participantes, favorecendo um ambiente de escuta, acolhimento e compartilhamento de experiências, com finalidade terapêutica. Além disso, essa integração aprimorou simultaneamente as práticas de cuidado realizadas na APS e o processo formativo dos estagiários, ao aproximar a formação acadêmica à prática nos serviços de saúde. Conclui-se, portanto, que a articulação entre ensino e serviço representa uma abordagem capaz de potencializar o cuidado em saúde mental e a formação profissional, apontando caminhos para novas experiências e investigações em diferentes contextos e públicos.

Palavras-chave: Ensino-serviço; Envelhecimento; Intervenção Grupal.

1 INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) constitui a porta de entrada preferencial do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo responsável pela coordenação do cuidado, promoção da saúde, prevenção de agravos e acompanhamento contínuo da população. Nesse cenário, as ações em saúde mental desenvolvidas localmente desempenham um papel crucial na promoção de práticas integrais de cuidado interdisciplinares e que atendam às necessidades do território (Brasil, 2017).

DOI: 10.51161/iv-conasus/86019

No campo da saúde mental, as atividades grupais realizadas na APS podem ampliar os espaços de escuta, convivência e troca de experiências, contribuindo para o fortalecimento de vínculos e das redes de apoio. Essas ações mostram-se ainda mais relevantes para a população idosa, considerando que fatores como isolamento social, perdas afetivas, adoecimento e fragilização das relações interpessoais podem refletir sobre o bem-estar psicológico durante o processo de envelhecimento. Nesse sentido, Souza et al. (2022) evidenciam que intervenções grupais na Atenção Primária à Saúde favorecem o protagonismo, a autonomia e a participação social da pessoa idosa, além de contribuírem para a redução de sintomas depressivos, configurando-se como instrumentos significativos para a promoção da saúde mental.

Para fortalecer essas ações, a articulação entre instituições de educação superior e os serviços públicos de saúde enriquece as opções de cuidado disponíveis à comunidade, ao mesmo tempo em que proporciona aos estudantes vivências em cenários reais de prática. No campo da Psicologia, essa integração ocorre, entre outras formas, por meio dos Serviços-Escola de Psicologia (SEP), que são destinados à formação prática supervisionada dos estudantes e à oferta de atendimentos psicológicos à comunidade. Em parceria com os serviços do SUS, como as Unidades Básicas de Saúde (UBS), os estagiários se aproximam da abordagem de cuidado da Atenção Primária, permitindo que as intervenções fossem construídas a partir das necessidades de saúde observadas pela equipe da UBS ao longo do acompanhamento longitudinal das usuárias, e não apenas conforme as demandas espontâneas que chegam ao Serviço-Escola. Essa integração favorece a construção de ações alinhadas às solicitações locais e aos princípios do SUS, beneficiando tanto os usuários quanto o desenvolvimento profissional (Ceccim; Feuerwerker, 2004).

É nesse contexto que a parceria entre o Serviço-Escola de Psicologia da Universidade Estácio de Sá e a Unidade Básica de Saúde Jardim Camburi possibilitou o desenvolvimento de um grupo psicológico destinado a mulheres idosas, funcionando como um espaço de escuta, acolhimento e fortalecimento das redes de apoio entre as participantes. Assim, o presente trabalho tem como intuito analisar as contribuições da articulação entre o Serviço-Escola de Psicologia (SEP) e a Atenção Primária à Saúde para o fomento da saúde mental de mulheres idosas, a partir da experiência obtida nessa parceria.

2 RELATO DE CASO/EXPERIÊNCIA

A experiência foi desenvolvida no âmbito do Estágio Supervisionado Específico do Serviço-Escola de Psicologia da Universidade Estácio de Sá – Campus Vitória, em atuação conjunta com a Unidade Básica de Saúde (UBS) Jardim Camburi, ambas situadas no município de Vitória, Espírito Santo. Essa parceria ampliou as estratégias de cuidado em saúde mental ofertadas pela APS, por meio de encaminhamentos realizados pela equipe da UBS, que durante o acompanhamento longitudinal das usuárias, percebeu a necessidade de assistência relacionada ao sofrimento psíquico, ao envelhecimento e à busca por espaços coletivos de cuidado. Com isso, essas mulheres foram direcionadas para atendimentos psicológicos individuais e/ou grupais conduzidos por estagiários de Psicologia, sob supervisão docente.

As atividades ocorreram entre março e junho de 2026, por meio de encontros quinzenais, cada um com uma duração aproximada de uma hora e trinta minutos. O grupo foi composto por mulheres com 60 anos ou mais, encaminhadas pela equipe da unidade de saúde em razão de questões semelhantes relacionadas ao processo de envelhecimento. A identificação dessas demandas fundamentou a organização da modalidade grupal como dispositivo de cuidado desenvolvido pela parceria entre a UBS e o SEP.

Entre um encontro e outro, eram realizadas reuniões de supervisão destinadas à discussão das questões observadas, ao planejamento das atividades subsequentes e à construção

DOI: 10.51161/iv-conasus/86019

das estratégias de intervenção, considerando os aspectos identificados ao longo do processo grupal.

Ao longo da experiência, foram desenvolvidas rodas de conversa, dinâmicas e atividades reflexivas abordando temas como envelhecimento, relações familiares, autocuidado, pertencimento e valorização da trajetória de vida. Cada encontro era planejado com base nas questões emergentes do grupo, respeitando o ritmo e a singularidade de cada participante. Além disso, observou-se que nem todo sofrimento demandava uma intervenção complexa. Muitas vezes, proporcionar um espaço ético de escuta qualificada, acolhimento e validação das vivências das participantes mostrou ser, por si só, uma estratégia potente de cuidado em saúde mental.

3 DISCUSSÃO

A análise da experiência revelou que a articulação entre o Serviço-Escola de Psicologia e a Atenção Primária à Saúde constituiu um elemento central para o desenvolvimento da intervenção, permitindo que as necessidades detectadas no território fossem transformadas em estratégias de cuidado em saúde mental. Enquanto a equipe da Unidade Básica de Saúde contribuiu com o conhecimento das demandas apresentadas pelas participantes e do contexto em que estavam inseridas, o SEP ofereceu supervisão acadêmica, fundamentação teórico-prática e planejamento das intervenções, possibilitando que essas questões fossem trabalhadas de forma contextualizada e sensível às subjetividades das mulheres. Essa complementaridade entre os saberes do serviço e da formação possibilitou a construção de uma proposta de cuidado que não seria tão eficaz se desenvolvida de forma isolada por qualquer uma das instituições, elevando ao mesmo tempo a qualidade da assistência, o processo formativo dos estagiários e fortalecendo o cuidado em saúde mental na APS. Este resultado é coerente com a literatura, que aponta que a integração ensino e serviço favorece práticas mais contextualizadas às necessidades da população e fortalece tanto o cuidado ofertado quanto a capacitação dos futuros profissionais (Nascimento; Silveira; Bonamigo, 2020).

A partir dessa integração, foi possível estruturar um grupo psicológico direcionado às especificidades locais identificadas no território, marcadas por vivências relacionadas ao envelhecimento, às mudanças nas relações familiares, ao sentimento de solidão e à necessidade de espaços de escuta, acolhimento e pertencimento. Entretanto, a constituição desse espaço ocorreu de forma gradual e heterogênea, demandando a construção de vínculos de confiança por meio da apresentação do *setting* terapêutico, dos princípios éticos, dos acordos grupais e do estabelecimento do *rapport*. Ao longo dos encontros, notou-se maior espontaneidade na participação, especialmente de mulheres que inicialmente se mostravam mais reservadas, indicando que a construção de um ambiente acolhedor favoreceu a expressão das experiências e o compartilhamento das vivências. Ademais, observou-se que algumas situações inicialmente percebidas como problemas centrais passaram a ser reinterpretadas pelas próprias participantes após o contato com diferentes perspectivas apresentadas no grupo, indicando processos de reflexão e ressignificação das experiências vividas. Nesse contexto, a modalidade grupal mostrou-se pertinente por possibilitar que questões frequentemente percebidas como individuais fossem reconhecidas, validadas e compartilhadas coletivamente, promovendo identificação entre as idosas e ampliando as possibilidades de reflexão sobre suas trajetórias pessoais. Esses achados dialogam com Damaceno et al. (2022), que destacam as práticas grupais na Atenção Primária à Saúde como importantes estratégias para promoção da saúde mental e fortalecimento da convivência entre pessoas idosas.

A condução do grupo fundamentada na abordagem Humanista também se mostrou significativa para esse contexto. Embora cada encontro contasse com uma proposta inicial, as

atividades eram reorganizadas com base nas demandas que emergiam durante as discussões, respeitando o tempo, a subjetividade e os significados atribuídos por elas às próprias experiências. Com isso, as dinâmicas propostas funcionaram como recursos facilitadores do diálogo, enquanto a relação terapêutica constituiu o principal instrumento de cuidado. Essa condução se alinha à perspectiva rogeriana, ao compreender que a relação terapêutica, pautada na empatia, na aceitação incondicional e na autenticidade, constitui condição essencial para que a pessoa reconheça seus próprios recursos e atribua novos significados às vivências (Rogers, 2009). Considerando que o envelhecimento envolve experiências subjetivas singulares, uma abordagem centrada na pessoa mostrou-se coerente com a proposta de oferecer um cuidado que valorizasse não apenas as queixas principais, mas também a história e a autonomia de cada participante. As supervisões foram essenciais nesse processo ao favorecerem a reflexão crítica sobre os acontecimentos vivenciados no *setting* terapêutico e o redirecionamento das intervenções sempre que necessário, qualificando simultaneamente o cuidado ofertado e o processo formativo dos estagiários.

Além disso, a vivência evidenciou que a atuação na Atenção Primária exige do psicólogo competências que ultrapassam o domínio técnico da prática clínica. A compreensão do funcionamento do SUS, da organização da Rede de Atenção à Saúde e do trabalho interdisciplinar mostrou-se fundamental para o planejamento de intervenções coerentes com as necessidades identificadas pela equipe e com as possibilidades de cuidado disponíveis no território.

Assim, a parceria entre a APS e o SEP extrapolou a utilização do serviço como campo de estágio, sendo capaz de qualificar simultaneamente a formação profissional e as práticas psicológicas desenvolvidas no território.

4 CONCLUSÃO

Os resultados permitiram compreender que a articulação entre a Atenção Primária à Saúde e o Serviço-Escola de Psicologia favoreceu a criação de uma intervenção grupal contextualizada às especificidades territoriais, contribuindo para o reforço das ações voltadas ao bem-estar psicossocial desse público e para a formação dos estagiários. Os achados reforçam o potencial da integração ensino-serviço para qualificar práticas psicológicas na APS. Como perspectiva, espera-se que novas experiências e estudos ampliem a investigação dessa atuação conjunta em diferentes contextos e públicos, fortalecendo a produção de evidências científicas, aprimorando a formação de futuros profissionais da saúde e subsidiando a construção de estratégias cada vez mais alinhadas às necessidades da população.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 18 jul. 2026.

CECCIM, Ricardo Burg; FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. **O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social**. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004.

NASCIMENTO, Adriana Reis do; SILVEIRA, Luiza Maria de Oliveira Braga; BONAMIGO, Andrea Wander. **Integração ensino-serviço em Psicologia e sua efetividade: uma revisão integrativa**. *Saúde em Redes*, v. 6, n. 2, p. 207-221, 2020. DOI: https://doi.org/10.18310/2446-4813.2020v6n2p207-221. Acesso em: 18 jul. 2026.

ROGERS, Carl Ransom. **Tornar-se pessoa**. 6. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2009.

SOUZA, Aline Pereira de; REZENDE, Kátia Terezinha Alves; MARIN, Maria José Sanches; TONHOM, Silvia Franco da Rocha; DAMACENO, Daniela Garcia. **Ações de promoção e proteção à saúde mental do idoso na atenção primária à saúde: uma revisão integrativa**. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 5, p. 1741-1752, 2022. DOI: https://doi.org/10.1590/1413-81232022275.23112021. Acesso em: 18 jul. 2026.

ACOLHIMENTO E COMUNICAÇÃO COM FAMILIARES NO PROTOCOLO DE MORTE ENCEFÁLICA E NO PROCESSO DE DOAÇÃO DE MÚLTIPLOS ÓRGÃOS E TECIDOS

MARIA VANESSA TOMÉ BANDEIRA DE SOUSA; ALINE ALVES BRAGA SOLON; ALINE NABUCO MOREL; ALINE DA CONCEIÇÃO GONÇALVES; SAMIRA ROCHA MAGALHÃES DE ALENCAR; WELLINGTON LUCAS BEZERRA CORREIA; MARIA NÚBIA MENDES DE OLIVEIRA DA ROCHA

RESUMO

Introdução: a comunicação do diagnóstico de morte encefálica (ME) às famílias figura entre os momentos mais delicados da assistência hospitalar, sobretudo quando decorrente de eventos súbitos, como o traumatismo cranioencefálico. Abordagens inadequadas podem ampliar o sofrimento familiar e influenciar negativamente as taxas de doação de órgãos e tecidos. Objetivo: relatar a experiência de uma equipe multiprofissional — enfermeiros capacitados em acolhimento, entrevista familiar e comunicação de notícias difíceis, com apoio de psicólogos e médicos assistentes — no acompanhamento de familiares durante o protocolo de ME e o processo de doação de múltiplos órgãos e tecidos, em hospital público terciário, referência em trauma na região Norte-Nordeste do Brasil. Metodologia: trata-se de um relato de experiência, de natureza descritiva, sobre a vivência profissional sistematizada por instrumento próprio, que orienta quatro momentos da abordagem familiar. Resultados: a experiência evidenciou que a organização do acolhimento em etapas sucessivas — primeiro acolhimento, segundo acolhimento, comunicação do óbito e entrevista familiar —, orientada por roteiro padronizado inspirado no protocolo SPIKES, favorece a compreensão familiar, a escuta ativa e a continuidade do cuidado entre plantões. Conclusão: a atuação articulada de enfermeiros, psicólogos e médicos assistentes, sustentada por instrumentos estruturados de comunicação, contribui para tornar o processo mais humanizado, transparente e tecnicamente seguro, reforçando a relevância da capacitação contínua das equipes de saúde.

Palavras-chave: Enfermagem; Doação de orgãos; Comunicação de notícias dificeis

1 INTRODUÇÃO

A morte encefálica (ME) representa a perda completa e irreversível das funções do encéfalo e é reconhecida no Brasil como o critério legal de óbito, conforme a Lei nº 9.434/1997 (BRASIL, 1997), regulamentada pelo Decreto nº 9.175/2017 (BRASIL, 2017). Os critérios para

DOI: 10.51161/iv-conasus/86021

sua determinação são normatizados pela Resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM) nº 2.173/2017 (CFM, 2017), que substituiu a Resolução CFM nº 1.480/1997 e ampliou o rigor técnico do diagnóstico, exigindo protocolo padronizado, dois exames clínicos por médicos capacitados, teste de apneia e exame complementar comprobatório.

Para as famílias, o momento da comunicação do diagnóstico de ME costuma representar uma das experiências mais dolorosas do processo de adoecimento e morte de um ente querido, sobretudo quando associado a eventos súbitos, como o traumatismo cranioencefálico (TCE), uma das principais causas de ME em hospitais de referência em trauma. A comunicação inadequada dessa notícia pode gerar sofrimento adicional e comprometer a compreensão do processo pela família (MORAES; MASSAROLLO, 2008; MENESES; CASTELLI; COSTA JUNIOR, 2018), refletindo-se, inclusive, nas taxas de recusa à doação de órgãos e tecidos, que permanecem elevadas no país (ABTO, 2023).

Diante desse cenário, protocolos estruturados de comunicação de más notícias, como o SPIKES, originalmente descrito por Baile et al. (2000) e posteriormente adaptado e validado para o contexto da morte encefálica e da doação de órgãos e tecidos (MENESES; CASTELLI; COSTA JUNIOR, 2018; SABA, 2024), têm orientado os profissionais de saúde quanto à escuta ativa, à empatia e à transmissão gradual e verdadeira das informações. A atuação de enfermeiros capacitados em acolhimento e entrevista familiar, associada ao suporte de psicólogos e médicos assistentes, tem se mostrado estratégica para fortalecer o vínculo entre a equipe e a família, reduzir a sobrecarga emocional envolvida e qualificar todo o processo de doação (MORAES; MASSAROLLO, 2008).

Este trabalho descreve a experiência vivida por uma equipe multiprofissional em um hospital público, de nível terciário e referência em trauma para as regiões Norte e Nordeste do Brasil, no acolhimento e na comunicação com familiares de pacientes em processo de diagnóstico de morte encefálica. Por se tratar de unidade de referência regional em trauma, com volume expressivo de vítimas de acidentes de trânsito, quedas e ferimentos por arma de fogo, o traumatismo cranioencefálico grave é uma das principais portas de entrada para a abertura do protocolo de ME, e as famílias costumam ser surpreendidas por um evento súbito, sem preparo emocional prévio — o que torna a qualidade da primeira abordagem determinante para todo o desenrolar do processo. Assim, objetiva-se relatar a experiência de uma equipe multiprofissional no acompanhamento de familiares durante o protocolo de morte encefálica e o processo de doação de múltiplos órgãos e tecidos, em hospital público terciário, referência em trauma na região Norte-Nordeste do Brasil.

2 RELATO DE EXPERIÊNCIA

Trata-se de um relato de experiência, de natureza descritiva, sobre a vivência profissional no acolhimento e na comunicação com familiares de potenciais doadores, desenvolvida em hospital público de grande porte, terciário, referência regional em trauma para os estados do Norte e Nordeste.

A experiência é conduzida por enfermeiros capacitados em acolhimento, entrevista familiar e comunicação de notícias difíceis, vinculados à Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante (CIHDOTT) da instituição, com a participação de psicólogos

DOI: 10.51161/iv-conasus/86021

e de médicos assistentes responsáveis pelo caso clínico. O fluxo assistencial é sistematizado por meio de instrumento próprio — Formulário de Acolhimento e Entrevista Familiar para Doação de Múltiplos Órgãos e Tecidos —, que orienta e documenta quatro momentos essenciais da abordagem à família: (1) primeiro acolhimento, com a comunicação do início do processo diagnóstico de ME; (2) segundo acolhimento, com a comunicação da evolução e dos resultados dos exames; (3) comunicação do óbito, com a certificação da compreensão familiar sobre a ME; e (4) entrevista familiar, com a oferta formal da possibilidade de doação.

Em cada etapa, o instrumento contempla a identificação do paciente e da estrutura familiar, o registro dos familiares com poder de decisão e respectivos contatos, a percepção profissional sobre a compreensão e o estado emocional da família, além da assinatura e do registro de data e horário de cada abordagem, permitindo a continuidade e a rastreabilidade do cuidado ao longo de todo o processo.

Complementarmente ao formulário, a equipe utiliza um roteiro de entrevista que padroniza a linguagem empregada em cada momento da abordagem, definindo a nomenclatura própria do serviço: paciente "possível doador", na iminência da abertura do protocolo (por exemplo, aguardando o tempo de retirada da sedação ou temperatura corporal acima de 35°C); paciente "potencial doador com primeira avaliação clínica", após a abertura do protocolo; e paciente "potencial doador com protocolo fechado", após a confirmação da morte encefálica. O roteiro também referencia os fluxos de apoio institucional — a equipe de captação de órgãos e tecidos, identificada pelo contato "e-DOT", e o encaminhamento pericial ao órgão de perícia forense do estado — e orienta o registro, na passagem de plantão, da compreensão real de cada família, evitando anotações genéricas. A descrição aqui apresentada baseia-se na observação da prática assistencial cotidiana e na análise dos fluxos de acolhimento e do roteiro de entrevista adotados pela instituição, sem identificação de pacientes ou familiares.

2.1 Primeiro acolhimento: comunicação do início do protocolo de morte encefálica

Assim que o paciente é identificado como "possível doador" — diante de lesão encefálica irreversível, ainda na iminência da abertura do protocolo, aguardando o tempo de retirada da sedação ou temperatura corporal acima de 35°C —, a equipe inicia providências que antecedem o contato com a família: avaliação do prontuário social, confirmação de que o plantonista já comunicou a suspeita de ME e acionamento da psicologia. Só então os familiares presentes são acolhidos, em ambiente reservado.

Nesse primeiro acolhimento, o enfermeiro esclarece dúvidas, realiza escuta ativa e informa a necessidade da presença dos familiares de primeiro grau ou companheiro(a) — responsáveis legais para as etapas seguintes —, anota os telefones dos presentes e disponibiliza o contato da e-DOT. A explicação do quadro é feita em linguagem acessível e gradual, sem antecipar o diagnóstico de morte; o roteiro do serviço exemplifica essa abordagem inicial com perguntas como: "Vocês sabem como aconteceu o acidente? Infelizmente o trauma causou um inchaço no cérebro que interrompeu o fluxo de sangue". Essa conduta aproxima-se das etapas iniciais do protocolo SPIKES — preparação do ambiente e verificação da percepção prévia da família — descritas na literatura como determinantes para a receptividade às informações seguintes.

Quando o familiar presente não é o responsável legal, a equipe utiliza uma frase padronizada para justificar, com respeito, a necessidade de convocar os pais ou o cônjuge: "Percebo que você tem uma grande importância na vida dele(a). Porém torna-se necessário a presença dos pais, que de fato são os responsáveis legais, além de ser um direito dos mesmos". A percepção profissional registrada — reações emocionais, dúvidas, eventuais conflitos familiares — subsidia o planejamento das abordagens seguintes e o agendamento de novo encontro, garantindo continuidade mesmo diante de trocas de plantão.

2.2 Segundo acolhimento: abertura do protocolo e comunicação da evolução dos exames

Com a abertura do protocolo, os familiares de primeiro grau (responsáveis legais) são convocados, e a equipe articula com o médico assistente a comunicação do início dos exames confirmatórios. O número de familiares no hospital não é limitado, mas orienta-se que permaneçam na sala apenas os mais próximos — idealmente cinco a seis pessoas —, usando-se duas salas quando necessário. A ausência de familiares de primeiro grau nessa etapa precisa ser justificada no formulário, sendo aceita apenas em casos específicos: inexistência de familiares de primeiro grau, deficiência física ou cognitiva, ou existência apenas de filhos menores de idade.

Ao longo desse encontro, a equipe esclarece dúvidas, realiza escuta ativa, pergunta sobre quem era o paciente como pessoa, valida os sentimentos que emergem, realiza visita à beira do leito, coleta contatos, disponibiliza a e-DOT, orienta os próximos passos e agenda o próximo encontro. Um convite recorrente do roteiro ilustra essa escuta: "Me conte com suas palavras o que você entendeu", seguido, quando necessário, de frases validadoras como "É compreensível sentir que isso é injusto e repentino".

Após o segundo exame confirmatório, os familiares são informados sobre o andamento sempre pelo responsável legal. Quando a conclusão se estende ao dia seguinte, um novo contato — presencial ou telefônico — reforça a necessidade da presença dos familiares de primeiro grau para a eventual liberação do corpo, mantendo-se a escuta ativa e a validação de sentimentos. Observa-se, com frequência, o início do luto antecipatório já nesse momento, reforçando a importância de linguagem consistente entre os profissionais que se revezam no caso.

2.3 Comunicação do óbito: certificação da compreensão da morte encefálica pela família

A comunicação do óbito constitui o momento mais delicado de todo o processo, pois exige que a família compreenda que a morte, do ponto de vista legal e clínico, já ocorreu com a conclusão do protocolo de ME, ainda que o coração continue batendo e a temperatura corporal se mantenha por meio do suporte artificial. Essa dissociação entre o conceito legal de morte e a percepção visual de um corpo aquecido é um dos principais desafios enfrentados pela equipe, exigindo tempo, repetição da informação com palavras simples e disponibilidade para acolher reações de negação, raiva ou incredulidade.

Também nessa etapa os familiares de primeiro grau são convocados, e a equipe articula com o médico assistente a comunicação formal da morte. O roteiro orienta que, após comunicar o óbito, seja feita uma pausa deliberada antes de retomar a escuta ativa, esclarecer dúvidas, perguntar sobre quem era o paciente e oferecer tempo e privacidade. Uma frase do roteiro sintetiza o tom empático: "Sinto muito, não era essa notícia que gostaríamos de dar".

DOI: 10.51161/iv-conasus/86021

Em seguida, a equipe orienta os próximos passos — encaminhamento ao órgão de perícia forense do estado ou preenchimento da Declaração de Óbito — e pergunta se a família já possui funerária, informando sobre o auxílio funeral. Somente após perceber o entendimento e a aceitação da informação é que a equipe oportuniza a doação, articulando comunicação do óbito e entrevista familiar como movimentos sequenciais de um mesmo encontro.

2.4 Entrevista familiar: a oferta da doação de múltiplos órgãos e tecidos

A entrevista familiar é o momento em que se oferece formalmente a possibilidade da doação, sempre após a família demonstrar compreensão e algum grau de aceitação da morte. O roteiro apresenta essa oferta como um direito, não como um pedido, o que se reflete na frase-modelo usada pela equipe: "D. Ana, eu preciso colocar aqui para a senhora uma oportunidade, um direito: o João, antes de ir para a perícia, pode ser um doador de órgãos e tecidos e estar ajudando, mesmo após sua morte, a salvar vidas".

São registrados os familiares presentes, a percepção profissional sobre o entendimento e a disposição da família, o desfecho — entrevista positiva ou negativa —, a manifestação espontânea prévia sobre o desejo de doar, a oferta de auxílio funeral e, em caso de recusa, o motivo relatado — indicador de qualidade que orienta ações futuras de educação em saúde. Diante de negativa inicial, uma das estratégias da equipe é trazer a doação como forma de ressignificar a perda, ajudando a família a enxergar nela uma continuidade do sentido da vida do paciente.

A condução da entrevista busca, ainda, respeitar o tempo de elaboração da família, evitando pressioná-la para uma resposta imediata e reforçando, em qualquer desfecho, que a decisão será acolhida e respeitada pela equipe. Quando a entrevista é positiva, seguem-se os trâmites de avaliação clínica dos órgãos e tecidos e a articulação com a Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDO) do estado; quando negativa, a família recebe suporte para o encaminhamento funerário, sem prejuízo do acompanhamento e da escuta oferecidos até aquele momento.

2.5 Alinhamento e passagem de plantão: continuidade do cuidado entre as equipes

Como o acolhimento se estende, muitas vezes, por mais de um plantão, o serviço institui um alinhamento formal entre as equipes que se revezam com a mesma família. Reforça-se que o registro da compreensão familiar não deve se limitar a anotações genéricas como "família orientada", mas descrever o estado observado — por exemplo, "família demonstrou dúvida sobre a reversibilidade; mãe nega aceitar a morte" —, permitindo que o profissional seguinte retome a abordagem do ponto em que ela ficou.

A passagem de plantão inclui a identificação de duas lideranças no núcleo familiar: o decisor emocional, a quem os demais recorrem para elaborar a perda, e o decisor legal, responsável formal pela autorização de exames, liberação do corpo e entrevista de doação — que nem sempre coincidem na mesma pessoa. Reconhecer essa distinção evita que a comunicação se dirija sempre ao mesmo familiar e ajuda a direcionar, à pessoa certa, as estratégias de escuta e de reversão de uma eventual negativa.

DOI: 10.51161/iv-conasus/86021

3 DISCUSSÃO

A experiência relatada evidencia a importância da atuação conjunta entre enfermeiros, psicólogos e médicos assistentes. Ao enfermeiro cabe a linha de frente do acolhimento, com aplicação do instrumento e do roteiro de entrevista e continuidade do vínculo com a família ao longo de todas as fases; ao psicólogo, o suporte emocional e o manejo de reações intensas; e ao médico assistente, o esclarecimento técnico do quadro clínico e a credibilidade diante de dúvidas sobre o diagnóstico.

Protocolos como o SPIKES, adaptados e validados para o contexto da morte encefálica e da doação de órgãos e tecidos, reforçam que essa comunicação deve contemplar o acolhimento dos sentimentos diante da dor, a empatia, a presença constante da equipe e a oferta de informações verdadeiras em cada etapa. A capacitação contínua de enfermeiros para a comunicação de notícias difíceis, associada ao suporte psicológico à própria equipe, contribui para reduzir o sofrimento das famílias e prevenir o esgotamento profissional dos envolvidos.

A sistematização da abordagem em quatro momentos distintos, sustentada por instrumento próprio e roteiro padronizado, distingue-se de práticas menos estruturadas ao garantir rastreabilidade do cuidado, uniformidade da linguagem entre plantões e maior segurança tanto para a equipe quanto para a família. A distinção entre decisor emocional e decisor legal, por exemplo, ilustra como o refinamento da prática assistencial, construído a partir da vivência cotidiana, pode qualificar processos sensíveis como o da doação de órgãos, corroborando achados da literatura sobre comunicação de más notícias em contextos de perda súbita.

4 CONCLUSÃO

A experiência descrita demonstra que a organização do acolhimento familiar em etapas sucessivas — primeiro acolhimento, segundo acolhimento, comunicação do óbito e entrevista familiar —, sustentada por um formulário e um roteiro de entrevista padronizados, contribui para tornar o processo mais humanizado, transparente e tecnicamente seguro, em conformidade com a Lei nº 9.434/1997 e a Resolução CFM nº 2.173/2017. A atuação de enfermeiros capacitados, articulada ao suporte de psicólogos e médicos assistentes, mostra-se central para qualificar o vínculo com a família em um dos momentos mais delicados da assistência hospitalar, especialmente em unidade pública de grande fluxo de vítimas de trauma.

Recomenda-se a manutenção de programas de capacitação continuada das equipes e o desenvolvimento de estudos futuros que avaliem, de forma quantitativa, a associação entre esse fluxo estruturado de acolhimento e os desfechos das entrevistas familiares, incluindo taxas de consentimento e motivos de recusa.

DOI: 10.51161/iv-conasus/86021

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS (ABTO). Registro Brasileiro de Transplantes. Dados de recusa familiar. São Paulo: ABTO, 2023.

BAILE, W. F.; BUCKMAN, R.; LENZI, R.; GLOBER, G.; BEALE, E. A.; KUDELKA, A. P. SPIKES – A six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. The Oncologist, v. 5, n. 4, p. 302-311, 2000.
BRASIL. Decreto nº 9.175, de 18 de outubro de 2017. Regulamenta a Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, para tratar da disposição de órgãos, tecidos, células e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2017.

BRASIL. Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997. Dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 1997.

BUCKMAN, Robert A. Breaking bad news: the SPIKES strategy. Community Oncology, v. 2, n. 2, p. 138-142, 2005.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). Resolução CFM nº 2.173, de 23 de novembro de 2017. Define os critérios do diagnóstico de morte encefálica. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2017.

MENESES, N. P.; CASTELLI, I.; COSTA JUNIOR, Á. L. Comunicação de morte encefálica a familiares: levantamento com profissionais de saúde. Revista da SBPH, v. 21, n. 1, p. 192-217, 2018.

MORAES, E. L.; MASSAROLLO, M. C. K. B. A recusa familiar para doação de órgãos e tecidos para transplante. Revista Latino-Americana de Enfermagem, v. 16, n. 3, p. 625-629, 2008.

SABA, E. N. Adaptação e validação do protocolo SPIKES para comunicação de más notícias entre profissionais de saúde e famílias de potenciais doadores de órgãos e tecidos. 2024. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2024.

DOI: 10.51161/iv-conasus/86021

O RITMO DO AFETO: COMO O CUIDADO LÚDICO E A CARDIOLOGIA SE ENCONTRAM NOS PRINCÍPIOS DO SUS

JÚLYA DE ARAUJO SILVA MONTEIRO MENDES; THATIANNY RIBEIRO SILVA BARBOSA; ADRIANA DA COSTA COELHO; ADRIANA DE FREITAS RANGEL; DAYANE PORTO VELHO

Introdução: A enfermagem em cardiologia lida com procedimentos complexos e aparelhos de alta tecnologia que costumam assustar os pacientes. No Sistema Único de Saúde (SUS), cuidar com qualidade exige unir a ciência ao lado humano. O cuidado lúdico — que usa recursos criativos, jogos, humor e conversas leves — surge como uma ferramenta para diminuir o medo, ajudar o paciente a seguir o tratamento e colocar em prática os princípios de igualdade e atenção completa do SUS. **Objetivo:** Relatar a experiência profissional na aplicação de intervenções lúdicas associadas aos princípios de universalidade, equidade e integralidade do SUS durante o cuidado de enfermagem a pacientes cardiopatas. **Relato de experiência:** A vivência ocorreu na enfermaria de cardiologia de um hospital universitário no Rio de Janeiro, com foco em adultos internados por problemas graves no coração. No hospital, os pacientes frequentemente sentem ansiedade e solidão. Para mudar essa realidade, foram aplicadas estratégias simples e criativas: o uso de desenhos e maquetes para explicar cirurgias de forma fácil, dinâmicas com jogos sobre alimentação e remédios, e conversas descontraídas que transformavam o momento tenso de medir sinais vitais em um diálogo afetuoso. A equidade do SUS foi praticada ao adaptar a explicação para a realidade de cada pessoa. A integralidade permitiu olhar para o paciente além da sua doença, considerando suas dores emocionais. Essas ações reduziram o estresse visível dos internados, facilitaram o trabalho da equipe e tornaram o ambiente hospitalar mais leve e acolhedor. **Conclusão:** A união entre o cuidado lúdico e a cardiologia fortalece a humanização e confirma os valores do SUS. Essa experiência prova que a alta tecnologia dos hospitais não impede o uso do afeto e da criatividade, mostrando que a enfermagem pode transformar o conhecimento prático em um atendimento mais simples, respeitoso e eficiente para o paciente adulto.

Palavras-chave: **CARDIOLOGIA; JOGOS E BRINQUEDOS; SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

DOI: 10.51161/iv-conasus/86022

"MÃOS QUE VEEM" - EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA EM UM SERVIÇO DE HABILITAÇÃO E REABILITAÇÃO VISUAL INFANTIL

LUCAS POLICARPO MARTINS; LARA SOUSA DE CARVALHO; KARINA PEREIRA DE ARAÚJO; TAÍSA PENHA MENEZES; ANA CLÉA VERAS CAMURÇA VIEIRA

RESUMO

Visão, vínculo afetivo e desenvolvimento infantil são interdependentes principalmente na primeiríssima infância. Desse modo, a deficiência visual, presente logo ao nascer, traz grandes desafios e prejuízos, tanto na relação mãe-bebê, como nos movimentos e na captação de informações. Com isso, surgem as limitações e complicações para o desenvolvimento neuropsicomotor e desempenho ocupacional. O estudo teve como objetivo descrever as ações extensionistas em um serviço ambulatorial de habilitação e reabilitação visual infantil. Trata-se de um relato de experiência, com abordagem qualitativa. Participaram do estudo 03 bolsistas do Projeto "Mãos que Veem", discentes do curso de Terapia Ocupacional, da Universidade Estadual do Ceará, no período de março a junho de 2026. A coleta de informações deu-se a partir do relatório de extensão, planejamento das ações, cronograma e diário de campo. Os achados permitiram compreender a singularidade do olhar dos terapeutas ocupacionais sobre o desempenho ocupacional na infância, e a necessária reflexão sobre o brincar como primeira ocupação do bebe, na promoção e construção de vínculo afetivo com os pais e cuidadores. Desse modo, a seleção e adaptação de brinquedos e recursos durante as atividades de vida diária, favorecem o uso funcional da visão residual. Ao avaliar e orientar os pais com estratégias de cuidado ocupacionais e inclusivos, concorrem positivamente para o aprimoramento do desenvolvimento neuropsicomotor, além da formação pessoal, ética e profissional que une ensino e serviço. Considera-se que as ações extensionistas norteiam práticas profissionais para além do conhecimentos técnicos, trazem protagonismo aos envolvidos, participação social, proximidade com as equipes de saúde, usuários, familias, e imersão à realidade cotidiana dos serviços públicos vinculados ao Sistema Único de Saúde no cuidado integral e humanizado de crianças com deficiência visual.

Palavras-chave: Relações Comunidade-Instituição; Serviços de Saúde Ocular; Terapia Ocupacional.

1 INTRODUÇÃO

A visão do bebê perpassa múltiplas mudanças de modo estrutural e funcional por todo o 1º ano de vida e isso interfere diretamente no desenvolvimento infantil, além de atuar como um órgão sensorial de decodificação e integração das informações de outros sentidos. Assim influencia o desenvolvimento dos aspectos cognitivos, sensório-motores e sociais, no desempenho ocupacional das atividades de vida diária e nas demais ocupações que a criança executa (Nobre *et al*., 2017; Soares, 2022).

DOI: 10.51161/iv-conasus/86029

Sabe-se que a deficiência visual na infância trará prejuízos na captação de informações, em decorrência das conexões entre retina e cérebro, com limitações para focar objetos, acompanhar movimentos, perceber a distância e, consequentemente, as complicações irão refletir no desenvolvimento neuropsicomotor. A deficiência visual dimensiona a identificação de doenças que alteram uma ou mais funções do sistema visual, separadas nas categorias de cegueira e baixa visão (Soares, 2022), que segundo o Artigo 1° da Portaria n° 3.128, de 24 de dezembro de 2008 do Ministério da Saúde:

> Considera-se baixa visão ou visão subnormal, quando o valor da acuidade visual corrigida no melhor olho é menor do que 0,3 e maior ou igual a 0,05 ou seu campo visual é menor do que 20º no melhor olho com a melhor correção óptica (categorias 1 e 2 de graus de comprometimento visual do CID 10) e considera-se cegueira quando esses valores encontram-se abaixo de 0,05 ou o campo visual menor do que 10º (categorias 3, 4 e 5 do CID 10) (Brasil, 2008).

Para além dessas categorias, identifica-se também a deficiência visual cortical, caracterizada por lesões nas regiões cerebrais responsáveis pelo processamento de estímulos visuais, acarretando limitações para decodificar e interpretar imagens, mesmo que as estruturas oculares estejam funcionando normalmente (National Eye Institute, 2024).

No território brasileiro é estimado que há 27 mil crianças com cegueira acometida por doenças oculares que poderiam ter sido evitadas se tratadas de forma precoce. Vale ressaltar, que os erros de refração não corrigidos são a principal causa de deficiência visual infantil (Umbelino e Ávilla, 2023).

Portanto, o acesso ao cuidado e a prevenção de agravos relacionados à saúde ocular em nível de saúde pública, o Ministério da Saúde realizou a portaria nº 793/2012 que dispõe sobre o acesso integral a serviços de saúde, reabilitação e inclusão na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, em especial a pessoa com deficiência visual, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio dos Centros Especializados em Reabilitação (CER), unidades que realizam serviços de diagnóstico, tratamento, adaptações e atendimentos multiprofissionais (Brasil, 2012).

Desse modo, o acesso ao serviço de habilitação e reabilitação visual de forma precoce, representa garantia de resposta positiva, ao estímulo da visão residual, quanto à funcionalidade da visão. É importante destacar, que os projetos extensionistas com bolsistas supervisionados e preparados tecnicamente, oportunizam e potencializam o acesso e assistência aos serviços com equipes multiprofissionais e interdisciplinares, os usuários, familiares e cuidadores que formam um coletivo com responsabilidade social na articulação ensino e serviço.

Nesta perspectiva, o projeto de extensão “Mãos Que Veem” da Universidade Estadual do Ceará visa aproximar a universidade e comunidade, pautado nos objetivos do desenvolvimento sustentável, e incluir os discentes na promoção de ações preventivas e inclusivas nos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. Em consonância com Biscarde, Santos e Silva (2014), afirma-se que projetos de extensão trazem aos acadêmicos a oportunidade de exercer o trabalho em equipe, pois desenvolvem a comunicação, a compreensão, o agir em diferentes situações, além de provocarem a crítica, a análise e a propositividade, divergindo da pedagogia de transmissão tradicional que ainda se faz presente em diversas instituições. Seguindo essa ideia, a criação do projeto busca soluções para os problemas regionais, em destaque a deficiência visual, no Ceará, em que o cuidado da saúde ocular é uma prioridade urgente.

Como parte da equipe multiprofissional, o terapeuta ocupacional atua na identificação de atividades e estímulos mais adequados à fase do desenvolvimento da criança com deficiência visual, ao favorecer o uso funcional da visão durante o desempenho

das atividades de vida diária, ao estimular o uso correto do resíduo visual e integrar as sensações captadas pelos órgãos dos sentidos com as funções psicomotoras que facilitam as habilidades de aprendizagem no cotidiano (Gagliardo e Nobre, 2001; Nobre *et al*., 2017).

O estudo se propôs a descrever as ações extensionistas em um serviço ambulatorial de habilitação e reabilitação visual infantil.

2 RELATO DE EXPERIÊNCIA

Trata-se de um relato de experiência com abordagem qualitativa mediante observação participante que segundo Minayo e Deslandes (2007), se caracteriza como um processo pelo qual um pesquisador se coloca como observador de uma situação social, com a finalidade de realizar uma investigação científica, a partir das vivências no projeto de extensão "Mãos Que Veem" por 03 extensionistas de graduação em Terapia Ocupacional. A experiência ocorreu em um Centro Especializado em Reabilitação (CER) de referência em Fortaleza-CE, especificamente no setor de habilitação e reabilitação visual e na sala de espera, junto ao público de crianças com deficiência visual, familiares e cuidadores.

O projeto "Mãos Que Veem" tem como objetivo capacitar os extensionistas no desenvolvimento de ações inclusivas nos serviços de habilitação e reabilitação visual junto às crianças com deficiência visual, familiares e cuidadores. Por meio dessa proposta, os extensionistas envolvidos participam dos atendimentos do serviço para observar quais ações educativas podem ser mais relevantes para a clientela envolvida.

O serviço de habilitação e reabilitação visual é composto por equipe multidisciplinar de terapeuta ocupacional e fisioterapeuta com atendimentos de 30 minutos com até 02 crianças presentes em sala. Após a intervenção, as orientações são realizadas com os pais, familiares e/ou cuidadores das crianças, de modo, claro, objetivo, com vocabulário acessível e associado a metodologias e estratégias de ensino e aprendizagem de acordo com as dúvidas e demandas.

A coleta de informações deu-se pelo relatório de extensão, planejamento das ações, e diário de campo orientada pelo cronograma do projeto, as atividades desenvolvidas no período de março a junho de 2026 e, as análises de informações ocorreram fundamentadas na literatura nacional e internacional sobre ações de extensão, saúde ocular e reabilitação visual. O estudo está em conformidade com os preceitos éticos do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), e a Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde.

3 DISCUSSÃO

Os registros da experiência apontam que as vivências no serviço de habilitação e reabilitação visual podem desenvolver capacidades técnicas e éticas, ao aprimorar a observação sobre as alterações visuais e o impacto no desenvolvimento neuropsicomotor das crianças. A capacitação em avaliação funcional da visão incluiu ações relacionadas aos processos da função visual, fixação, seguimento, componentes visomotores, perceptivos e interação com os responsáveis.

Ao longo das vivências no serviço, observou-se que a maioria dos casos acompanhados correspondiam a crianças com deficiência visual cortical associada a paralisia cerebral e síndromes raras. Crianças com paralisia cerebral apresentam uma alta prevalência de comprometimento da acuidade visual, a qual muitas vezes não decorre apenas de alterações estruturais do olho, mas de disfunções visuais cerebrais resultantes de lesões nas vias ópticas e nas áreas associativas do córtex cerebral (Colaço *et al*., 2014).

Contudo, a visão atua como um canal de integração entre os estímulos motores, mentais e perceptivos na infância. A limitação desse sentido restringe às experiências da

DOI: 10.51161/iv-conasus/86029

criança com o meio e com os objetos que resulta em atrasos no desenvolvimento neuropsicomotor, especialmente na coordenação motora e na interação social (Souza *et al.,* 2010). Nesse contexto, evidencia-se a importância da intervenção precoce, centrada no estímulo do resíduo visual e no brincar adaptado, que favorece a exploração do ambiente, o desenvolvimento de habilidades visuais e a participação da criança no brincar.

Os recursos terapêuticos utilizados durante os atendimentos eram selecionados de acordo com as necessidades e potencialidades de cada criança, ao respeitar a singularidade e o nível de comprometimento visual apresentado. Entre os materiais destacavam-se tecidos e de diferentes texturas, objetos de alto contraste, especialmente nas cores preta, branca e vermelha, brinquedos sonoros, materiais com diferentes estímulos táteis e recursos com brilho. Esses materiais tinham como finalidade favorecer a exploração ativa, estimular o uso funcional da visão residual, ampliar as experiências sensoriais e promover o desenvolvimento das habilidades perceptuais, motoras e cognitivas. A exploração dos recursos era mediada pela terapeuta ocupacional, que utilizava estratégias individualizadas para incentivar a participação da criança.

Então, a experiência no campo de prática possibilitou compreender a singularidade do olhar da Terapia Ocupacional no processo de habilitação e reabilitação visual, pois o terapeuta ocupacional utiliza a ocupação, especialmente o brincar, como uma das estratégias de intervenção, para isso, o terapeuta seleciona e adapta brinquedos e outros recursos a fim de favorecer o uso funcional da visão residual.

Além disso, durante os atendimentos forneciam devolutiva aos pais ou responsáveis a respeito do que foi realizado em sala, assim como a orientação profissional. Visto que no serviço de reabilitação visual da extensão possui a prática centrada na família, as orientações por parte dos profissionais são essenciais para uma intervenção com maior eficácia e a continuação dos cuidados nos demais ambientes frequentados pela criança (Gagliardo eNobre, 2001).

De acordo com Gagliardo e Nobre (2001), as orientações aos familiares se baseiam nas necessidades e demandas de cada criança, e por meio do estímulo ensinado pelos profissionais de saúde que os pais da criança aplicam, concorre para que tenha efetivação da autonomia ao permitir que a criança utilize funcionalmente a visão e realize todas as etapas do desenvolvimento neuropsicomotor de maneira satisfatória.

O terapeuta ocupacional como profissional que faz parte da equipe multidisciplinar também contribui no auxílio ao diagnóstico de doenças oculares ao fornecer informações qualitativas referentes à funcionalidade visual e ao uso do resíduo visual que a criança desempenha durante o atendimento no serviço de habilitação e reabilitação visual (Nobre *et al*., 2017).

Assim, observou-se que o aprimoramento dos atendimentos, não relaciona-se à prática em si da reabilitação visual, mas a centralidade na família como co-partícipe com ações inclusivas, ao proporcionar habilidades de interação e postura profissional aos extensionistas através do desenvolvimento de ações e espaços de diálogos focados na educação em saúde.

No âmbito dos atendimentos realizados pela terapeuta ocupacional, as intervenções tiveram como finalidade promover a autonomia e a independência da criança com deficiência visual, ao estimular, sempre que possível, o uso funcional da visão residual nas atividades do cotidiano, especialmente durante o brincar, por se tratar de uma ocupação central no desenvolvimento infantil. Nesse contexto, foram desenvolvidas atividades direcionadas às necessidades e potencialidades de cada criança que favorecem o desenvolvimento das habilidades sensório-motoras, cognitivas, perceptuais e funcionais.

Além das intervenções diretas com a criança, o terapeuta ocupacional desempenha um papel fundamental na orientação aos familiares e cuidadores quanto aos recursos,

estratégias e adaptações que podem ser incorporados no cotidiano para favorecer o desenvolvimento infantil. Além disso, busca fortalecer o vínculo entre a criança e a família, com incentivo a participação dos cuidadores no processo terapêutico e destacar a importância do brincar como uma ocupação essencial para a aprendizagem, a interação social e o desenvolvimento como um todo.

4 CONCLUSÃO

As vivências no projeto de extensão "Mãos que Veem", realizadas nos serviços de reabilitação e habilitação visual infantil de um Centro Especializado em Reabilitação (CER) em Fortaleza-CE, evidenciaram que a intervenção precoce e da atuação dos extensionistas terapeutas ocupacionais maximizaram estratégias promotoras de desenvolvimento neuropsicomotor de crianças com déficit visual.

Além disso, observou-se que a orientação aos familiares e cuidadores constituiu um elemento fundamental do processo terapêutico, visto que possibilitou a continuidade do tratamento e fortalecimento do vínculo entre a criança, familiares e rede de apoio. Portanto, houve benefícios para todos os envolvidos ao proporcionar imersão da realidade cotidiana dos serviços públicos vinculados ao Sistema Único de Saúde no cuidado integral e humanizado à criança com deficiência visual.

Como limitações do estudo, tem-se o fator deste relato ser baseado na experiência em apenas um CER, além disso, os participantes do serviço apresentaram faltas frequentes.

Recomenda-se a ampliação de novos projetos de extensão a fim de gerar conhecimentos acerca do contexto da habilitação e reabilitação visual infantil, com futuras pesquisas, práticas educativas e formação profissional cidadã.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 3.128, de 24 de dezembro de 2008. Define que as Redes Estaduais de Atenção à Pessoa com Deficiência Visual sejam compostas por ações na atenção básica e Serviços de Reabilitação Visual. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2008. p. 129.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2012.

BISCARDE, D. G. S.; PEREIRA-SANTOS, M.; SILVA, L. B. Formação em saúde, extensão universitária e Sistema Único de Saúde (SUS): conexões necessárias entre conhecimento e intervenção centradas na realidade e repercussões no processo formativo. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 18, n. 48, p. 177-186, 2014.

COLAÇO, M. L. *et al*. O olho e a visão em crianças com paralisia cerebral – manifestações oftalmológicas a propósito de 16 casos. **Revista da Sociedade Portuguesa de Oftalmologia**, Lisboa, v. 38, n. 1, p. 50-54, 2014.

GAGLIARDO, H. G. R.; NOBRE, M. I. R. S. Intervenção precoce na criança com baixa visão. **Revista Neurociências**, v. 9, n. 1, p. 16-19, 2001.

MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 25. ed. rev. atual. Petrópolis: Vozes, 2007.

NATIONAL EYE INSTITUTE (NEI). Cerebral visual impairment (CVI). **NEI Learn About Eye Health, NIH**, 2024. Disponível em: https://www.nei.nih.gov/learn-about-eye-health/eye-conditions-and-diseases/cerebral-visual-i mpairment-cvi. Acesso em: 20 jul. 2026.

NOBRE, M. I. R. S. *et al.* Atendimento de Terapia Ocupacional em serviço de visão subnormal: caracterização dos usuários. **Rev. Benjamin Constant**. 2017.

UMBELINO, C. C.; ÁVILLA, M. P. **As condições de saúde ocular - 2023**. São Paulo: Conselho Brasileiro de Oftalmologia, 2023.

SOARES, L. R. S. **Assistência terapêutica ocupacional no cuidado de crianças com deficiência visual: revisão integrativa**. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Terapia Ocupacional) – Universidade Federal do Pernambuco, Recife, 13 f. 2022.

SOUZA, T. A. *et al.* Descrição do desenvolvimento neuropsicomotor e visual de crianças com deficiência visual. **Arquivos Brasileiros de Oftalmologia**, São Paulo, v. 73, n. 6, p. 526-530, 2010.

DOI: 10.51161/iv-conasus/86029

FOTOBIOMODULAÇÃO E TERAPIA FOTODINÂMICA ANTIMICROBIANA COMO RECURSOS COMPLEMENTARES EM CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS DO SUS: RELATO DE EXPERIÊNCIA EM SÃO MATEUS, SÃO PAULO

TATIANA STEINHAUSER GENEROSO; LUIZ ADRIANO TEIXEIRA DO REGO BARROS; LAURA GONÇALVES ALDRIGHI; JONATHAN NATHANAEL BRITO; LUCYENE MIGUITA LUIZ; MONICA CILENE VIEIRA BEZERRA; JORGE LUIZ CASCEANO

Introdução: No contexto do Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) do Sistema Único de Saúde (SUS), são frequentes demandas de maior complexidade clínica, funcional e comportamental, incluindo dor, lesões de mucosa, infecções odontogênicas, intercorrências pós-operatórias e dificuldades de adesão ao tratamento. Essas condições podem comprometer alimentação, higiene oral, fala, conforto, vínculo terapêutico e continuidade do cuidado. Nesse cenário, recursos tecnológicos adjuvantes, como a fotobiomodulação e a terapia fotodinâmica antimicrobiana, destacam-se por serem minimamente invasivos, aplicáveis em ambiente ambulatorial e potencialmente úteis para analgesia, modulação inflamatória, reparo tecidual e redução microbiana complementar. **Objetivo:** Relatar a experiência de um CEO do SUS na utilização da fotobiomodulação e da terapia fotodinâmica antimicrobiana como recursos complementares ao cuidado odontológico especializado. **Relato de experiência:** Trata-se de relato de experiência descritivo, baseado em atendimentos realizados entre 2025 e 2026 em um CEO localizado em São Mateus, São Paulo. As aplicações foram realizadas de forma complementar ao tratamento convencional, respeitando diagnóstico clínico, indicação individualizada, biossegurança e registro em prontuário. Foram incluídas situações relacionadas à estomatologia, pacientes com necessidades especiais, endodontia e prótese dentária. A fotobiomodulação foi empregada para analgesia, modulação inflamatória, redução de edema e estímulo ao reparo tecidual, enquanto a terapia fotodinâmica antimicrobiana foi utilizada como estratégia adjuvante de descontaminação, associando fotossensibilizador à base de azul de metileno e irradiação com laser vermelho em casos selecionados. **Conclusão:** A experiência demonstrou que essas tecnologias são viáveis no ambiente ambulatorial do SUS, contribuindo para maior conforto, humanização, tolerância ao atendimento, reparo tecidual e apoio à redução microbiana em procedimentos selecionados. Sua implementação deve ocorrer de forma adjuvante, sem substituir o tratamento convencional, vinculada a protocolos, capacitação da equipe interdisciplinar, registro sistemático e acompanhamento clínico.

Palavras-chave: **CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS; FOTOBIOMODULAÇÃO; TERAPIAFOTODINÂMICA ANTIMICROBIAN**

DOI: 10.51161/iv-conasus/86035

VIVÊNCIA INTEGRADA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA AMAZÔNIA CENTRAL: RELATO DE EXPERIÊNCIA DE ACADÊMICOS DE MEDICINA EM COARI-AM

JULIANA MOURÃO CASTRO; CLARA NAÍBY DE OLIVEIRA MARQUES; MARIA MANOELA COSTA CARVALHO; VICTOR GABRIEL TELLES RIBEIRO; VITÓRIA JAMILLY NUNES CARDOSO FERREIRA; EURIDES SOUZA DE LIMA

Introdução: A inserção de estudantes de medicina na Atenção Primária à Saúde (APS) é um pilar das Diretrizes Curriculares Nacionais para a compreensão dos determinantes sociais da saúde. Na Amazônia Ocidental, essa prática ganha relevância dadas as marcantes barreiras geográficas, demográficas e estruturais. O módulo de Vivência Integrada às Populações Amazônicas I (VIPA I), do Instituto de Saúde e Biotecnologia da Universidade Federal do Amazonas (UFAM), consolida essa diretriz ao inserir acadêmicos do primeiro período na malha do Sistema Único de Saúde (SUS) no interior do estado. **Objetivo:** Relatar a experiência de acadêmicos do primeiro período de Medicina durante as atividades do módulo VIPA I em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) urbana na periferia de Coari-AM. **Metodologia:** Trata-se de um relato de experiência descritivo e observacional das atividades do módulo VIPA I, conduzido de 10 de junho a 3 de julho de 2026. As práticas ocorreram na UBS Luiz Carlos Herval, no bairro União, em Coari, Amazonas. A vivência envolveu o acompanhamento de rotinas no setor de imunização, dinâmicas de consultas médicas e de enfermagem das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), além de visitas domiciliares supervisionadas por Agentes Comunitários de Saúde (ACS). **Resultados:** A UBS atende a três bairros periféricos: União, Naide Lins e Caracol. Observou-se que, enquanto os moradores do bairro União desfrutam de fácil acesso pela proximidade com a unidade, as populações de Naide Lins e Caracol sofrem com o isolamento geográfico como um forte determinante social. A falta de transporte público e as barreiras físicas locais limitam a adesão a tratamentos contínuos, ao pré-natal e ao calendário vacinal. Essas limitações territoriais também sobrecarregam a logística de busca ativa e as visitas periódicas dos ACS. A vivência permitiu correlacionar a teoria do SUS com as iniquidades em saúde geradas pelas vulnerabilidades de infraestrutura na Amazônia. **Conclusão:** A inserção prática precoce na graduação promove uma formação médica reflexiva e humanizada. O contato com o território evidenciou que a dinâmica de saúde na Amazônia exige estratégias sensíveis às distâncias geográficas para assegurar a equidade e a universalidade do cuidado.

Palavras-chave: **ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE; EDUCAÇÃO MÉDICA; POPULAÇÕES AMAZÔNICAS**

DOI: 10.51161/iv-conasus/86036

SAÚDE DO IDOSO E ENVELHECIMENTO POPULACIONAL: RELATO DE EXPERIÊNCIA EM AÇÃO EXTENSIONISTA

EVELYN CARNEIRO ABREU; HELOIZA BRITO VALE

Introdução: O envelhecimento populacional representa um dos principais desafios para os sistemas de saúde, exigindo estratégias voltadas à promoção do envelhecimento saudável, prevenção de doenças e fortalecimento da autonomia da pessoa idosa. Nesse contexto, as ações extensionistas constituem importante ferramenta para aproximar a universidade da comunidade, promovendo educação em saúde e incentivando o cuidado integral, humanizado e baseado nas necessidades da população idosa. **Objetivo:** Relatar a experiência vivenciada por acadêmicos de Medicina durante uma ação extensionista voltada à promoção da saúde da pessoa idosa, destacando as contribuições da atividade para a comunidade e para a formação acadêmica. **Relato de experiência:** A ação foi desenvolvida em um espaço comunitário com participação de idosos residentes do município, por meio de atividades educativas e interativas abordando envelhecimento saudável, prevenção de quedas, prática de atividade física, alimentação equilibrada, uso racional de medicamentos e importância do acompanhamento periódico na Atenção Primária à Saúde. A metodologia privilegiou linguagem acessível, diálogo e troca de experiências entre participantes e acadêmicos, favorecendo a participação ativa do público. Durante a atividade, observou-se grande interesse dos idosos, que compartilharam dúvidas, experiências pessoais e dificuldades enfrentadas no cotidiano relacionadas ao processo de envelhecimento. A interação permitiu esclarecer informações, estimular hábitos saudáveis e fortalecer o vínculo entre universidade e comunidade. Para os acadêmicos, a experiência contribuiu para o desenvolvimento de habilidades de comunicação, escuta qualificada, trabalho em equipe e compreensão dos aspectos biopsicossociais envolvidos no cuidado à pessoa idosa. **Conclusão:** A experiência evidenciou que ações extensionistas direcionadas à população idosa constituem importantes estratégias de promoção da saúde, prevenção de agravos e fortalecimento da autonomia. Além dos benefícios proporcionados à comunidade, a atividade favoreceu uma formação médica mais humanizada, crítica e comprometida com as demandas decorrentes do envelhecimento populacional.

Palavras-chave: **LONGEVIDADE; GERIATRIA; QUALIDADE DE VIDA**

DOI: 10.51161/iv-conasus/86041

SÍNDROME DE BURNOUT EM PROFISSIONAIS DE SAÚDE QUE ATUAM EM UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO

RAFAEL BEZERRA DUARTE; MARIANE OLIVEIRA DE SOUSA FERNANDES; RAQUEL SOUZA DA COSTA; PRISCILLA THAYLA RODRIGUES DE ANDRADE; JARDÊNIA LINHARES MARTINS; SAMARA MARQUES LIMA; NEILIANE TEIXEIRA LIMA BLEASBY MUNIZ

Introdução: A Síndrome de Burnout é uma resposta ao estresse ocupacional crônico relacionado ao ambiente de trabalho, caracterizada por esgotamento físico e mental, desânimo e, em casos mais graves, depressão. Atualmente, é considerada um problema de saúde pública, com maior incidência entre profissionais que atuam em Unidades de Pronto Atendimento. **Objetivo:** Analisar a literatura científica acerca da Síndrome de Burnout em profissionais de saúde que atuam em Unidades de Pronto Atendimento. **Metodologia:** Trata-se de uma Revisão Integrativa da Literatura. A busca do artigos foi realizada no mês junho de 2026 na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e na Scientific Electronic Library Online (SciELO), utilizando os descritores "Esgotamento profissional", "Profissionais de saúde" e "Emergência", combinados pelo operador booleano “AND”. Foram incluídos artigos completos, disponíveis eletronicamente, publicados em português, sem período de publicações, devido à escassez de produções na área. Foram excluídos os artigos duplicados, revisões e aqueles que não respondiam a questão norteadora. **Resultados:** Foram identificados 287 artigos nas bases pesquisadas. Após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, 13 estudos atenderam aos critérios de elegibilidade e compuseram a amostra final da revisão. Prontamente, os estudos evidenciaram que os principais sinais da Síndrome de Burnout entre profissionais de saúde atuantes em Unidades de Pronto Atendimento incluem exaustão emocional, despersonalização, elevados níveis de estresse, esgotamento físico e emocional e redução da realização profissional. Entre os fatores associados ao seu desenvolvimento destacam-se longas jornadas de trabalho, insatisfação profissional, pressão do ambiente de urgência e emergência, exposição frequente ao sofrimento dos pacientes, deficiência na estrutura e organização dos serviços, escassez de insumos e insuficiência de profissionais. As principais consequências identificadas foram redução do desempenho profissional, comprometimento das relações interpessoais, prejuízo à qualidade da assistência e impactos na saúde física e mental. **Conclusão:** Conclui-se que a Síndrome de Burnout representa um importante problema de saúde entre profissionais que atuam em Unidades de Pronto Atendimento, estando relacionada às condições e à organização do trabalho. Esses achados reforçam a necessidade de estratégias institucionais voltadas à promoção da saúde mental, à melhoria das condições de trabalho e à prevenção do adoecimento ocupacional.

Palavras-chave: **PROFISSIONAIS DE SAÚDE; SÍNDROME DE BURNOUT; UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO**

DOI: 10.51161/iv-conasus/86043

PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NA TERAPIA OCUPACIONAL E NA FISIOTERAPIA: RELATO DE EXPERIÊNCIA DE AÇÃO DE EXTENSÃO COM AROMATERAPIA, AURICULOTERAPIA E YOGA NO ÂMBITO DO SUS E ILPS

DANIELE BASTOS TOMÉ DE SOUSA; ANA JÚLLIA RAMOS RIBEIRO; RAFAELA SOUSA DA SILVA CARDOSO; THIAGO MAGALHÃES DA SILVA GONÇALVES; ANA CAROLINNE RODRIGUES NOGUEIRA; JULIANA PINHEIRO PEREIRA; FELIPE SOARES PEÇANHA

Introdução: O Sistema Único de Saúde (SUS) promove a integralidade da atenção, e a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) reconhece recursos terapêuticos não farmacológicos. A integração da extensão universitária com profissões de saúde, como Terapia Ocupacional e Fisioterapia, otimiza a implementação dessas práticas na Atenção Básica, visando o bem-estar e o manejo de dores crônicas e transtornos ansiosos. **Objetivo:** Este trabalho relata a experiência de uma ação de extensão universitária que aplicou três Práticas Integrativas e Complementares (PICS) junto a idosos institucionalizados, comunidade assistida e pacientes de uma clínica-escola, discutindo desafios e perspectivas para a saúde pública. **Relato de experiência:** Trata-se de um relato de experiência descritivo e qualitativo, baseado na vivência de discentes e docentes em oficinas terapêuticas. As intervenções incluíram aromaterapia e o uso de óleos essenciais de cedro e laranja doce em idosos residentes em Instituições de Longa Permanência (ILPI), sessões de auriculoterapia para alívio de dor e estresse na comunidade de transtornos mentais CAPS II Saquarema(Centro de Atenção Psicossocial), e práticas de yoga para regulação sensório-motora e postural de crianças neurodivergentes em uma clínica-escola de fisioterapia pediátrica. A sistematização ocorreu por observação participante e registro qualitativo das dinâmicas, interpretados sob a legislação vigente. Os resultados indicam alta aceitabilidade pelos participantes, com relatos de melhora na ansiedade, qualidade do sono e relaxamento muscular. A experiência demonstrou o potencial das PICS como tecnologias de cuidado de baixo custo e fácil aplicabilidade, capazes de expandir a clínica e promover a prevenção quaternária. **Conclusão:** Contudo, foram identificados desafios, como a limitação de insumos específicos e a necessidade de maior sensibilização dos gestores para a plena incorporação dessas práticas nos serviços. Conclui-se que a aromaterapia, auriculoterapia e yoga se consolidam como recursos terapêuticos interdisciplinares alinhados aos princípios da integralidade. A vivência extensionista é crucial para a formação de profissionais capacitados na humanização do cuidado, sublinhando a urgência de investimentos para a efetivação da PNPIC

Palavras-chave: **HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA; PROMOÇAO DE SAUDE; SAUDE PUBLICA**

DA SOLIDÃO AO PERTENCIMENTO: UMA ESTRATÉGIA COMUNITÁRIA PARA RECONSTRUÇÃO DE VÍNCULOS E FORTALECIMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DA PESSOA IDOSA

DANILO LEÃO RIBEIRO; CLAUDIA MONTEIRO FERRAZZI FERREIRA

Introdução: A solidão, associada à perda progressiva da autonomia, à fragilização dos vínculos sociais e à redução da participação comunitária, configura importante determinante social da saúde entre pessoas idosas, repercutindo sobre a saúde mental, a funcionalidade, a adesão ao tratamento e a utilização dos equipamentos de saúde. Nesse contexto, a Atenção Primária à Saúde (APS) possui papel estratégico na construção de práticas comunitárias capazes de fortalecer vínculos, promover pertencimento enquanto indivíduo e ampliar o cuidado integral, superando modelos assistenciais centrados exclusivamente na doença. **Objetivo:** Relatar a experiência de uma estratégia comunitária de promoção da saúde mental desenvolvida na Atenção Primária à Saúde, destacando seus impactos no enfrentamento da solidão, no fortalecimento dos vínculos e na ampliação do cuidado integral à pessoa idosa. **Relato de experiência:** A experiência foi desenvolvida em duas Unidades Básicas de Saúde de um município de pequeno porte, envolvendo 22 pessoas idosas em situação de isolamento social, tristeza persistente, fragilidade das redes de apoio, sintomas ansiosos e depressivos, baixa adesão ao acompanhamento em saúde e reduzido vínculo com a APS. Foram realizados encontros quinzenais durante mais de um ano, articulando rodas de conversa, psicoeducação, atividades psicomotoras e de estimulação cognitiva, práticas de autocuidado e ações comunitárias em equipamentos culturais e espaços públicos do município e de cidades vizinhas. Para parte dos participantes, foi o primeiro contato com bibliotecas e museus, ampliando a participação social e exercício da cidadania. A estratégia deslocou o cuidado do modelo centrado exclusivamente na demanda clínica para uma abordagem territorial, comunitária e interprofissional, fortalecendo o vínculo entre usuários, equipe e território. Observou-se maior aproximação com a Unidade Básica de Saúde, fortalecimento do autocuidado, reconstrução de vínculos interpessoais, resgate do sentimento de pertencimento e maior participação nas ações de promoção da saúde. **Conclusão:** A experiência demonstrou que o enfrentamento da solidão na velhice extrapola a promoção da saúde mental, constituindo uma estratégia de fortalecimento da Atenção Primária à Saúde. Ao ampliar vínculos, pertencimento, participação social e acesso aos serviços, a intervenção qualificou o cuidado integral e evidenciou uma prática de baixo custo, elevada aplicabilidade e potencial de replicação em diferentes territórios do SUS.

Palavras-chave: **ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE; SAÚDE MENTAL; SAÚDE DA PESSOA IDOSA**

DOI: 10.51161/iv-conasus/86046

A APOSTA NO "TRABALHO VIVO" EM SAÚDE MENTAL A PARTIR DA EXPERIÊNCIA DE ESTÁGIO NO PROGRAMA DE INTENSIFICAÇÃO DE CUIDADOS EM UM CAPS II DA CIDADE DE SALVADOR/BAHIA

TATYANE MARCELE LIMA DE PAULA; MARCELO MAGALHÃES ANDRADE; LYGIA PEDREIRA DE FREITAS JONES; GABRIEL VASCONCELOS DA ANUNCIAÇÃO; MILLENA GÓES-SIQUEIRA; MICHELLE DE ARAÚJO; MATHEUS PORTELA CARVALHO

RESUMO

O Programa de Intensificação de Cuidados (PIC) em saúde mental operacionaliza os princípios da Reforma Psiquiátrica no cuidado ampliado e territorializado aos usuários do serviço de saúde mental como o CAPS II, e também representa o fomento à formação universitária antimanicomial pautada na clínica ampliada e na reabilitação psicossocial. Tendo sido criado e executado no período de 2004 a 2008 pelos professores Marcos Vinicíus e Eduarda Mota, em 2018 o PIC foi retomado e reformulado pelos professores Marcelo Magalhães Andrade e Vládia Jucá no Instituto de Psicologia e Serviço Social da UFBA, passando a ter como campo de prática o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e sendo denominado PICAPS. Esse projeto se apresenta como terreno fértil para a participação ativa do usuário na construção do seu projeto terapêutico e para o exercício do trabalho vivo, em que há produção do cuidado a partir do investimento em tecnologias leves e relacionais. Este trabalho tem como objetivo compartilhar a experiência do estágio curricular em psicologia nos semestres de 2025.2 e 2026.1, sob orientação e acompanhamento do professor responsável e das preceptoras de campo, em um CAPS II da cidade de Salvador/Bahia, e realizar reflexões teórico-clínicas a partir das vivências compartilhadas. Nesta experiência de 1 ano oportunizada pelo estágio, foram realizadas diversas atividades no território, protagonizadas pelos usuários, tendo as/os estudantes como assessores existenciais, sob supervisão das preceptoras e do professor responsável. Todas as atividades possuem em comum o direcionamento ético, político e técnico do acompanhamento terapêutico e reforma psiquiátrica. Durante a experiência foram observados diferentes desafios, como enfrentar a lógica manicomial ainda presente nos serviços de saúde e a precariedade no contexto de vida de alguns/mas usuários/as, mas também potencialidades, como o fortalecimento da autonomia dos sujeitos acompanhados e criação de novas e diferentes maneiras de estar no mundo e lidar com o próprio processo de saúde-doença-cuidado.

Palavras-chave: Acompanhamento Terapêutico; Reforma Psiquiátrica; Ensino-Serviço-Comunidade.

DOI: 10.51161/iv-conasus/86047

1 INTRODUÇÃO

O Programa de Intensificação de Cuidados (PIC) a Pacientes Psicóticos nasceu em 2004 a partir da aposta no cuidado a pacientes graves em liberdade. Idealizado numa parceria entre o professor Marcus Vinicius Oliveira e a professora Eduarda Mota, o PIC tinha como objetivo acompanhar, de forma intensiva, através da atenção domiciliar semanal, usuárias/os psicóticas/os matriculadas/os no ambulatório do HEML (Hospital Especializado Mário Leal) e aconteceu entre 2004 e 2008. A Intensificação Cuidados representa um conjunto de procedimentos terapêuticos direcionados ao sujeito e seus vínculos, visando o seu fortalecimento (Silva, 2007). Posteriormente, de 2008 a 2012, os professores Marcus Vinícius e Eduarda Mota criaram o Programa de Atenção Domiciliar à Crise de Pacientes Psicóticos (PADAC), experiência ganhadora do Prêmio InovaSUS de 2015, que se caracterizava como um programa no qual o campo de trabalho passou a ser o domicílio dos pacientes vinculados a um Centro de Atenção Psicossocial de Salvador/Bahia.

O novo PIC (PICAPS) é o restabelecimento desse programa, a partir de 2018, na condição de Programa de Estágio Curricular em Psicologia na área da Atenção à Saúde e de uma Atividade de Extensão pelo Prof. Marcelo Magalhães Andrade e a Profa. Vládia Jucá no curso de Psicologia, do Instituto de Psicologia e Serviço Social (IPSS) da UFBA, em parceria com diferentes Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) na cidade de Salvador/Bahia. Esta modalidade de cuidado em saúde mental operacionaliza os princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) no cuidado centralizado na/o usuária/o, pautado na clínica ampliada e reabilitação psicossocial, configurando-se como terreno fértil para a participação ativa da/o usuária/o na construção do seu projeto terapêutico e para o exercício da autonomia e cidadania (Brasil, 2001, 2011; Campos, 1997).

O PICAPS aposta no uso de tecnologias leves, relacionais, baseadas no processo de vínculo entre usuárias/os, técnicas/os e estagiárias/os ou extensionistas no papel de cuidador/a no contexto da Atenção Domiciliar (AD). O Acompanhamento Terapêutico (AT) é utilizado como ferramenta e dispositivo clínico para orientar um modo de interação terapêutica que integra a convivência com a sociedade no atravessamento dos territórios percorridos pelo sujeito com o auxílio no acompanhante terapêutico (at) (Barretto, 2012). E assessoramento em situações cotidianas associado aos direitos e ao exercício da cidadania (Silva, 2007)

O objetivo do programa é que as/os estudantes desenvolvam a habilidade de realizar diagnósticos clínicos que sejam sensíveis ao contexto cultural e social dos sujeitos atendidos, reconhecendo os casos que demandam intensificação de cuidados, tal como que sejam guiadas/os pela prática pautada no horizonte clínico-ético-político da RPB (Brasil, 2001), utilizando o referencial da clínica psicanalítica. Além disso, busca promover o raciocínio clínico para a escolha das estratégias a serem utilizadas em cada caso, em negociação e deliberação conjunta com a equipe de referência. Objetiva-se também o desenvolvimento e aprimoramento das habilidades necessárias para o trabalho em território, com ênfase para: AD e AT, visando o cuidado ampliado e o assessoramento existencial (Barretto, 2012; Silva *et al.,* 2010). Bem como, atuar para a efetivação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e todas as políticas públicas que se façam necessárias em cada caso a partir da intersetorialidade, além de saber construir e acompanhar, com a/o usuária/o, com a família e com a equipe multidisciplinar, Projetos Terapêuticos Singulares (PTS).

Nesse sentido, a aposta realizada no PICAPS é a de que o cuidado seja produzido a partir de um trabalho vivo, que envolve a interação com diferentes tipos de tecnologias para a produção do cuidado, investindo sobretudo nas tecnologias leves e relacionais que englobam a participação da/o usuária/o de forma ativa. De acordo com Merhy e Franco (2003), as tecnologias em saúde podem ser descritas como duras, caracterizadas pelos instrumentos que podem ser utilizados, leve duras, se tratando do saber técnico estruturado, e tecnologias leves,

pautadas no aspecto relacional. Tendo em vista o exposto, o objetivo do presente trabalho é compartilhar a experiência do estágio curricular em psicologia nos semestres de 2025.2 e 2026.1, sob orientação e acompanhamento do professor responsável e das preceptoras de campo, em um CAPS II da cidade de Salvador/Bahia.

2 RELATO DE EXPERIÊNCIA

O estágio conta com três turnos semanais, sendo estes direcionados à prática, à supervisão clínica e ao grupo de estudos. No turno do grupo de estudos, as/os estagiárias/os se reúnem com o professor responsável para discutir bases teóricas acerca da história da loucura e dos transtornos mentais, do percurso sócio-histórico da RPB, do AT e dos efeitos psicossociais e biológicos de psicofármacos. No espaço da supervisão são apresentados e discutidos os casos, problematizados os diagnósticos, construído o raciocínio clínico a partir da história de vida do sujeito, história do adoecimento e dos conteúdos que surgem nos encontros, sendo definidas condutas e guias para a atuação. Também, é estimulado que as/os estudantes compartilhem as afetações relacionadas ao caso, compreendendo que as/os estagiárias/os também são cidadãs/os atravessadas/os pelos marcadores sociais da diferença, como gênero, raça, classe e sexualidade, cujo corpo está na cena do cuidado e não passa ao largo dos efeitos dos encontros.

Os critérios construídos até o momento para participar do programa são: alto número de internações, complexidade do caso na junção entre gravidade clínica e vulnerabilidade social, pessoas com dificuldade de acesso e construção de vínculo com o serviço, comprometimento da sociabilidade e do exercício de cidadania e histórico de longo período de tratamento no CAPS, não sendo restrito a casos de psicose, tendo em vista que as crises e os fenômenos de desagregação psíquica e ruptura de laços não são exclusivos desta estrutura psíquica.

Antes do acompanhamento ser iniciado, é discutido e elencado entre a equipe do serviço de saúde mental quem são as/os usuárias/os que podem se beneficiar da participação no programa e é oferecido à/ao usuária/o essa modalidade de acompanhamento, que pode ou não ser aceita e integrada ao PTS. Concomitantemente, os casos são apresentados ao professor responsável e às/aos estudantes que cursam o componente de estágio curricular no curso de graduação de Psicologia da UFBA. Após alinhamento entre todas/os atores que compõem essa cena do cuidado, é iniciado o acompanhamento e são traçados alguns objetivos iniciais de acordo com as demandas apresentadas por cada sujeito. As visitas domiciliares ocorrem frequentemente na periodicidade semanal e em dupla de estudantes, ainda que o acompanhamento não seja necessariamente interrompido caso a/o estudante esteja atuando de modo individual. Nesses casos, é ponderado o risco e benefício do segmento da prática, periculosidade do território em que está inserido, possibilidade de circulação de chegada e saída para a realização do AT e o vínculo construído com a/o usuária/o.

Durante o período do estágio (1 ano), foram realizadas atividades como visitas domiciliares, apoio em atividades do cotidiano domiciliar quando necessário, passeios em praças e parques do bairro onde a/o usuária/o reside, em shoppings e praias, escuta aos familiares e rede de apoio que reside no território. Essas atividades possuíram como objetivo resgatar os desejos e subjetividades singulares dos sujeitos a partir do seus PTS e dos raciocínios clínicos construídos em supervisão. O auxílio na busca por atendimento na atenção básica, acompanhamento para a realização do Passe Livre, acompanhamento em atividades de promoção da saúde na atenção básica, visitas à/ao usuária/o durante internamento hospitalar, acompanhamento de consulta médica no próprio serviço de saúde, bem como em atividades culturais externas do serviço de saúde, dentre outros, foram as atividades que voltaram-se ao resgate do exercício de cidadania e participação com a comunidade das/dos usuários.

A relação usuária/o e estagiária/o/ extensionista durante os encontros, nos quais o modo de agir singular de cada sujeito produziu os vínculos durante o ato do trabalho vivo (Merhy e Franco, 2003), tornou possível processos de saúde-cuidado (Silva *et al.*, 2018). Enquanto as/os estagiárias/os buscavam fortalecer a autonomia dos assistidos, também foi possível vivenciar uma experiência de autonomia e mais confiança nas atuações como at e profissional da saúde mental. Todas as atividades convergem para um ponto comum: a ética que guia e direciona qualquer uma dessas práticas, tendo como base de sustentação a clínica ampliada e a atenção psicossocial (Côrtes *et al.*, 2011).

3 DISCUSSÃO

A presença do at sustenta experiências e favorece a construção de contornos para o sofrimento psíquico sem substituir o sujeito em sua existência, constituindo uma presença cuja função é organizadora (Barretto, 2012). Tal compreensão mostrou-se fundamental durante todo o percurso das visitas domiciliares, uma vez que as intervenções não tinham como objetivo confrontar sintomas ou corrigir pensamentos considerados delirantes, mas construir, junto à/ao usuária/o, possibilidades de vinculação, circulação, elaboração e produção de novos sentidos para sua experiência.

Como dito anteriormente, uma das premissas fundamentais da RPB é de que o território não se constitui apenas como cenário para intervenções clínicas, mas espaço privilegiado de produção de cidadania, de vínculos, de pertencimento e reconhecimento social. Circular pela cidade, frequentar equipamentos públicos, participar de atividades comunitárias e estabelecer vínculos extrapolam o objetivo de entretenimento, constituindo intervenções psicossociais que impactam usuária/o e comunidade (Tristão *et al.*, 2017). O cuidado deixa de estar restrito às paredes dos serviços de saúde e passa a acontecer nos encontros cotidianos, nas pequenas negociações sociais, nas possibilidades concretas de participação comunitária e na integração familiar para além dos processos de saúde-doença-cuidado (Silva *et al*., 2018).

Sob a perspectiva da RPB, o cuidado em liberdade pressupõe que o diagnóstico não substitui a identidade do sujeito, nem autoriza a suspensão permanente de seus direitos cotidianos. Conforme discutem Vasconcelos e colaboradores (2013), o AT constitui uma clínica essencialmente antimanicomial por deslocar o cuidado para os espaços da vida cotidiana. Cada deslocamento realizado ao longo do estágio reafirmava essa compreensão. O AT constitui-se como um dispositivo capaz de favorecer pequenas transformações relacionais (Tristão *et al.,* 2017), devido tanto à vinculação estagiária/o e usuária/o quanto com a rede de apoio por meio do acolhimento e de intervenções de psicoeducação sobre transtornos mentais e cuidados.

A aposta no cotidiano oferecida pelo dispositivo do AT é o que permite que o sujeito com transtorno mental grave tenha acesso à cidadania que lhe é/foi negada, historicamente, e consiga constituir a sua autonomia frente às exigências da vida cotidiana (Barretto, 2012; Chaui-Berlinck, 2012). Nesse sentido, a prática do at caminha em direção à resguardar o princípio da Integralidade do SUS (Brasil, 1990), por adotar a compreensão de que o cuidado não se encerra ou começa com o tratamento da doença, mas sim se expande para as áreas basilares da vida do sujeito e que permitem sua integração com a comunidade. Assim, o PICAPS aposta nos vínculos para que seja possível o resgate da cidadania, por meio do "assessoramento existencial" (Silva *et al.,* 2010). Ou seja, é pelo vínculo entre acompanhante e usuária/o do serviço de saúde mental que o cuidado pode se dirigir aos órgãos públicos para a expedição de documentos e para o acesso aos benefícios resguardos por lei.

Nesse sentido, o abandono de uma postura exclusivamente técnica e clínica é de suma importância, pois fomenta o deslocamento do foco do trabalho da doença para o sujeito, promovendo um processo de invenção de saúde e de reprodução social do sujeito (Amarante,

1996). Assim, o PICAPS convida as/os usuárias/os a expressarem seus desejos na escolha de atividades realizadas durante o acompanhamento, o que inclui ações voltadas para o lazer e entretenimento. Desse modo, estagiárias/os e usuárias/os embarcaram em experiências diversas, como ir à praia, parques, praças, como também se aventuraram dentro do próprio domicílio, através de artesanato, pintura, dança e exercícios físicos. Nesse sentido, as/os estagiárias/os precisaram desenvolver habilidades para lidar com as mais diversas situações, além de ter criatividade para exercer o que Merhy e Franco (2003) denominaram "trabalho vivo em ato".

No cotidiano da prática, o vigor estudantil representa uma expressão legítima dessa força criativa em ato. As/os estagiárias/os, motivadas/os pelo compromisso ético-político com o aprendizado e com o cuidado intensivo, frequentemente surpreendem pela disponibilidade afetiva e pelo investimento pessoal que transpassam os limites burocráticos formais (Côrtes *et al.,* 2011; Silva*,* 2007). Essa presença ativa oferece às/aos usuárias/os em sofrimento grave novas amarras subjetivas e alternativas de contratualidade social no território, convocando o trabalhador em formação a se ver implicado e corresponsabilizado pela vida do outro. Contudo, esse ímpeto estudantil não opera no vácuo assistencial, ele colide diretamente com a dura realidade de precarização crônica e sobrecarga física e emocional que asfixia os profissionais da rede pública (Santos *et al.,* 2023).

Sob esse viés, as/os estagiárias/os vivenciaram diariamente a necessidade de articulação não apenas com a rede social das/os usuárias/os, mas também com os serviços de saúde que as/os assistem, como por exemplo as Unidades de Saúde da Família (USF), bem como a articulação com os profissionais dos CAPS, com o intuito de superar práticas hierarquizadas e burocráticas no campo da saúde (Campos, 1999). Logo, manter um diálogo direto e constante com as técnicas de referência permitiu entender um pouco mais sobre a história de vida e de tratamento dos acompanhados, o que ajudou a alinhar estratégias de cuidado que se adequassem às fases vivenciadas por eles, permitindo a oferta de um cuidado integral. O encontro entre a energia do desejo estudantil e as equipes de referência reinsere o afeto, a escuta e a criatividade no centro do processo de trabalho, provando que, mesmo diante do desamparo institucional, é possível inventar uma clínica territorializada comprometida com a liberdade.

Em mapeamento pré-pandêmico realizado nas redes de atenção à saúde em Salvador com dados de 2013, foram observadas incongruências entre o Plano de Desinstitucionalização da Bahia e a rede dos serviços existentes na época (Andrade *et al.,* 2021). Estes dados demonstraram a defasagem dos serviços substitutivos e de saúde mental em Salvador, como, por exemplo, o caso de um dos distritos sanitários que deveria conter dois CAPSi devido o número de habitantes, porém não apenas possui uma unidade, como também acolhe habitantes de outros cinco distritos sanitários.

Esta realidade reforça a compreensão quanto ao processo de precarização e sobrecarga física e emocional das/os profissionais da rede, o que favorece o adoecimento das/os mesmas/os. A ampliação da imprevisibilidade do vínculo empregatício por meio das crescentes terceirizações e a falta de gestão e cuidado com os recursos humanos e materiais, bem como o sofrimento causado pelas condições precárias de trabalho, afeta tanto as/os usuárias/os quanto profissionais. As/os usuárias/os sentem-se insatisfeitas/os com a atenção que recebem e as/os profissionais adoecidos e desvalorizados diante do cenário de persistência em um serviço que, além de receber cobranças por resultados incompatíveis com a realidade, não valorizam o seu trabalho e existência. A pressão dos diferentes atores do contexto e a sobrecarga desumana comprometem a potencialidade psíquica e biológica (Santos *et al.,* 2023). Portanto, a oferta do serviço como preconizado pelos marcos teórico-legais da RPB atravessam o território da impossibilidade diante de condições

socioeconômicas e materiais que não respeitam nem valorizam os seus preceitos, bem como cidadãs/ãos, sejam usuárias/os ou profissionais.

4 CONCLUSÃO

O PICAPS é um programa que destina-se à intensificação de cuidados de usuárias/os de serviços de saúde, como o CAPS II, que apresentam alta complexidade entre diferentes determinantes, como gravidade clínica e vulnerabilidade social. A finalidade é reduzir números de internações e possibilitar a ampliação dos laços sociais e das redes de apoio por meio de tecnologias leves e relacionais equipadas com ferramentas como o AT e a AD. A tecnologia utilizada mostrou-se facilitadora de maior autonomia aos assistidos nos semestres de 2025.2 e 2026.1 por meio da apropriação dos sujeitos aos seus processos de saúde-doença-cuidado. Dentre as potencialidades, o resgate dos desejos das/os usuárias/os foi observado quando por meio do AT tornou-se possível realizar atividades que de outra forma seriam improváveis, como passear no shopping. Dessa maneira, o empréstimo da contratualidade materializou não apenas o resgate dos direitos à cidadania, mas também uma experiência em que a centralidade do cuidado estava na subjetividade da/o usuária/o, e não mais nos processos de doença. Portanto, o trabalho vivo pode ser considerado um modelo de atenção à saúde que atua, defende e amplia os princípios estabelecidos pela RPB e também da luta antimanicomial.

Uma das limitações está na ausência de programas como este nos currículos de formação em Psicologia que carecem de prepararação para esta modalidade de atuação intersetorial e multiprofissional (Silva *et al.,* 2010), a qual inclui desenvolver o manejo para lidar com práticas no território. O território, além de potencial para o trabalho vivo e relacional com assistida/o e sua rede, também representa uma limitação, devido aos riscos que se apresentam em áreas com maior incidência de violência urbana. Não obstante, o impacto é mais prevalente na vida das/os usuárias/os.

Dentre as perspectivas futuras, espera-se a adesão, tanto de tecnologias leves quanto de programas de estágio como o apresentado, a outros serviços de saúde como o CAPSi, I, II III, AD, a fim de fortalecer os princípios da RPB e ampliar os cuidados com as/os usuárias/os não apenas deste serviço em Salvador, mas em outros territórios do Brasil. A compreensão de um cuidado ampliado e integralizado favorece a redução de internações e promove cidadania e autonomia nos processos de saúde-doença-cuidado, bem como incita o aprimoramento na formação de futuros profissionais da saúde mental.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo**. O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1996.

ANDRADE, M. M. et al. Reforma psiquiátrica brasileira & mapeamento pré-pandêmico em redes de saúde mental de Salvador/BA. In: LIMA, M. et al. (org.). **Pensar junto/fazer com:** Saúde mental na pandemia de covid-19. Salvador: Edufba, 2021. p. 105–149.

BARRETTO, K. D. **Ética e técnica no acompanhamento terapêutico**: andanças com Dom Quixote e Sancho Pança. 5. ed. São Paulo: Dobra Editorial; Edições Sobornost, 2012.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1990.

BRASIL. **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001.** Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2001.

CAMPOS, G. W. de S. **A clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada.** Campinas: Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, 1997.

CAMPOS, G. W. S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: uma proposta de reorganização do trabalho em saúde. **Ciência e Saúde Coletiva,** v. 4, n. 2, p. 393-403, 1999.

CHAUI-BERLINCK, L. **Novos andarilhos do bem**: caminhos do acompanhamento terapêutico. Belo Horizonte: Autêntica, 2012.

CÔRTES, L. A. S.; SILVA, M. V., & JESUS, M. L. (2011). A atenção domiciliar em saúde mental realizada por estagiários de psicologia no Programa de Intensificação de Cuidados. **Psicologia: Teoria e Prática**, 13, 76-88.

TRISTÃO, K. G.; AVELLAR, L. Z.; RIBEIRO NETO, P. M. Acompanhamento terapêutico: concepções sobre a prática e setting terapêutico. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**, São João del-Rei, v. 12, n. 3, p. 572–590, set./dez. 2017.

MERHY, E.; FRANCO, T. Por uma Composição Técnica do Trabalho em saúde centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. Apontando mudanças para os modelos tecno-assistenciais. **Revista Saúde em Debate,** v. 27, n. 65, p. 316-323, 2003.

SANTOS, Y. L. Q.; NAVARRO, V. L.; ELIAS, M. A. A precarização do trabalho e a saúde dos profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, [S. l.], v. 26, p. e-190114, 2023.

SILVA, M. V. de O.; COSTA, F. R. M.; NEVES, L. M. Programa de intensificação de cuidados: experiência docente-assistencial em Psicologia e reforma Psiquiátrica. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 30, n. 4, p. 882-895, dez. 2010.

SILVA, F. S.; FERREIRA, C. B.; SANTOS, Y. L. Q. Descrições do processo saúde-doença-cuidado na perspectiva de usuários de um centro de atenção psicossocial. **Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social**, Uberaba, v. 6, n. 4, p. 746–752, 2018.

SILVA, M. V. de O. (org.). **IN-tensa / EX-tensa:** a clínica psicossocial das psicoses. [S.l.]: [s.n.], 2007.

VASCONCELOS, M. F. F.; MACHADO, D. O.; MENDONÇA FILHO, M. Acompanhamento terapêutico e reforma psiquiátrica: questões, tensões e experimentações de uma clínica antimanicomial. **Psicologia & Sociedade**, Recife, v. 25, n. esp. 2, p. 95-107, 2013.

DOI: 10.51161/iv-conasus/86047

IMPACTO DO DESMAME PRECOCE NA RESISTÊNCIA INSULÍNICA E NO DESENVOLVIMENTO DO DIABETES: UMA REVISÃO DE LITERATURA

BRUNA LETÍCIA DOS SANTOS SILVA; VIVIAN CHRISTINE RIBEIRO GOMES; DÉBORA THALITA NERI

RESUMO

O aleitamento materno é reconhecido como a principal estratégia de promoção da saúde infantil, exercendo papel fundamental no desenvolvimento imunológico, nutricional e metabólico da criança. Além de fornecer nutrientes essenciais, contribui para a formação da microbiota intestinal, favorece a maturação do sistema imunológico e reduz o risco de doenças crônicas ao longo da vida. Entretanto, o desmame precoce permanece como um importante problema de saúde pública, influenciado por fatores biopsicossociais, culturais e pela desinformação, podendo favorecer a introdução precoce de fórmulas infantis e do leite de vaca, com possíveis repercussões metabólicas futuras. Nesse contexto, o presente estudo teve como objetivo analisar a correlação entre a interrupção precoce do aleitamento materno e o desenvolvimento de resistência insulínica, bem como o aumento do risco de Diabetes Mellitus ao longo da vida. Trata-se de uma revisão de literatura, desenvolvida por meio de levantamento bibliográfico realizado entre maio e junho de 2026, utilizando o Google Acadêmico e documentos oficiais da Sociedade Brasileira de Pediatria, nas quais, foram empregados os descritores “aleitamento materno”, “diabetes” e “amamentação”. Os resultados evidenciaram que a amamentação exerce efeito protetor contra o desenvolvimento do Diabetes Mellitus tipo 1 e tipo 2, favorecendo a regulação metabólica, o equilíbrio energético e a redução do risco de obesidade. Em contrapartida, o desmame precoce mostrou-se associado à introdução antecipada de alimentos, à maior suscetibilidade a alterações metabólicas e ao aumento do risco de diabetes, especialmente em indivíduos geneticamente predispostos. Conclui-se que o incentivo ao aleitamento materno exclusivo constitui uma estratégia essencial de prevenção de doenças crônicas, destacando-se a atuação da enfermagem na educação em saúde, no apoio às gestantes e puérperas e na desconstrução de mitos relacionados à amamentação, fortalecendo práticas capazes de promover melhores desfechos para a saúde materno-infantil.

Palavras-chave: Aleitamento materno; Diabetes; Amamentação

1 INTRODUÇÃO

A amamentação é a principal fonte de nutrição do RN por conter microrganismos que formam a microbiota intestinal e estimulam o desenvolvimento de imunorreguladores que protegem contra doenças crônicas, além de rico em nutrientes que são essenciais para o desenvolvimento e crescimento que contribui para a maturação do sistema imunológico, é um

DOI: 10.51161/iv-conasus/86048

alimento completo. Evidências científicas apontam que sua prática está associada à redução do risco de diversas doenças na infância e pode exercer efeito protetor contra o desenvolvimento de doenças crônicas como diabetes mellitus, reforçando a importância da amamentação exclusiva nos primeiros 6 meses e sua manutenção de forma completa até os 2 anos de idade ou mais (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2020).

Sabe-se que o leite materno é o padrão ouro da alimentação infantil, no entanto muitos fatores biopsicossociais resultam no desmame precoce, que preocupa profissionais da saúde, e promove a necessidade de estratégias de enfermagem e intervenções que incentivem a amamentação materna exclusiva (AME) e ofereçam perspectiva de melhora à saúde materno infantil (CHRISTIAN P, et al., 2021). O DM1 é uma doença hereditária na qual a destruição autoimune das células b pancreáticas é repassada geneticamente.

No entanto, suspeita-se que a exposição antecipada ao uso do leite de vaca (um alimento altamente alergênico) associada à ausência da amamentação podem estar relacionados ao desencadeamento do processo autoimune (auto degradação do sistema imunológico) que acontece em média a partir de 10 anos, correspondente com o pico de incidência da doença, na faixa etária entre 10 e 14 anos (PEREIRA P.F, et al.,2013).

Além disso, o leite materno previne o sobrepeso ocasionado por DM2 pois pesquisas apontam que esses fatores são influenciados por constituintes bioquímicos e sua composição nutricional diferenciada. Algumas dessas substâncias bioativas promovem o equilíbrio energético, reduzindo a deposição de gordura e favorecendo a obtenção de respostas metabólicas desejáveis.

Os indivíduos amamentados apresentam menores taxas de obesidade e diabetes mellitus tipo 2 (DM2) quando comparados àqueles que foram desmamados precocemente, uma vez que o desmame precoce favorece a introdução antecipada de alimentos, como as fórmulas infantis. Além do mais, os benefícios observados são proporcionais à duração do aleitamento, que são atribuídos à regulação do apetite e menor ganho de peso em crianças amamentadas e/ou aos efeitos dos nutrientes ou constituintes bioativos presentes no leite humano (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2020). Nesse quesito, a amamentação é custo-efetiva podendo ser uma intervenção gratuita para a prevenção do DM1 e DM2.

Dessa forma, a enfermagem pode atuar no planejamento voltado para conscientização da importância da amamentação como prevenção primária contra doenças crônicas, pois possui potencial significativo ao promover mudança na adesão de mães a AME, que traz proteção para a criança na prevenção do DM1 ou DM 2 e de outras doenças, não apenas na infância, mas ao longo da vida.

2 MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de uma revisão de literatura, desenvolvida a partir de um levantamento bibliográfico realizado em fontes eletrônicas, utilizando como principais ferramentas de busca o Google Acadêmico e documentos oficiais da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) conduzida no período de maio-junho de 2026, priorizando estudos publicados em 2014 até o ano presente.

Para a estratégia de busca foram empregados os descritores “aleitamento materno”, “diabetes” e “amamentação”, combinados conforme a necessidade da pesquisa, o que resultou inicialmente na identificação de 10 estudos relacionados à temática, os quais passaram por triagem mediante leitura dos títulos, resumos e resultados. Destes, cinco artigos foram selecionados para leitura na íntegra por apresentarem maior relação com o objetivo desta revisão.

DOI: 10.51161/iv-conasus/86048

A seleção dos estudos considerou como critérios de inclusão pesquisas que abordassem a influência do aleitamento materno e do desmame precoce sobre o desenvolvimento de alterações metabólicas, especialmente o risco de Diabetes Mellitus ao longo da vida. Entre os estudos analisados, destacaram-se as revisões de Pereira, Alfenas e Araújo (2014) e de Lopes et al. (2024), que serviram como principais referências para a construção desta revisão, em razão da abrangência e da compatibilidade com o objetivo proposto.

Além da análise desses estudos, foram consultadas as referências bibliográficas por eles utilizadas, permitindo a inclusão de publicações complementares pertinentes ao tema. Ao final, foram selecionadas as referências consideradas mais relevantes para compor o presente estudo.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A ingestão do leite materno é essencial nos primeiros anos de vida, disso a ciência afirma, entretanto observa-se a frequência de mitos e tabus sociais durante esse processo o que pode ocasionar aumento no número de mães que realizam o desmame cada vez mais precoce por múltiplos fatores biopsicossociais, o que favorece a interrupção do aleitamento materno exclusivo influenciando na introdução antecipada de fórmulas infantis e do leite de vaca que aumenta o risco de desenvolvimento de DM1, especialmente em crianças geneticamente predispostas.

Os portadores do DM 1, que apresentam morte das células pancreáticas, ultrapassam 1,1 milhão de crianças e adolescentes, enquanto os portadores de DM 2 são equivalente á 90 a 95% de todos os casos existentes e tem conexão com o sobrepeso e obesidade, geralmente caracterizado pela resistência das células periféricas à ação da insulina, não correspondendo totalmente a esse hormônio (CHRISTIAN P, et al., 2021).

Nesse cenário, a desinformação é um dos fatores cruciais no que se refere à deficiência de AME até os 6 meses como problema de saúde pública, uma vez que a figura materna compreende o leite como “alimento incompleto” que não gera sustentação para o bebê, além de muitas desconhecerem e/ou têm dificuldades de utilizar a técnica correta para amamentar, o que leva à dificuldades na sucção, trauma mamilar e dor, esvaziamento da mama e consequente redução na produção de leite, culminando na introdução de outros alimentos precocemente.

Em uma pesquisa mais recente que aborda as motivações do desmame precoce foi observado que 60,2% das participantes apresentaram queixas, sendo as mais frequentes fissuras e escoriações mamárias e dor ao amamentar (GOMES, 2024).

4 CONCLUSÃO

A análise dos impactos do desmame precoce na vida adulta relacionada à resistência insulínica e desenvolvimento do diabetes evidencia a urgência educação em saúde nos hospitais, redes sociais e meios de comunicação que informem a relevância da amamentação correta até a idade mínima necessária. A relevância da temática na vida adulta de cada indivíduo reflete no cenário atual, visto que, o desenvolvimento de doenças crônicas, diabetes e obesidade tem seu número de pacientes aumentado todos os dias. Ainda assim, persistem barreiras estruturais, preconceitos e mitos acerca da amamentação adequada que ultrapassam gerações e aumentam o nível de desinformação e medo a respeito do assunto, o que impedem o papel do leite materno na vida do RN, bebês e crianças.

Diante disso, a enfermagem assume papel essencial na promoção orientações à gestante sobre a relevância do aleitamento materno, monitoramento do desenvolvimento da criança (perda de peso ou ganho de peso, por exemplo) e desmistificando mitos culturais estabelecidos

DOI: 10.51161/iv-conasus/86048

por parentes ou conhecidos mais velhos, contribuindo para a redução dos danos causados pelo desmame precoce. Compreender o valor do aleitamento materno contra a diabetes é, portanto, um passo fundamental para fortalecer a atuação profissional e ampliar as potencialidades do cuidado de enfermagem.

REFERÊNCIAS

CHRISTIAN, P. *et al.* The need to study human milk as a biological system. *The American Journal of Clinical Nutrition*, v. 113, n. 5, p. 1063–1072, 2021. DOI: 10.1093/ajcn/nqab075.

GOMES, Sandra Raquel de Melo *et al.* Fatores relacionados ao desmame precoce em bebês nascidos a termo em uma maternidade pública. *CoDAS*, São Paulo, v. 36, n. 5, e20240030, 2024. Disponível em: https://www.scielo.br/j/codas/a/mkv4cPY6bLdp6MpyMsyV5yh/?lang=pt. Acesso em: 20 maio 2026. DOI: https://doi.org/10.1590/2317-1782/20242024030pt.

LOPES, Jéssica Aparecida Silva; TERRA, Larissa Santos; PERES, Shenia Wagner; GONÇALVES, Tatiane Gomes; FRANCO, Anna Paula Mendes Marques de Lima; NÓBREGA, Marcela Souza; RIBEIRO, Patrícia Mônica; FREITAS, Patrícia Scotini. Aleitamento materno e o efeito sobre o *Diabetes mellitus*. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, v. 24, n. 12, 2024. DOI: 10.25248/REAS.e17628.2024.

PEREIRA, Patrícia F.; ALFENAS, Rita de Cássia G.; ARAÚJO, Raquel Maria A. Does breastfeeding influence the risk of developing diabetes mellitus in children? A review of current evidence. *Jornal de Pediatria*, Rio de Janeiro, v. 90, n. 1, p. 7–15, 2014. DOI: 10.1016/j.jped.2013.02.024.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Departamento Científico de Aleitamento Materno. *Guia prático de aleitamento materno*. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Pediatria, 2020.

A LEI 14.231 DE 2021 E O FINANCIAMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA: TENSÕES ENTRE A OBRIGATORIEDADE LEGAL E A REALIDADE ORÇAMENTÁRIA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

KELLY CAETANO PEREIRA; BARBARA KELLY CAETANO DE OLIVEIRA; CARLOS CÉSAR PEREIRA DE SOUSA; LEONARDO DIAS FERNANDES DE MORAES; THIAGO CAETANO COSTA

Introdução: O debate em torno da Lei nº 14.231/2021 centraliza-se na obrigatoriedade e na viabilidade financeira da inclusão de fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais na Estratégia Saúde da Família (ESF). No campo do Direito Sanitário e da gestão pública, emerge uma tensão estrutural entre a autonomia municipal e o imperativo legal, dado que a lei determina a integração dessas categorias enquanto o parágrafo único condiciona a inserção às necessidades locais. Críticos argumentam que isso gera uma falsa obrigação imediata em cenários de severa escassez de recursos e restrições fiscais na atenção básica. **Objetivo:** Analisar os impasses estruturais, fiscais e corporativos da Lei nº 14.231/2021, evidenciando o descompasso entre a teoria regulatória e a prática da gestão municipal no SUS. **Metodologia:** Trata-se de um debate analítico-reflexivo de natureza teórica, estruturado a partir do cruzamento de diretrizes de financiamento tripartite com os atos normativos e desdobramentos legislativos da referida lei. **Resultados:** Evidencia-se um nítido paradoxo entre a teoria e a realidade do financiamento, visto que, apesar das notas orientativas do Ministério da Saúde, entidades municipais apontam a ausência de repasses federais específicos para custear esses novos profissionais. A fragilidade orçamentária é agravada pela pressão fiscalizatória de conselhos de classe e pelo debate de novos projetos de lei, como o PL 1731/2021 e o PL 5314/2025, que tratam de pisos salariais e novas inclusões de categorias, inflamando a discussão sobre a sustentabilidade fiscal dos entes subnacionais. **Conclusão:** Conclui-se que a imposição de novas obrigações assistenciais sem a devida dotação orçamentária tripartite compromete a universalidade do sistema e a autonomia de gestão dos municípios. Recomenda-se, portanto, a instituição de mecanismos de financiamento federal carimbados e proporcionais às novas demandas, além do fortalecimento do diálogo nas Comissões Intergestores para garantir que a expansão das equipes seja acompanhada de sustentabilidade financeira, evitando o agravamento de vazios assistenciais na atenção primária.

Palavras-chave: **ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA; FINANCIAMENTO DA SAÚDE; ALOCAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS**

DOI: 10.51161/iv-conasus/86055

OS PRINCÍPIOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E A CONSOLIDAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

JADE BANDIERA FENERICH DE CARVALHO; NICOLAS DOUGLAS MONTEIRO SOARES.

RESUMO

Este estudo teve como objetivo analisar a relação entre os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e a consolidação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), discutindo os avanços e os desafios para a organização do cuidado em saúde mental no Brasil. Trata-se de um estudo teórico-reflexivo, de abordagem qualitativa, desenvolvido por meio de revisão narrativa da literatura, fundamentado nos trabalhos de Mattos (2009), Sampaio e Bispo Júnior (2021) e Teles et al. (2024). A análise evidenciou que os princípios do SUS, especialmente a integralidade, constituem a base para a organização da atenção psicossocial, orientando a articulação entre os diferentes pontos da rede e a construção de um cuidado territorial, comunitário e contínuo. Os estudos também demonstraram avanços na expansão dos serviços da RAPS, com ampliação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e de outros dispositivos substitutivos ao modelo hospitalocêntrico. Entretanto, persistem desafios relacionados às desigualdades na distribuição dos serviços, ao financiamento insuficiente, à fragmentação da rede e às dificuldades de articulação entre os diferentes níveis de atenção. Conclui-se que a consolidação da RAPS depende não apenas da expansão quantitativa dos serviços, mas da efetivação dos princípios do SUS, garantindo cuidado integral, equitativo e articulado às necessidades da população.

Palavras-chave: Reforma Psiquiátrica; Integralidade; Desinstitucionalização.

1 INTRODUÇÃO

Composto pelo Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais da Saúde e Secretarias Municipais de Saúde e promulgado pela Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990), o Sistema Único de Saúde (SUS) prevê a integralidade, universalização e equidade de atendimentos e ações na área da saúde geral. Vê-se, entretanto, que, de acordo com a política

DOI: 10.51161/iv-conasus/86075

em andamento no Governo do país, esses princípios podem ou não serem subvertidos e torcidos à maneira que o regente ache mais favorável ao seu modo de governar; durante o período de 2018-2022, a saúde pública, juntamente com a área da pesquisa e do agronegócio, teve um corte de 50% de suas verbas e um grande crescimento do pensamento negacionista na população brasileira, disseminado por um líder que continuamente compactuava com políticas de saúde privatizada.

Com o avanço e regulamentação das políticas de saúde que abrangem o SUS e a Reforma Psiquiátrica em 1970, a saúde mental entra em pauta e acarreta em debates sobre, bem como a criação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), consolidada pela Portaria de Consolidação nº 03 de 03 de outubro de 2017 (Diário Oficial, 2017), a qual engloba os serviços de: atenção básica em saúde, atenção psicossocial, atenção de urgência e emergência, atenção residencial de caráter transitório, atenção hospitalar, estratégias de desinstitucionalização e estratégias de reabilitação psicossocial (Compreendendo a Rede de Atenção Psicossocial – RAPS, 2022).

2 MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo teórico-reflexivo, de abordagem qualitativa, desenvolvido por meio de revisão narrativa da literatura. O corpus de análise foi constituído por três artigos científicos selecionados intencionalmente, considerando sua relação direta com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), a implantação e a expansão da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e os desafios para a articulação do cuidado em saúde mental. A escolha dos estudos buscou reunir produções com diferentes perspectivas teóricas e metodológicas, possibilitando articular a fundamentação conceitual dos princípios do SUS com dados relacionados à estrutura, à distribuição e ao funcionamento da RAPS.

O artigo de Mattos (2009) foi utilizado como fundamento teórico para a compreensão dos princípios e diretrizes do SUS, especialmente no que se refere à integralidade, à transformação das práticas de saúde e à organização do cuidado a partir das necessidades dos usuários. O estudo de Sampaio e Bispo Júnior (2021), de abordagem qualitativa, contribuiu para a análise da estrutura da RAPS e dos processos de articulação entre os serviços, evidenciando dificuldades relacionadas ao acesso, à comunicação entre os pontos de atenção, à definição de fluxos assistenciais e à articulação intersetorial. Por sua vez, o estudo quantitativo de Teles et al. (2024) possibilitou examinar a evolução e a distribuição dos serviços da RAPS no território brasileiro entre 2012 e 2018, considerando a expansão dos serviços substitutivos, a cobertura dos Centros de Atenção Psicossocial, a distribuição de leitos psiquiátricos e o financiamento da rede.

Após a seleção, os artigos foram submetidos à leitura integral, analítica e comparativa. As informações foram organizadas em três eixos de discussão: os princípios do SUS como fundamentos da atenção psicossocial; os avanços relacionados à implantação e à expansão dos serviços da RAPS; e os desafios para a consolidação de uma rede territorial, integrada e orientada pela integralidade do cuidado. A interpretação do material buscou identificar

DOI: 10.51161/iv-conasus/86075

aproximações e tensões entre os princípios que orientam o SUS e as condições concretas de organização e funcionamento da atenção psicossocial no Brasil.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde não devem ser compreendidos apenas como definições formais ou estáticas, uma vez que expressam valores construídos historicamente no interior da luta pela Reforma Sanitária brasileira. Nessa perspectiva, a universalidade, a equidade, a integralidade, a descentralização, a participação social e a organização regionalizada dos serviços constituem referências para a transformação das práticas de saúde e para a garantia do acesso às ações e aos serviços necessários à população. Entre esses princípios, a integralidade assume especial importância por representar uma recusa às formas de redução dos sujeitos às doenças ou aos procedimentos assistenciais, exigindo que o cuidado considere as necessidades apresentadas pelas pessoas em seus contextos concretos de vida (Mattos, 2009).

Partindo desse princípio, a consolidação da Rede de Atenção Psicossocial não pode ser reduzida à existência formal de serviços especializados em saúde mental. A organização de uma rede orientada pela integralidade pressupõe a articulação entre os diferentes pontos de atenção, a continuidade do acompanhamento e a construção de práticas que reconheçam o usuário como sujeito do cuidado. Isso implica deslocar a centralidade do hospital e das especialidades, evitando a fragmentação da assistência e aproximando o cuidado das condições sociais, familiares e territoriais nas quais o sofrimento é produzido e vivenciado (Mattos, 2009).

A criação da RAPS representou uma tentativa de organizar os serviços de saúde mental a partir dessa lógica, articulando diferentes pontos de atenção no território e ampliando as possibilidades de acolhimento, acompanhamento contínuo e atendimento às situações de urgência. Além dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), a rede compreende serviços vinculados à atenção básica, à urgência e emergência, à atenção hospitalar, à atenção residencial de caráter transitório e às estratégias de desinstitucionalização, o que demonstra que o cuidado em saúde mental não constitui responsabilidade exclusiva dos serviços especializados (Teles et al., 2024).

No período entre 2012 e 2018, foram identificados avanços na expansão dos serviços que compõem a RAPS. Teles et al. (2024) verificaram crescimento dos serviços analisados, com aumento de 30,93% no número de CAPS e expansão de 40% dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica. Também ocorreu ampliação dos Serviços Residenciais Terapêuticos e redução dos leitos de saúde mental mantidos em hospitais psiquiátricos especializados, indicando o avanço, ainda que parcial, de dispositivos voltados ao cuidado comunitário e à substituição progressiva do modelo centrado na internação psiquiátrica (Teles et al., 2024).

Entretanto, a expansão quantitativa dos serviços não ocorreu de forma homogênea no território brasileiro. Ao final do período analisado, 68,3% dos municípios não possuíam qualquer modalidade de CAPS, enquanto os estados da Região Norte apresentavam algumas das menores coberturas desses serviços. Embora tenha ocorrido aumento das transferências financeiras destinadas à RAPS, 71,53% dos municípios não receberam esses recursos em 2017. Esses resultados demonstram que a ampliação da rede conviveu com desigualdades territoriais e descontinuidades no financiamento, limitando a concretização da universalidade e da equidade no acesso ao cuidado em saúde mental (Teles et al., 2024).

DOI: 10.51161/iv-conasus/86075

Além da disponibilidade e da distribuição dos serviços, a consolidação da RAPS depende

da maneira como seus diferentes componentes se articulam na produção do cuidado. Na avaliação realizada por Sampaio e Bispo Júnior (2021), a insuficiência da estrutura assistencial esteve associada à sobrecarga dos serviços, à formação de filas e às dificuldades de acesso. Os autores também identificaram uma rede fragmentada, marcada pela centralização do cuidado nos serviços especializados, pela fragilidade da comunicação com a atenção primária e com os serviços de urgência e pela inexistência de fluxos assistenciais formalmente estabelecidos (Sampaio; Bispo Júnior, 2021).

A dificuldade de articulação entre os pontos da rede compromete a continuidade e a corresponsabilização pelo cuidado. A ausência de fluxos compartilhados pode fazer com que os encaminhamentos dependam de relações pessoais entre os profissionais, em vez de serem sustentados por mecanismos institucionais de comunicação e acompanhamento dos usuários. Da mesma forma, a concentração das demandas nos CAPS pode reforçar a compreensão de que esses serviços são os únicos responsáveis pela saúde mental, enfraquecendo a participação da atenção básica e dos demais dispositivos da rede (Sampaio; Bispo Júnior, 2021).

A integralidade também exige que o cuidado ultrapasse a dimensão estritamente assistencial e considere as condições sociais, econômicas, familiares e comunitárias relacionadas à vida dos usuários. Nesse sentido, a articulação da RAPS com os setores da assistência social, educação, justiça, cultura e trabalho torna-se necessária para ampliar as possibilidades de participação social, produção de autonomia e inserção comunitária. Contudo, o estudo de Sampaio e Bispo Júnior (2021) identificou que as ações intersetoriais permaneciam limitadas e concentradas em alguns setores, restringindo a capacidade da rede de responder à totalidade das necessidades apresentadas pelos usuários.

A leitura articulada dos estudos permite diferenciar a expansão da RAPS de sua efetiva consolidação. Enquanto a expansão se relaciona ao aumento numérico dos serviços e à ampliação dos dispositivos substitutivos, a consolidação pressupõe que esses serviços estejam distribuídos de maneira equitativa, contem com financiamento contínuo e funcionem de forma integrada nos territórios. Portanto, a existência dos pontos de atenção constitui uma condição necessária, mas não suficiente, para a concretização de uma rede capaz de produzir cuidado integral, longitudinal e comunitário, conforme os princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica brasileira (Mattos, 2009; Sampaio; Bispo Júnior, 2021; Teles et al., 2024)

4 CONCLUSÃO

Teles *et al*. (2024) apresenta os resultados de sua pesquisa em torno da Evolução da Rede de Atenção Psicossocial no Brasil entre os anos de 2012 e 2018 (2024): a cobertura do CAPS no país teve um aumento significativo, principalmente em capitais e municípios com alto índice populacional, recebendo mais subsídio por conta da capacidade de instalação dos serviços oferecidos. Entretanto, ao mesmo tempo que houve esse crescimento dos CAPS, houve também um crescimento do movimento contrarreformista da Luta Antimanicomial com a criação de Hospitais Psiquiátricos, por seu baixo custo e maior capacidade de leitos, havendo também o congelamento de valores de repasse para o CAPS e do incentivo financeiro para a RAPS (Teles *et al*., 2024, p. 11), o que amplia o incentivo à privatização da saúde e dificulta o acesso à quem se encontra em situações de risco ou de vulnerabilidade social.

O processo da Reforma Sanitária e implantação do Sistema Único de Saúde são pactos de reconstrução democrática após um período ditatorial que fragiliza sua população, trazendo de volta a democracia e prevendo a saúde do povo como política pública e direito social essenciais para a sociedade, tendo seu texto aprovado na 8ª Conferência Nacional de Saúde e garantindo que "a saúde é um direito de todos e um dever do Estado" (Saúde em Debate, 2005,

p. 386). Com isso, inicia-se uma nova fase da Reforma Sanitária, onde há a construção dos métodos e instrumentos para a gestão do SUS, que se mostra altamente adequado à uma sociedade marcada por desigualdades sociais e regionais (Saúde em Debate, 2005, p. 387).

REFERÊNCIAS

MATTOS, R. A. de. Princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e a humanização das práticas de saúde. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 13, supl. 1, p. 771-780, 2009.

SAMPAIO, M. L.; BISPO JÚNIOR, J. P. Rede de Atenção Psicossocial: avaliação da estrutura e do processo de articulação do cuidado em saúde mental. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 3, e00042620, 2021.

TELES, M. P. da S. F.; COELHO, T. C. B.; SANTOS, J. V. dos; TELES, A. S. Evolução da Rede de Atenção Psicossocial no Brasil, 2012-2018. **Cadernos Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 3, e32030437, 2024.

Ministério da Saúde: Sistema Único de Saúde (SUS). **Governo Federal**. https://www.gov.br/saude/pt-br/sus

PIRES, T.; PASSOS, J.; OLIVEIRA, C. Desafio para o próximo governo: Bolsonaro cortou 50% de recursos da área da saúde para 2023. **Brasil de Fato: uma visão popular do Brasil e do mundo**. 10 nov. 2022. https://www.brasildefato.com.br/podcast/reporter-sus/2022/11/10/desafio-para-o-proximo-governo-bolsonaro-cortou-50-de-recursos-da-area-da-saude-para-2023/

República Federativa do Brasil. Nº 190 – DOU de 03/10/2017 – Seção 1 - Suplemento - p. 192. **Diário Oficial: Imprensa Nacional**. Brasília.

Ministério Público do Estado de Mato Grosso. Cartilha - Compreendendo a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). **Centro de Apoio Operacional: Saúd**e. 27 out. 2022.

DOI: 10.51161/iv-conasus/86075

LETRAMENTO FUNCIONAL EM SAÚDE NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM SAÚDE MENTAL: IMPLICAÇÕES PARA A EQUIDADE DO CUIDADO NA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

CINTIA JULIANA DUMONT LABRONICI; CLAUDIA RUCCO PENTEADO DETREGIACHI; ELEN LANDGRAF GUIGUER

Introdução: O letramento funcional em saúde corresponde à capacidade de acessar, compreender e utilizar informações relacionadas à saúde para a tomada de decisões. Assim, níveis reduzidos de letramento podem comprometer a compreensão das orientações terapêuticas, a adesão ao tratamento, a comunicação entre profissionais e usuários, a segurança do paciente e o acesso qualificado aos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS). Apesar de sua relevância, o tema permanece pouco explorado na organização do cuidado em saúde mental. **Objetivo**: Descrever a prevalência de baixo letramento funcional em saúde entre usuários atendidos em um serviço especializado de saúde mental do SUS e discutir suas implicações para a equidade do cuidado e para a organização da assistência. **Metodologia**: Estudo observacional, transversal, qualitativo e quantitativo, realizado pelo mesmo entrevistador, em ambulatório especializado de saúde mental do SUS, após aprovação no Comitê de Ética e Pesquisa. Participaram 140 usuários adultos com diagnóstico de transtornos depressivos e/ou ansiosos. O letramento funcional em saúde foi avaliado por meio do Short Test of Functional Health Literacy in Adults (S-TOFHLA). Também foram coletadas informações sociodemográficas e clínicas para caracterização da amostra. Os dados foram analisados por estatística descritiva e inferencial, adotando-se nível de significância de 5%. **Resultados**: Observou-se predominância de mulheres, com média de idade de 48,6 anos, autodeclaradas brancas, casadas, com baixa escolaridade e ativas no mercado de trabalho. O letramento funcional em saúde inadequado ou limitado foi identificado em 61% dos pacientes entrevistados, evidenciando importante vulnerabilidade na compreensão das informações em saúde. **Conclusão**: A elevada prevalência de baixo letramento funcional em saúde evidencia a necessidade de estratégias de comunicação entre os profissionais e usuários, fortalecimento das ações de educação em saúde e qualificação das equipes multiprofissionais. A identificação dessa condição pode subsidiar a organização da assistência, fortalecer ações da Rede de Atenção Psicossocial e orientar políticas públicas voltadas à promoção da equidade, da segurança do paciente e da qualidade do cuidado no Sistema Único de Saúde além de fomentar mais pesquisas na área.

Palavras-chave: **LETRAMENTO EM SAÚDE; SAÚDE MENTAL; SISTEMA UNICO DE SAÚDE**

METODOLOGIAS ATIVAS COMO ESTRATÉGIA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA ADOLESCENTES: RELATO DE EXPERIÊNCIA

JOVELINA DOS SANTOS NASCIMENTO TRAJANO; FERNANDA GONÇALVES BRASIL; LUCIDALVA SILVA FOICINHA; RENATA ALMEIDA CARVALHO;

Introdução: A educação em saúde é uma importante estratégia para promover o conhecimento e estimular mudanças de comportamento, especialmente entre adolescentes. Nesse contexto, a utilização de metodologias ativas favorece a participação dos indivíduos, incentiva o protagonismo juvenil e fortalece o processo de ensino-aprendizagem, tornando as ações educativas mais dinâmicas, participativas e eficazes. **Objetivo:** Relatar a experiência da utilização de metodologias ativas em uma ação extensionista desenvolvida por acadêmicos de Enfermagem com adolescentes participantes de um projeto comunitário, destacando sua contribuição para o processo educativo e para o fortalecimento da participação dos jovens. **Relato de experiência:** A ação extensionista foi realizada com adolescentes do Projeto Urbanáticos, localizado em Nilópolis/RJ. Inicialmente, aplicou-se um questionário para identificar os conhecimentos prévios dos participantes sobre os temas que seriam abordados. Em seguida, foram utilizadas metodologias ativas, como roda de conversa, dinâmicas em grupo, momentos de escuta, compartilhamento de experiências e atividades participativas, proporcionando um ambiente acolhedor e estimulando a construção coletiva do conhecimento. Ao término da atividade, o questionário foi reaplicado para avaliar a compreensão dos conteúdos trabalhados e a efetividade das estratégias educativas empregadas. As metodologias ativas favoreceram elevada participação dos adolescentes durante toda a ação extensionista, estimulando o diálogo, a interação e o compartilhamento de experiências. Observou-se maior envolvimento dos participantes nas atividades propostas, além de melhor compreensão dos conteúdos após a intervenção educativa. As estratégias utilizadas contribuíram para tornar o processo de aprendizagem mais acessível, participativo e significativo, fortalecendo o vínculo entre os adolescentes e a equipe extensionista. **Considerações finais:** Conclui-se que a utilização de metodologias ativas representa uma importante estratégia para qualificar as ações de educação em saúde voltadas ao público adolescente. Além de favorecer a participação e o protagonismo dos jovens, essas metodologias contribuíram para o desenvolvimento de competências relacionadas à comunicação, ao trabalho em equipe e à educação em saúde entre os acadêmicos de Enfermagem, reforçando a importância da extensão universitária como instrumento de integração entre universidade e comunidade.

Palavras-chave: **METODOLOGIAS ATIVAS; EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA; ENFERMAGEM**

DOI: 10.51161/iv-conasus/86141

TROCA DE SABERES ENTRE RESIDÊNCIAS MULTIPROFISSIONAIS EM UM SERVIÇO DE CUIDADOS PALIATIVOS

MARIA VANESSA TOMÉ BANDEIRA DE SOUSA; CINARA FRANCO DE SÁ NASCIMENTO ABREU; ANA CLAÚDIA PARENTE SILVEIRA; ROSANA SILVA MACHADO; KATYNA BEZERRA ANDRADE; MARIA EUGÊNIA BALTAZAR GUIMARÃES; AMÁLIA CLAUDIA FACUNDO DE BRITO

Introdução: A Residência Multiprofissional em Saúde constitui-se como estratégia de formação em serviço no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), articulando ensino e assistência. Programas de transplante, terapia intensiva e onco-hematologia frequentemente incluem período de vivência em cuidados paliativos, possibilitando aos residentes o contato com um cuidado centrado no controle de sintomas e na qualidade de vida diante de doenças graves. Esse cenário reúne residentes de enfermagem, serviço social, psicologia e farmácia, com repertórios técnicos distintos, criando oportunidade de troca de saberes que fortalece o trabalho interprofissional e a cultura de cuidados paliativos na Rede de Atenção à Saúde. **Objetivo:** Relatar a experiência de promoção de um espaço de troca de saberes entre residentes multiprofissionais dos eixos de transplante, terapia intensiva e onco-hematologia durante vivência em serviço de cuidados paliativos. **Relato de caso/experiência:** Trata-se de relato de experiência descritivo, construído a partir da vivência de equipe assistencial de um serviço de cuidados paliativos que recebe periodicamente residentes multiprofissionais em rotação. A experiência foi estruturada por meio de encontros periódicos conduzidos pela equipe preceptora, contemplando apresentação dos princípios dos cuidados paliativos, discussão de casos clínicos, rodas de conversa e matriciamento com preceptores. A vivência ampliou o olhar clínico e humano sobre o paciente: residentes de terapia intensiva relataram ressignificação da compreensão sobre proporcionalidade terapêutica, enquanto os de Unidade de Terapia Intensiva, onco-hematologia e transplante aprofundaram estratégias de comunicação de más notícias e manejo de sintomas de difícil controle. A pluralidade de núcleos profissionais enriqueceu as discussões clínicas, sociais e emocionais/espirituais, reforçando o cuidado interprofissional. Os encontros também funcionaram como espaço de apoio emocional entre os residentes. Como desafios, destacaram-se a heterogeneidade no tempo de permanência dos residentes e a dificuldade de conciliar agendas entre as categorias. **Conclusão:** A experiência evidencia o potencial formativo dos espaços de troca de saberes entre residentes multiprofissionais em cuidados paliativos, contribuindo para uma formação mais integral e humanizada. Recomenda-se a institucionalização e ampliação dessa estratégia, com maior articulação entre os programas de residência envolvidos.

Palavras-chave: **CUIDADOS PALIATIVOS; EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL; RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE**

DOI: 10.51161/iv-conasus/86150

POLÍTICA NACIONAL DE SANGUE E HEMODERIVADOS: FORTALECENDO O ACESSO, A SEGURANÇA TRANSFUSIONAL E A SOLIDARIEDADE NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

PATRÍCIA FIDELIS DE MOURA; KAMYLLA BATISTA LEITE DE LUCENA

Introdução: A Política Nacional de Sangue e Hemoderivados representa um dos pilares da assistência em saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), garantindo que pacientes tenham acesso seguro e oportuno ao sangue e aos seus componentes. Além de organizar a rede de hemocentros em todo o país, essa política incentiva a doação voluntária, fortalece a segurança transfusional e contribui para salvar milhares de vidas diariamente. Em um cenário de crescente demanda por transfusões, especialmente em situações de urgência, cirurgias, tratamento oncológico, doenças hematológicas e assistência materno infantil, torna-se essencial discutir a importância dessa política pública para a qualidade do cuidado. **Objetivo:** Analisar a relevância da Política Nacional de Sangue e Hemoderivados como estratégia para garantir acesso universal, segurança transfusional e fortalecimento da assistência no SUS. **Metodologia:** Trata-se de um estudo de revisão narrativa da literatura, realizado por meio da consulta a documentos oficiais do Ministério da Saúde e a publicações científicas relacionadas à política nacional de sangue, organização da hemoderivados e segurança transfusional. **Resultados:** Observou-se que a Política Nacional de Sangue e Hemoderivados desempenha papel fundamental na organização da hemoderivados brasileira, promovendo a captação de doadores, o controle de qualidade dos hemocomponentes e a distribuição equitativa dos produtos sanguíneos. Também contribui para reduzir riscos transfusionais, fortalecer a vigilância sanitária e ampliar o acesso ao tratamento em diferentes níveis de atenção. Entretanto, desafios como a baixa adesão de doadores regulares, a necessidade de campanhas educativas permanentes e a manutenção dos estoques continuam exigindo ações integradas entre gestores, profissionais de saúde e sociedade. **Conclusão:** A Política Nacional de Sangue e Hemoderivados reafirma os princípios de universalidade, equidade e integralidade do SUS ao garantir assistência segura e de qualidade aos usuários que necessitam de transfusão. Investir na conscientização da população sobre a doação voluntária e no fortalecimento da hemoderivados brasileira é essencial para assegurar a continuidade dos serviços, promover a solidariedade e preservar vidas.

Palavras-chave: **DOAÇÃO DE SANGUE; HEMODERIVADOS; SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.**

DOI: 10.51161/iv-conasus/86196

DA DOR PÉLVICA À DOR GENERALIZADA: ENDOMETRIOSE, SENSIBILIZAÇÃO CENTRAL E POSSÍVEL SOBREPOSIÇÃO COM FIBROMIALGIA NO CONTEXTO DO SUS

TREYCE LOISE DA SILVA PEREIRA

RESUMO

A endometriose é uma condição inflamatória crônica, estrogênio-dependente e frequentemente associada à dismenorreia incapacitante, dor pélvica persistente, dispareunia e prejuízos funcionais. A demora no reconhecimento dos sintomas pode prolongar a exposição à dor e favorecer alterações na modulação nociceptiva, embora não esteja demonstrado que esse percurso cause fibromialgia. O objetivo deste estudo foi analisar as evidências sobre endometriose, sensibilização central e possível sobreposição com fibromialgia, discutindo implicações para o diagnóstico oportuno e o cuidado integral no Sistema Único de Saúde. Realizou-se revisão integrativa, com busca em PubMed/MEDLINE, Biblioteca Virtual em Saúde e SciELO, complementada por documentos oficiais do Ministério da Saúde. Foram considerados estudos publicados entre 2016 e julho de 2026, além de trabalhos brasileiros anteriores relevantes para a demora diagnóstica. Incluíram-se artigos originais, revisões sistemáticas, diretrizes e documentos oficiais relacionados à dor persistente, sensibilização central, dor nociplástica, fibromialgia e organização assistencial. A síntese mostrou que o atraso diagnóstico permanece expressivo e é influenciado por normalização da dor menstrual, heterogeneidade clínica, baixa suspeição e fragmentação da trajetória assistencial. Estudos clínicos identificaram sintomas compatíveis com sensibilização central em pessoas com endometriose, associação com maior intensidade de dor e piores desfechos após cirurgia. Investigações populacionais também observaram coexistência e maior ocorrência posterior de fibromialgia ou dor crônica generalizada, porém os delineamentos disponíveis não estabelecem relação causal direta. Os achados sustentam um modelo multifatorial no qual mecanismos periféricos, centrais, emocionais e sociais podem coexistir. Conclui-se que a assistência não deve se restringir à identificação ou remoção das lesões, devendo incorporar avaliação multidimensional da dor, sono, fadiga, saúde mental e distribuição corporal dos sintomas. No SUS, o fortalecimento da Atenção Primária, dos fluxos de referência e do cuidado multiprofissional pode reduzir a peregrinação diagnóstica e favorecer intervenções antes da consolidação de quadros dolorosos complexos.

Palavras-chave: Atenção integral; Diagnóstico tardio; Saúde da mulher.

1 INTRODUÇÃO

A endometriose é uma doença inflamatória crônica caracterizada pela presença de tecido semelhante ao endométrio fora da cavidade uterina. Sua apresentação clínica é heterogênea e pode incluir dismenorreia intensa, dor pélvica crônica, dispareunia profunda, disquesia, sintomas urinários cíclicos e infertilidade. A intensidade da dor, entretanto, não se explica de maneira linear pela quantidade, localização ou profundidade das lesões, o que evidencia a participação de mecanismos biológicos e psicossociais adicionais no fenótipo

DOI: 10.51161/iv-conasus/86256

doloroso (Zondervan; Becker; Missmer, 2020; Becker et al., 2022). No Brasil, o Ministério da Saúde reconhece que a condição repercute sobre saúde mental, sexualidade, relações pessoais, trabalho e renda, devendo ser manejada de forma integral (Brasil, 2025a).

O percurso até o diagnóstico permanece prolongado. Em coorte brasileira com 200 mulheres, a mediana entre o início dos sintomas e a confirmação diagnóstica foi de sete anos, alcançando 12,1 anos entre aquelas cujos sintomas começaram até os 19 anos (Arruda et al., 2003). Em revisão sistemática recente, os tempos variaram de 0,3 a 12 anos, conforme definição, região e características da amostra, confirmando que o atraso ainda constitui problema internacional (De Corte et al., 2025).

A demora não pode ser atribuída a um único profissional ou exclusivamente ao SUS. Ela resulta da interação entre naturalização da cólica incapacitante, início dos sintomas na adolescência, apresentações clínicas múltiplas, exames de imagem sem alterações conclusivas, baixa suspeição diagnóstica e sucessivos atendimentos sem coordenação. Em narrativas de 29 brasileiras, emergiram processos de desvalorização da dor associados a questões de gênero e barreiras na rede assistencial, demonstrando que o problema envolve dimensões culturais, relacionais e organizacionais (Brilhante et al., 2019). Revisões contemporâneas também destacam a necessidade de ampliar a suspeição clínica e de utilizar adequadamente a ultrassonografia especializada, sem transformar resultado negativo isolado em exclusão da doença (Becker et al., 2022).

A persistência da dor por longos períodos pode modificar o funcionamento do sistema nociceptivo. Na endometriose, inflamação local, mediadores pró-inflamatórios, crescimento de fibras nervosas, sensibilização periférica e convergência entre aferências viscerais podem manter estímulos dolorosos. Com a repetição, podem ocorrer aumento da excitabilidade central, redução dos mecanismos inibitórios, hiperalgesia, alodinia e expansão da dor para além da pelve (Zheng et al., 2019). Isso ajuda a compreender por que algumas pacientes mantêm dor mesmo após supressão hormonal ou cirurgia tecnicamente adequada, sem significar que a lesão seja irrelevante nem que toda dor associada à endometriose seja nociplástica.

A sensibilização central é um mecanismo neurofisiológico; dor nociplástica é um descritor clínico utilizado quando a dor decorre de nocicepção alterada e não é inteiramente explicada por dano tecidual ou lesão somatossensorial; fibromialgia, por sua vez, é uma síndrome clínica definida por dor generalizada e sintomas como fadiga, sono não reparador e alterações cognitivas (Fitzcharles et al., 2021; Wolfe et al., 2016). Esses conceitos se relacionam, mas não são sinônimos. A distinção é indispensável para evitar que um escore elevado de sintomas seja interpretado automaticamente como comprovação de sensibilização central ou como diagnóstico de fibromialgia (Cetera et al., 2024).

Estudos epidemiológicos observaram maior ocorrência posterior de fibromialgia ou dor crônica generalizada em pessoas previamente diagnosticadas com endometriose (Larrosa Pardo et al., 2019). Contudo, associação e temporalidade não demonstram que a demora diagnóstica cause fibromialgia. A pergunta clinicamente relevante é se a exposição prolongada à dor, combinada a vulnerabilidades individuais e a fatores de sono, saúde mental, contexto social e acesso ao cuidado, contribui para fenótipos dolorosos progressivamente mais amplos. Diante disso, o presente estudo teve como objetivo analisar as evidências científicas acerca da relação entre endometriose, persistência da dor e sensibilização central, examinando a possível sobreposição com fibromialgia e suas implicações para o reconhecimento diagnóstico e o cuidado integral no contexto do Sistema Único de Saúde.

2 MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de revisão integrativa da literatura, de natureza descritivo-analítica e abordagem qualitativa. A pergunta norteadora foi: quais evidências sustentam a relação entre endometriose, persistência da dor, sensibilização central e possível sobreposição com fibromialgia, e quais são as implicações desses achados para o reconhecimento precoce e o cuidado integral no SUS?

A busca foi realizada em 26 de julho de 2026 nas bases PubMed/MEDLINE, Biblioteca Virtual em Saúde e SciELO, sendo complementada por documentos oficiais do Ministério da Saúde. Utilizaram-se combinações, em português e inglês, dos termos: "endometriose"/"endometriosis", "dor pélvica crônica"/"chronic pelvic pain", "sensibilização central"/"central sensitization", "dor nociplástica"/"nociplastic pain", "fibromialgia"/"fibromyalgia", "dor generalizada"/"widespread pain", "atraso diagnóstico"/"diagnostic delay", "Atenção Primária à Saúde" e "Sistema Único de Saúde", articulados pelos operadores AND e OR.

Foram elegíveis artigos originais, estudos observacionais, coortes, revisões sistemáticas, diretrizes clínicas e documentos oficiais publicados entre 2016 e julho de 2026, em português, inglês ou espanhol, que abordassem pelo menos dois dos eixos definidos. Estudos brasileiros anteriores foram admitidos quando essenciais para caracterizar o atraso diagnóstico no país. Excluíram-se duplicatas, editoriais, cartas, materiais comerciais, estudos exclusivamente animais e publicações centradas apenas em infertilidade ou tratamento de lesões sem discussão sobre dor persistente.

A seleção ocorreu por leitura de títulos, resumos e textos completos disponíveis. Ao final, foram incluídos 12 artigos científicos e dois documentos oficiais. Extraíram-se autoria, ano, delineamento, população, forma de avaliação da dor ou sensibilização, principais achados e limitações. Os resultados foram organizados em quatro categorias: atraso diagnóstico e trajetória assistencial; mecanismos periféricos e centrais; passagem da dor regional à generalizada e possível sobreposição com fibromialgia; e implicações para o SUS. Devido à heterogeneidade de populações, instrumentos e desfechos, realizou-se síntese narrativa crítica, sem metanálise. A qualidade das inferências foi apreciada considerando desenho, temporalidade, representatividade, controle de confundidores e limites dos instrumentos autorreferidos.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A literatura converge ao demonstrar que a demora diagnóstica é persistente, embora a magnitude varie conforme o ponto inicial adotado, o método de confirmação e o sistema de saúde analisado. A revisão de De Corte et al. (2025) reuniu 17 estudos observacionais publicados desde 2018 e encontrou intervalos de 0,3 a 12 anos. No Brasil, o dado de sete anos observado por Arruda et al. (2003) permanece coerente com a estimativa atual divulgada pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2025a). Esses resultados mostram que uma média isolada não descreve todas as experiências e que adolescentes, pessoas com dor como queixa predominante e usuárias submetidas a múltiplos encaminhamentos podem enfrentar maior demora.

O atraso tem pelo menos duas dimensões. A primeira é a demora da própria pessoa em reconhecer a dor como sinal de doença, influenciada pela normalização cultural da menstruação dolorosa. A segunda é a demora institucional entre a primeira busca por atendimento e a formulação de hipótese diagnóstica ou encaminhamento adequado. Brilhante et al. (2019) demonstraram que a desvalorização da fala das pacientes e as barreiras entre serviços podem ampliar a peregrinação. Essa leitura evita culpabilizar individualmente usuárias ou profissionais e permite compreender o atraso como produto de relações de gênero, organização da rede, formação clínica e disponibilidade de tecnologias.

DOI: 10.51161/iv-conasus/86256

A plausibilidade de que um longo período de dor contribua para cronificação não autoriza afirmar que cada ano sem diagnóstico produza, de forma direta, sensibilização central ou fibromialgia. Duração, frequência e intensidade dos estímulos são apenas parte de um conjunto de fatores que inclui predisposição biológica, comorbidades, sono, sofrimento emocional, experiências adversas, respostas terapêuticas e contexto social. Assim, o diagnóstico oportuno deve ser defendido não como garantia de prevenção da fibromialgia, mas como estratégia para reduzir sofrimento evitável, perda funcional e exposição prolongada a um circuito de dor insuficientemente controlado.

A dor associada à endometriose pode combinar componentes nociceptivos, neuropáticos e nociplásticos. As lesões e o ambiente peritoneal inflamatório liberam prostaglandinas, citocinas, fatores de crescimento e outros mediadores capazes de ativar e sensibilizar terminações nervosas. Neuroangiogênese, aderências, espasmo e disfunção do assoalho pélvico, além da sensibilização cruzada entre órgãos pélvicos, podem manter dor mesmo quando a extensão anatômica parece limitada (Zheng et al., 2019). Portanto, reconhecer a participação central não significa negar a base periférica da doença.

Em estudo com 335 participantes, o número de síndromes de sensibilidade central e a intensidade dos sintomas pélvicos correlacionaram-se ao escore do Central Sensitization Inventory (Orr et al., 2022). Esses resultados exigem prudência: o CSI é questionário de sintomas e comorbidades, não mede diretamente excitabilidade neuronal e não constitui padrão-ouro para diagnosticar sensibilização central. A revisão de Cetera et al. (2024) identificou heterogeneidade de instrumentos e definições. Assim, o escore pode sinalizar complexidade e necessidade de avaliação ampliada, mas não deve substituir exame clínico, história da dor ou investigação de outras causas.

A persistência de sintomas após tratamento reforça a necessidade de avaliar mecanismos mistos. Em coorte de 239 pacientes submetidas a cirurgia, escores basais mais altos no Central Sensitization Inventory associaram-se a piores desfechos posteriores de dor pélvica, dispareunia profunda, disquesia e dor lombar, mesmo após controle da intensidade inicial (Orr et al., 2023). A evidência não permite abandonar terapias hormonais ou cirúrgicas, mas sustenta que pacientes com dor persistente podem necessitar abordagem adicional voltada à modulação da dor, função, sono, saúde mental e reabilitação.

A fibromialgia é caracterizada por dor generalizada associada a intensidade sintomática, podendo coexistir com outras doenças que também produzem dor. Os critérios revisados de 2016 buscaram reduzir a classificação equivocada de síndromes regionais ao exigir distribuição generalizada da dor (Wolfe et al., 2016). Consequentemente, dor pélvica crônica, CSI elevado ou fadiga isolada não autorizam diagnóstico de fibromialgia. O ponto de interesse é a identificação de um subgrupo que, além da dor pélvica, desenvolve dor multirregional, sono não reparador, fadiga e sintomas cognitivos.

Em coorte sueca com 889.938 adultos, Larrosa Pardo et al. (2019) observaram que pessoas com endometriose apresentaram maior incidência posterior de fibromialgia e dor crônica generalizada; as razões de taxas ajustadas foram 2,83 e 5,02, respectivamente. A temporalidade fortalece a hipótese de que uma condição dolorosa prévia possa anteceder um fenótipo generalizado, mas registros administrativos não esclarecem mecanismos, intensidade da doença, duração real dos sintomas nem todos os fatores de confusão.

A passagem da dor regional à generalizada deve ser concebida como trajetória possível, não como evolução inevitável. A endometriose pode atuar como fonte persistente de nocicepção, enquanto alterações de modulação central, hipervigilância, perturbação do sono, inatividade, ansiedade, depressão e outras comorbidades podem ampliar a experiência dolorosa. A dor nociplástica admite estados mistos nos quais lesão periférica e processamento central coexistem (Fitzcharles et al., 2021). Por isso, opor “dor da lesão” e “dor do sistema nervoso” é clinicamente inadequado.

Também é necessário evitar inferência inversa: a presença de fibromialgia não prova que a endometriose foi diagnosticada tardiamente, e a demora diagnóstica não é marcador específico de sensibilização. As associações podem refletir predisposição compartilhada, maior utilização dos serviços, maior probabilidade de receber múltiplos diagnósticos, fatores genéticos, inflamatórios e hormonais ou comorbidades não mensuradas. O valor do modelo proposto reside em orientar perguntas clínicas e pesquisas longitudinais, e não em estabelecer uma cadeia causal já comprovada.

O SUS dispõe de tratamento clínico e cirúrgico para endometriose e define a Atenção Primária à Saúde como porta de entrada para acolhimento, avaliação, início do tratamento e encaminhamento à atenção especializada (Brasil, 2016; Brasil, 2025a). A disponibilidade de tecnologias não resolve, isoladamente, a complexidade da dor persistente: o ganho assistencial depende de reconhecimento clínico, continuidade do acompanhamento e coordenação entre os níveis de atenção.

Na Atenção Primária, a escuta deve ultrapassar a pergunta sobre intensidade da cólica. É necessário investigar incapacidade para estudar ou trabalhar, dispareunia, sintomas intestinais ou urinários cíclicos, dor acíclica, padrão corporal da dor, fadiga, sono, sofrimento emocional, uso repetido de urgências e resposta a tratamentos prévios. Exames sem alterações conclusivas não devem invalidar sintomas típicos, e o tratamento pode ser iniciado clinicamente quando indicado, conforme orientação ministerial e diretrizes contemporâneas (Brasil, 2025a; Becker et al., 2022).

Pessoas com dor restrita à pelve e boa resposta terapêutica não necessitam, automaticamente, de investigação para fibromialgia. Entretanto, dor multirregional, hipersensibilidade, fadiga intensa, sono não reparador, prejuízo cognitivo e persistência dos sintomas apesar do controle ginecológico justificam avaliação ampliada. O objetivo não é multiplicar rótulos diagnósticos, mas identificar mecanismos e necessidades que mudem o plano terapêutico. Nessa situação, o cuidado pode envolver ginecologia, reumatologia ou clínica da dor, fisioterapia pélvica, psicologia, atividade física orientada, enfermagem e Nutrição, de acordo com a avaliação individual.

Uma linha de cuidado mais responsiva pode ser organizada em três movimentos: suspeição precoce diante de dor menstrual incapacitante; identificação de fatores de risco para cronificação durante o seguimento; e acesso coordenado a cuidado multiprofissional quando houver dor persistente ou generalizada. Essa proposta é compatível com os princípios de integralidade e longitudinalidade e evita dois extremos: reduzir toda dor à presença de lesões visíveis ou atribuir sintomas complexos exclusivamente a fatores emocionais. O trabalho interdisciplinar deve reconhecer que componentes inflamatórios, musculoesqueléticos, neuropáticos, nociplásticos e psicossociais podem coexistir.

Para a gestão, os achados indicam a necessidade de educação permanente das equipes, protocolos de referência claros, acesso a ultrassonografia especializada quando necessária e comunicação entre atenção básica, ginecologia e serviços de dor. Também é estratégico incorporar indicadores de tempo até a suspeita, número de atendimentos prévios, impacto funcional e persistência da dor após tratamento. Essas medidas permitem avaliar a rede pelo percurso da usuária, e não somente pelo número de procedimentos realizados.

A literatura apresenta limitações importantes. Muitos estudos são transversais e provenientes de centros terciários, nos quais se concentram casos mais graves. A sensibilização central é frequentemente inferida por questionários autorreferidos, enquanto os critérios de fibromialgia, a confirmação de endometriose e os desfechos de dor variam entre pesquisas. Estudos baseados em registros são vulneráveis a erros de codificação e não mensuram adequadamente data de início dos sintomas, intensidade da exposição dolorosa ou acesso ao tratamento. Além disso, há escassez de coortes brasileiras que acompanhem pacientes desde os primeiros sintomas.

Pesquisas futuras devem avaliar, longitudinalmente, se o tempo sem controle adequado da dor prediz generalização dos sintomas após ajuste para sono, saúde mental, obesidade, nível socioeconômico, comorbidades e tratamento. Também são necessários instrumentos multimodais, combinando história clínica, mapas corporais, exame de hipersensibilidade e medidas funcionais, sem atribuir ao CSI valor diagnóstico que ele não possui. No campo do SUS, estudos sobre trajetórias assistenciais podem identificar pontos de perda de continuidade e testar modelos de cuidado compartilhado entre APS, ginecologia e atenção à dor.

4 CONCLUSÃO

As evidências analisadas sustentam que a dor na endometriose resulta da interação entre mecanismos periféricos e centrais. Em parte das pacientes, sintomas compatíveis com sensibilização central associam-se a maior intensidade dolorosa, múltiplas comorbidades e piores resultados após cirurgia. Estudos populacionais também indicam coexistência e maior ocorrência posterior de fibromialgia ou dor crônica generalizada entre pessoas com endometriose.

Esses achados não permitem concluir que a demora diagnóstica desencadeie fibromialgia. A heterogeneidade dos estudos, o predomínio de delineamentos observacionais, o uso de questionários como aproximação de mecanismos neurofisiológicos e a presença de confundidores impedem estabelecer uma sequência causal linear. O modelo mais defensável é multifatorial: a exposição persistente à dor pode participar de uma trajetória de amplificação, modulada por características individuais, comorbidades, sono, saúde mental, contexto social e qualidade do cuidado.

No SUS, o diagnóstico oportuno continua essencial para reduzir sofrimento e incapacidade, mas precisa ser acompanhado de avaliação multidimensional e seguimento longitudinal. Fortalecer a Atenção Primária, integrar os níveis de assistência e reconhecer sinais de dor generalizada pode evitar tanto o tratamento exclusivamente centrado nas lesões quanto a invalidação dos sintomas persistentes. Estudos longitudinais brasileiros são necessários para esclarecer temporalidade, fatores modificáveis e efetividade de linhas de cuidado multiprofissionais.

REFERÊNCIAS

ARRUDA, M. S.; PETTA, C. A.; ABRÃO, M. S.; BENETTI-PINTO, C. L. Time elapsed from onset of symptoms to diagnosis of endometriosis in a cohort study of Brazilian women.*Human Reproduction*, v. 18, n. 4, p. 756-759, 2003.

BECKER, C. M. et al. ESHRE guideline: endometriosis.*Human Reproduction Open*, v. 2022, n. 2, hoac009, 2022. DOI: https://doi.org/10.1093/hropen/hoac009. Acesso em: 26 jul. 2026. BRASIL.

Ministério da Saúde. *Endometriose*. Brasília, DF, 2025a. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/e/endometriose. Acesso em: 26 jul. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 879, de 12 de julho de 2016. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Endometriose*. Brasília, DF, 2016. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2016/prt0879_15_07_2016.html. Acesso em: 26 jul. 2026.

BRILHANTE, A. V. M.; OLIVEIRA, L. A. F.; LOURINHO, L. A.; MANSO, A. G.

Narrativas autobiográficas de mulheres com endometriose: que fenômenos permeiam os atrasos no diagnóstico?*Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 29, n. 3, e290307, 2019. DOI: https://doi.org/10.1590/S0103-73312019290307. Acesso em: 26 jul. 2026.

CETERA, G. E. et al. Questionnaires for the assessment of central sensitization in endometriosis: what is the available evidence? A systematic review with a narrative synthesis.*Reproductive Sciences*, v. 31, n. 3, p. 633-644, 2024.

DE CORTE, P.; KLINGHARDT, M.; VON STOCKUM, S.; HEINEMANN, K. Time to diagnose endometriosis: current status, challenges and regional characteristics: a systematic literature review.*BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, v. 132, n. 2, p. 118-130, 2025. DOI: https://doi.org/10.1111/1471-0528.17973. Acesso em: 26 jul. 2026.
FITZCHARLES, M.-A. et al. Nociplastic pain: towards an understanding of prevalent pain conditions.*The Lancet*, v. 397, n. 10289, p. 2098-2110, 2021.

LARROSA PARDO, F.; BONDESSON, E.; SCHELIN, M. E. C.; JÖUD, A. A diagnosis of rheumatoid arthritis, endometriosis or inflammatory bowel disease is associated with later onset of fibromyalgia and chronic widespread pain.*European Journal of Pain*, v. 23, n. 8, p. 1563-1573, 2019.

ORR, N. L. et al. Central sensitization inventory in endometriosis.*Pain*, v. 163, n. 2, p. e234-e245, 2022. DOI: https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000002351. Acesso em: 26 jul. 2026.
ORR, N. L. et al. Association of Central Sensitization Inventory scores with pain outcomes after endometriosis surgery.*JAMA Network Open*, v. 6, n. 2, e230780, 2023.

WOLFE, F. et al. 2016 revisions to the 2010/2011 fibromyalgia diagnostic criteria.*Seminars in Arthritis and Rheumatism*, v. 46, n. 3, p. 319-329, 2016.

ZHENG, P.; ZHANG, W.; LENG, J.; LANG, J. Research on central sensitization of endometriosis-associated pain: a systematic review of the literature.*Journal of Pain Research*, v. 12, p. 1447-1456, 2019.

ZONDERVAN, K. T.; BECKER, C. M.; MISSMER, S. A. Endometriosis.*The New England Journal of Medicine*, v. 382, n. 13, p. 1244-1256, 2020.

ALÉM DO ALÍVIO GÁSTRICO: USO CRÔNICO DE INIBIDORES DA BOMBA DE PRÓTONS, REPERCUSSÕES NUTRICIONAIS POTENCIAIS E DESPRESCRIÇÃO SEGURA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DO SUS

TREYCE LOISE DA SILVA PEREIRA

RESUMO

Os inibidores da bomba de prótons são essenciais no tratamento de doenças relacionadas à secreção ácida, mas a renovação automática de prescrições pode prolongar terapias cuja indicação, dose ou duração já não correspondem à necessidade clínica. A supressão ácida sustentada apresenta plausibilidade para interferir na disponibilidade de vitamina B12, ferro e magnésio e tem sido associada a desfechos ósseos; entretanto, a evidência é predominantemente observacional, heterogênea e sujeita a confundimento. Objetivou-se analisar criticamente as repercussões nutricionais potenciais do uso crônico desses medicamentos e discutir critérios para monitoramento e desprescrição segura na Atenção Primária do Sistema Único de Saúde. Realizou-se revisão integrativa nas fontes PubMed/MEDLINE, SciELO e portal do Ministério da Saúde, com publicações de 2017 a julho de 2026, utilizando combinações dos termos “proton pump inhibitors”, “long-term use”, “vitamin B12”, “iron deficiency”, “hypomagnesemia”, “fracture”, “deprescribing” e “primary health care”. Foram selecionados estudos originais, revisões sistemáticas, metanálises, diretrizes e documentos oficiais diretamente relacionados à pergunta de pesquisa. Os achados indicaram discreta associação com deficiência de vitamina B12, resultados mais consistentes para deficiência de ferro e hipomagnesemia em subgrupos expostos, e associação observacional modesta com fraturas, sem demonstração uniforme de perda de densidade mineral óssea. Um grande ensaio randomizado não confirmou a maioria dos eventos adversos atribuídos aos fármacos, reforçando que associação não equivale a causalidade. A literatura sobre desprescrição mostrou melhores resultados quando há revisão da indicação, redução para a menor dose eficaz, educação do usuário, decisão compartilhada e acompanhamento do rebote ácido. Conclui-se que o tempo de uso, isoladamente, não determina suspensão nem rastreamento laboratorial universal. A Atenção Primária deve estratificar vulnerabilidades clínicas e nutricionais, preservar indicações de benefício comprovado e coordenar a desprescrição quando o tratamento deixa de oferecer vantagem líquida.

Palavras-chave: Assistência farmacêutica; Micronutrientes; Polifarmácia.

1 INTRODUÇÃO

Os inibidores da bomba de prótons (IBPs) constituem a principal classe de supressores da secreção ácida e modificaram o prognóstico de condições como doença do refluxo gastroesofágico, esofagite erosiva, úlcera péptica, erradicação de Helicobacter pylori e prevenção de sangramento digestivo em pessoas com risco definido. Diretrizes contemporâneas reafirmam sua elevada eficácia e recomendam manutenção prolongada quando o benefício é demonstrado, particularmente em doença erosiva complicada, esôfago

DOI: 10.51161/iv-conasus/86267

de Barrett, esofagite eosinofílica e gastroproteção de indivíduos com alto risco hemorrágico (Katz et al., 2022; Targownik; Fisher; Saini, 2022).

O problema clínico não reside no medicamento em si, mas na transformação de uma prescrição inicialmente justificável em tratamento indefinido sem reavaliação. Em grande base de Atenção Primária, apenas 44% dos novos usuários apresentavam indicação válida no início, e parte relevante das terapias de curta duração foi mantida além do necessário (Koggel et al., 2022). No Brasil, inquérito com médicos e farmacêuticos demonstrou predominância de indicações reconhecidas, mas também espaço para ampliar ações educativas, documentação e revisão sistemática da farmacoterapia (Imparato; Toma, 2023).

A manutenção prolongada despertou preocupação com deficiências de vitamina B12, ferro e magnésio e com desfechos ósseos. A hipótese é biologicamente plausível: a acidez gástrica participa da liberação da cobalamina ligada às proteínas alimentares, favorece a solubilização do ferro não heme e integra mecanismos de homeostase mineral. Contudo, plausibilidade não é causalidade. Idade, multimorbidade, alimentação, doença renal, uso de metformina ou diuréticos, perdas sanguíneas, fragilidade e indicação clínica do próprio IBP podem explicar parte das associações observadas (Freedberg; Kim; Yang, 2017; Chinzon et al., 2022).

Essa distinção é relevante porque a resposta indiscriminada aos riscos potenciais pode gerar dois erros simétricos: manter uma terapia sem benefício atual ou retirar um tratamento protetor de uma pessoa que permanece em risco. O ensaio COMPASS, com 17.598 participantes randomizados para pantoprazol ou placebo e seguimento de aproximadamente três anos, não confirmou aumento da maioria dos eventos adversos atribuídos aos IBPs, embora seu perfil populacional e o período de observação não eliminem a possibilidade de efeitos raros ou tardios (Moayyedi et al., 2019). Assim, decisões devem combinar hierarquia da evidência, risco absoluto, indicação atual e características do usuário.

No Sistema Único de Saúde, a longitudinalidade da Atenção Primária favorece reconciliação medicamentosa, documentação da indicação, avaliação alimentar, identificação de polifarmácia e seguimento após mudanças terapêuticas. O Ministério da Saúde define uso racional como adequação do medicamento às necessidades clínicas, em dose e tempo apropriados, e posiciona o cuidado farmacêutico como prática integrada às equipes, centrada na pessoa e voltada à segurança e aos melhores resultados em saúde (Brasil, 2025; Brasil, 2026). Nesse contexto, o nutricionista contribui para a avaliação do consumo alimentar e de sinais de deficiência, sem substituir o prescritor na decisão de suspender o fármaco.

Diante disso, o objetivo deste estudo foi analisar criticamente as evidências sobre repercussões nutricionais potenciais do uso crônico de IBPs e discutir critérios para monitoramento individualizado, manutenção terapêutica e desprescrição segura na Atenção Primária do SUS.

2 MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de revisão integrativa da literatura, de natureza descritivo-analítica e abordagem qualitativa. A pergunta norteadora foi: quais evidências relacionam o uso crônico de IBPs a alterações de vitamina B12, ferro, magnésio e saúde óssea, e como a revisão da indicação e a desprescrição segura podem ser incorporadas à Atenção Primária do SUS?

A busca foi realizada em 26 de julho de 2026 nas fontes PubMed/MEDLINE e SciELO, complementada pelo portal oficial do Ministério da Saúde. Foram combinados, em português e inglês, os termos “inibidores da bomba de prótons” e “proton pump inhibitors”; “uso prolongado” e “long-term use”; “vitamina B12” e “vitamin B12”; “deficiência de ferro” e “iron deficiency”; “hipomagnesemia” e “hypomagnesemia”; “fraturas” e “fractures”;

"desprescrição" e "deprescribing"; "Atenção Primária" e "primary health care"; e "uso racional de medicamentos", articulados pelos operadores AND e OR.

Foram elegíveis estudos com adultos, ensaios clínicos, coortes, estudos caso-controle, pesquisas em Atenção Primária, revisões sistemáticas, metanálises, diretrizes e documentos oficiais publicados entre 2017 e julho de 2026. Incluíram-se trabalhos que abordassem pelo menos um dos seguintes eixos: adequação da indicação; vitamina B12; ferro; magnésio; saúde óssea; segurança global; rebote ácido; estratégias de desprescrição; ou organização do cuidado. Excluíram-se duplicatas, relatos isolados, editoriais sem análise de evidências, estudos exclusivamente pediátricos, materiais comerciais e publicações sem relação direta com a pergunta.

Após leitura de títulos, resumos e textos completos disponíveis e conferência individual de autoria, periódico e DOI, 17 artigos científicos e dois documentos oficiais compuseram a síntese. Foram extraídos delineamento, população, definição de exposição, desfecho, medidas de associação, fatores de confusão, estratégia de desprescrição e limitações. Os resultados foram organizados em seis categorias: adequação terapêutica; vitamina B12 e ferro; magnésio e osso; hierarquia da evidência e monitoramento; desprescrição e rebote; e aplicação na Atenção Primária. Devido à heterogeneidade de exposições e desfechos, realizou-se síntese narrativa crítica, sem metanálise.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A literatura demonstra que o uso inadequado assume formas distintas: início sem fator de risco suficiente, dose maior que a necessária, duplicidade, continuidade após tratamento de curta duração e ausência de registro da indicação. Koggel et al. (2022) identificaram inadequação em mais da metade dos usuários avaliados na Atenção Primária, com destaque para gastroproteção vinculada a medicamentos sem risco digestivo compatível. Rotinas de renovação, fragmentação entre níveis assistenciais e receio de recorrência favorecem a permanência.

Isso impede que o tempo de uso seja interpretado como critério autônomo de suspensão. Um indivíduo pode necessitar de IBP por anos e estar corretamente tratado, enquanto outro pode permanecer meses em terapia sem benefício líquido. A primeira pergunta da revisão medicamentosa deve ser "qual é a indicação atual?", seguida por dose, frequência, resposta, risco hemorrágico e tentativas prévias de redução. A AGA recomenda revisão periódica de todos os usuários, redução de duas tomadas diárias para uma quando possível e tentativa de desprescrição apenas na ausência de indicação definitiva (Targownik; Fisher; Saini, 2022).

A análise brasileira acrescenta uma dimensão organizacional. Imparato e Toma (2023) observaram que farmacêuticos da Atenção Primária realizavam orientação, consulta e discussão em equipe, mas menos da metade relatava abordagem específica ao omeprazol. Portanto, o uso racional depende de transformar a renovação de receita em oportunidade clínica, com responsabilização compartilhada e registro acessível da razão terapêutica.

Para vitamina B12, os resultados são conflitantes. A metanálise de Choudhury et al. (2023), com 25 estudos, encontrou aumento discreto da chance de deficiência entre usuários de IBP, mas reconheceu heterogeneidade e magnitude insuficiente para estabelecer associação clara. Em direção oposta, Parnham et al. (2025) não observaram diferenças significativas em vitamina B12 sérica nem homocisteína. Em cenário de Atenção Primária, Losurdo et al. (2023) também não encontraram diferença em B12, reforçando a dependência do método e da população.

Essas divergências decorrem da definição variável de deficiência, do uso isolado da vitamina sérica e da presença de fatores concorrentes. Metformina, dieta estritamente vegetal

sem suplementação, cirurgia gástrica, anemia perniciosa, doença ileal, idade avançada e baixa ingestão podem exercer efeito maior que o IBP. Por isso, rastreamento universal em usuários de baixo risco não é sustentado; a avaliação torna-se mais defensável diante de anemia macrocítica, neuropatia, glossite, declínio cognitivo não explicado ou fatores predisponentes (Freedberg; Kim; Yang, 2017; Katz et al., 2022).

A relação com ferro apresenta sinal observacional mais consistente. Tran-Duy et al. (2019), em estudo caso-controle populacional, observaram maior chance de deficiência entre usuários contínuos por pelo menos um ano, com relações dose-resposta e tempo-resposta. A metanálise de Ali (2023) também encontrou associação com anemia ferropriva, embora baseada em estudos não randomizados e sujeitos a confundimento. O mecanismo proposto envolve menor solubilização e redução da absorção do ferro não heme, mas a atribuição causal exige excluir perdas digestivas ou ginecológicas, ingestão insuficiente, doença celíaca, inflamação, doença renal e neoplasias.

Logo, o IBP deve integrar o diagnóstico diferencial, e não substituir a investigação etiológica. Em pessoas com ferritina baixa, resposta inadequada ao ferro oral, exposição prolongada e ausência de outra causa, a equipe pode reavaliar a necessidade da supressão ácida e discutir dose mínima eficaz. Suspender automaticamente o fármaco diante de anemia, porém, pode retirar proteção gastrointestinal justamente de usuários com sangramento prévio ou uso concomitante de antiagregantes.

A hipomagnesemia relacionada aos IBPs é incomum, mas clinicamente relevante quando presente. A metanálise de Srinutta et al. (2019), com 16 estudos observacionais e 131.507 participantes, encontrou associação e sinal de maior risco em doses elevadas. A heterogeneidade, diferenças de ponto de corte e predomínio de populações hospitalares limitam a generalização. A preocupação é maior em usuários de diuréticos, pessoas com doença renal, alcoolismo, diarreia crônica, arritmias ou manifestações neuromusculares; nesses contextos, a dosagem direcionada é mais racional que o rastreamento indiscriminado.

Quanto ao osso, metanálises observacionais sugerem aumento modesto de fraturas, mas não demonstram de forma uniforme redução da densidade mineral óssea. Nassar e Richter (2018) encontraram maior incidência de fraturas sem diferença significativa de densidade mineral. Idade, fragilidade, quedas, corticosteroides, menopausa, baixo peso e comorbidades podem permanecer como confundidores residuais.

O contraste com o COMPASS é instrutivo: Moayyedi et al. (2019) não observaram aumento de fraturas ou da maioria dos desfechos de segurança durante o período randomizado. Ensaios clínicos reduzem confundimento, mas podem ser curtos para eventos tardios e excluir populações de maior vulnerabilidade. Assim, a melhor conclusão não é “IBP causa osteoporose” nem “IBP é isento de risco”, mas que o risco absoluto parece pequeno e deve ser incorporado à avaliação global. Não há fundamento para suplementar cálcio, magnésio ou B12 acima das recomendações apenas pelo uso do medicamento, nem para solicitar densitometria sem indicação clínica independente (Freedberg; Kim; Yang, 2017).

A distância entre estudos observacionais e ensaios randomizados exige leitura hierarquizada. Usuários de IBP são frequentemente mais idosos, multimórbidos e expostos à polifarmácia; essas características aumentam simultaneamente a exposição e o risco de desfechos. Chinzon et al. (2022) destacam que várias associações possuem baixa força causal, enquanto o benefício em indicações corretas é documentado. A ACG orienta explicar que estudos de maior qualidade não confirmam aumento substancial da maioria dos eventos atribuídos aos IBPs (Katz et al., 2022).

Propõe-se uma estratificação operacional, não validada: baixa vulnerabilidade quando há indicação definida, alimentação adequada e ausência de sintomas ou fatores concorrentes; intermediária diante de idade avançada, dose elevada, dieta restritiva, metformina, diuréticos, fragilidade ou histórico de anemia; e alta quando já existem deficiência, sinais neurológicos

ou hematológicos, doença renal, má absorção, cirurgia gastrointestinal ou perdas crônicas. O monitoramento deve ser orientado por sinais e probabilidade pré-teste, podendo incluir hemograma, ferritina, saturação de transferrina, vitamina B12 com marcadores complementares, magnésio e avaliação óssea conforme o risco, sempre considerando dieta e outras causas.

Desprescrição é um processo clínico supervisionado, não sinônimo de interrupção obrigatória. A revisão sistemática de Rossi et al. (2024), que incluiu 66 estudos, identificou melhores resultados em intervenções multiprofissionais, algoritmos clínicos, educação do usuário e participação ativa na decisão. Revisão específica da Atenção Primária publicada em 2026 também concluiu que estratégias educativas de baixo custo e ferramentas de apoio podem reduzir o uso crônico sem aumento clinicamente relevante de sintomas (Escandell-Rico; Pérez-Fernández, 2026).

Antes da retirada, devem ser excluídas condições nas quais o benefício permanece alto: esofagite erosiva grave, úlcera ou estenose esofágica, Barrett, esofagite eosinofílica, síndrome hipersecretória e risco elevado de sangramento digestivo. Usuários em dose dupla, mas com indicação persistente, podem ser candidatos à redução para dose única. Na ausência de indicação definitiva, as opções incluem redução progressiva, interrupção direta ou uso sob demanda, de acordo com gravidade, preferência e história de recaídas (Targownik; Fisher; Saini, 2022).

A hipersecreção ácida de rebote pode produzir azia, regurgitação e dispepsia transitórias após a retirada, confundindo-se com retorno permanente da doença. Namikawa e Björnsson (2024) descrevem a adaptação hipergastrinêmica decorrente da supressão prolongada e ressaltam a importância de orientar previamente o usuário. Embora a AGA admita tanto retirada abrupta quanto redução gradual, o escalonamento pode ser útil em pessoas ansiosas, com sintomas leves ou tentativas anteriores malsucedidas.

O acompanhamento precisa definir prazo e plano de contingência. Sintomas transitórios podem ser manejados com medidas comportamentais individualizadas, antiácidos ou antagonistas H2 quando apropriado, sem transformar toda recorrência em fracasso. Sinais de alarme - disfagia progressiva, perda ponderal involuntária, sangramento, anemia inexplicada, vômitos persistentes ou início recente em pessoa de maior risco - exigem investigação e não devem ser tratados apenas com renovação ou retirada empírica.

A aplicação dos achados ao SUS pode ser organizada em cinco etapas: reconstruir a indicação e o tempo planejado; verificar necessidade atual, resposta, dose e risco de sangramento; avaliar vulnerabilidade nutricional e farmacoterapêutica; pactuar manutenção, redução, uso sob demanda, suspensão, investigação ou encaminhamento; e reavaliar rebote, sintomas, exames e necessidade de retomada. Esse ciclo transforma a renovação automática em decisão clínica documentada.

A alteração do medicamento cabe ao prescritor e à equipe responsável pela farmacoterapia. O farmacêutico contribui com reconciliação, identificação de problemas relacionados a medicamentos e seguimento; o nutricionista avalia ingestão, adequação de micronutrientes, restrições e causas alimentares; enfermagem e medicina acompanham sintomas e sinais de alarme. A atuação integrada é coerente com as diretrizes nacionais de cuidado farmacêutico e uso racional (Brasil, 2025; Brasil, 2026).

O fluxo evita duas práticas de baixo valor: repetir indefinidamente o IBP como “protetor gástrico” sem indicação e solicitar suplementação ou exames em massa sem probabilidade clínica. Simultaneamente, protege usuários que precisam do medicamento, reconhecendo que reduzir polifarmácia não deve se sobrepor à prevenção de sangramento ou ao controle de doença complicada.

4 CONCLUSÃO

Os IBPs permanecem medicamentos eficazes e geralmente seguros quando empregados em indicação correta, dose adequada e duração compatível com o benefício esperado. As evidências sugerem associações entre uso prolongado e deficiência de ferro, hipomagnesemia, alterações de vitamina B12 e fraturas, porém a força, a consistência e a causalidade variam entre os desfechos. A predominância de estudos observacionais e a discrepância em relação a ensaios randomizados impedem concluir que todo usuário crônico desenvolverá deficiência ou doença óssea.

A conduta mais segura não é monitorar nem suspender universalmente, mas revisar periodicamente a indicação e estratificar vulnerabilidades. Pessoas com sintomas, fatores predisponentes, doses elevadas ou alterações documentadas podem necessitar investigação clínica e nutricional direcionada. Quando não existe indicação atual, a desprescrição compartilhada, acompanhada de explicação sobre rebote e de plano de seguimento, reduz a exposição desnecessária sem comprometer o cuidado.

Na Atenção Primária do SUS, a integração entre prescrição, cuidado farmacêutico, enfermagem e Nutrição permite substituir a renovação automática por decisões centradas na pessoa. Estudos prospectivos brasileiros ainda devem controlar alimentação, comorbidades, dose e exposição e avaliar a efetividade de fluxos de desprescrição no sistema público.

REFERÊNCIAS

ALI, M. D. Proton pump inhibitors' use and risk of iron deficiency anaemia: a systematic review and meta-analysis.*Current Reviews in Clinical and Experimental Pharmacology*, v. 18, n. 2, p. 158-166, 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde.*Cuidado Farmacêutico no SUS*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2025. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sectics/daf/cuidado-farmaceutico-no-sus. Acesso em: 26 jul. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde.*Uso Racional de Medicamentos*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2026. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sectics/daf/uso-racional-de-medicamentos. Acesso em: 26 jul. 2026.

CHINZON, D.; DOMINGUES, G.; TOSETTO, N.; PERROTTI, M. Safety of long-term proton pump inhibitors: facts and myths.*Arquivos de Gastroenterologia*, v. 59, n. 2, p. 219-225, 2022. DOI: https://doi.org/10.1590/S0004-2803.202202000-40. Acesso em: 26 jul. 2026.

CHOUDHURY, A. et al. Vitamin B12 deficiency and use of proton pump inhibitors: a systematic review and meta-analysis.*Expert Review of Gastroenterology & Hepatology*, v. 17, n. 5, p. 479-487, 2023. DOI: https://doi.org/10.1080/17474124.2023.2204229.

ESCANDELL-RICO, F. M.; PÉREZ-FERNÁNDEZ, L. Proton pump inhibitor deprescribing interventions in primary care: a systematic review.*Semergen*, v. 52, n. 4, 102735, 2026. DOI: https://doi.org/10.1016/j.semerg.2026.102735. Acesso em: 26 jul. 2026.

FREEDBERG, D. E.; KIM, L. S.; YANG, Y.-X. The risks and benefits of long-term use of proton pump inhibitors: expert review and best practice advice from the American Gastroenterological Association.*Gastroenterology*, v. 152, n. 4, p. 706-715, 2017.

IMPARATO, R. R.; TOMA, T. S. Omeprazol: um inquérito sobre indicações e estratégias para promoção do uso racional na Atenção Primária à Saúde.*Boletim do Instituto de Saúde*, v.

24, n. 2, p. 129-136, 2023. DOI: https://doi.org/10.52753/bis.v24i2.40172. Acesso em: 26 jul. 2026.

KATZ, P. O. et al. ACG clinical guideline for the diagnosis and management of gastroesophageal reflux disease.*The American Journal of Gastroenterology*, v. 117, n. 1, p. 27-56, 2022. DOI: https://doi.org/10.14309/ajg.0000000000001538. Acesso em: 26 jul. 2026.

KOGGEL, L. M. et al. Predictors for inappropriate proton pump inhibitor use: observational study in primary care.*British Journal of General Practice*, v. 72, n. 725, p. e899-e906, 2022.

LOSURDO, G. et al. Effect of long-term proton pump inhibitor use on blood vitamins and minerals: a primary care setting study.*Journal of Clinical Medicine*, v. 12, n. 8, 2910, 2023. DOI: https://doi.org/10.3390/jcm12082910. Acesso em: 26 jul. 2026.

MOAYYEDI, P. et al. Safety of proton pump inhibitors based on a large, multi-year, randomized trial of patients receiving rivaroxaban or aspirin.*Gastroenterology*, v. 157, n. 3, p. 682-691.e2, 2019.

NAMIKAWA, K.; BJÖRNSSON, E. S. Rebound acid hypersecretion after withdrawal of long-term proton pump inhibitor treatment: are PPIs addictive? *International Journal of Molecular Sciences*, v. 25, n. 10, 5459, 2024.

NASSAR, Y.; RICHTER, S. Proton-pump inhibitor use and fracture risk: an updated systematic review and meta-analysis.*Journal of Bone Metabolism*, v. 25, n. 3, p. 141-151, 2018.

PARNHAM, O. et al. Association between long-term proton pump inhibitor therapy and vitamin B12 status: a systematic review and meta-analysis.*Cureus*, v. 17, n. 7, e90038, 2025.

ROSSI, A. et al. Approaches to deprescribing proton pump inhibitors in clinical practice: a systematic review.*Journal of Clinical Medicine*, v. 13, n. 20, 6283, 2024.

SRINUTTA, T. et al. Proton pump inhibitors and hypomagnesemia: a meta-analysis of observational studies.*Medicine*, v. 98, n. 44, e17788, 2019.

TARGOWNIK, L. E.; FISHER, D. A.; SAINI, S. D. AGA clinical practice update on de-prescribing of proton pump inhibitors: expert review.*Gastroenterology*, v. 162, n. 4, p. 1334-1342, 2022.

TRAN-DUY, A. et al. Use of proton pump inhibitors and risk of iron deficiency: a population-based case-control study.*Journal of Internal Medicine*, v. 285, n. 2, p. 205-214, 2019. DOI: https://doi.org/10.1111/joim.12826. Acesso em: 26 jul. 2026.

EQUIDADE NO SUS: DESAFIOS E POTENCIALIDADES DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL PARA INDÍGENAS EM REGIÃO DE FRONTEIRA

TERESA CRISTINA SALUSTIANO DA COSTA MELGAR; TERESA CRISTINA SALUSTIANO DA COSTA MELGAR; HALANDERSON RAYMISSON DA SILVA PEREIRA

Introdução: A equidade constitui um dos princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde (SUS) e pressupõe a oferta de um cuidado que considere as especificidades sociais, culturais e territoriais das populações atendidas. Nesse contexto, os povos indígenas desaldeados residentes em áreas urbanas e de fronteira vivenciam desafios que comprometem o acesso e a continuidade da atenção em saúde mental. **Objetivo:** Este estudo teve como objetivo analisar os desafios e as potencialidades da construção de linhas de cuidado em saúde mental para indígenas desaldeados no município de Guajará-Mirim, Rondônia, localizado na fronteira entre Brasil e Bolívia, tendo o matriciamento como estratégia de fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS). **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa qualitativa, de caráter exploratório e explicativo, desenvolvida por meio de entrevistas semiestruturadas e grupos focais com 23 profissionais da Estratégia Saúde da Família e do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS I). **Resultados:** A análise dos dados evidenciou que as principais fragilidades estão relacionadas à insuficiente qualificação dos profissionais para atuação em contextos interculturais, à desarticulação entre a APS e a Rede de Atenção Psicossocial, à fragilidade da educação permanente e às dificuldades em reconhecer e incorporar os saberes tradicionais indígenas na construção do cuidado. Também foram identificadas barreiras decorrentes da comunicação entre os serviços, da ausência de fluxos assistenciais específicos e da limitada integração entre os diferentes pontos da rede. Como potencialidade, o estudo demonstrou que o apoio matricial favorece o compartilhamento de conhecimentos entre as equipes, amplia a capacidade resolutiva da APS, fortalece o trabalho interdisciplinar e contribui para a construção de Projetos Terapêuticos Singulares mais adequados às necessidades socioculturais da população indígena. Os resultados reforçam que o matriciamento representa uma importante ferramenta para qualificar o cuidado em saúde mental, promover a integralidade da assistência e fortalecer a articulação entre os serviços do SUS. **Conclusão:** Conclui-se que investir na educação permanente, na organização das linhas de cuidado e na valorização das práticas interculturais constitui estratégia essencial para ampliar a equidade, a humanização e a efetividade da atenção à saúde mental de povos indígenas em regiões de fronteira, contribuindo para o fortalecimento das políticas públicas no âmbito do SUS.

Palavras-chave: **SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE; EQUIDADE EM SAÚDE; MATRICIAMENTO**

DOI: 10.51161/iv-conasus/86268

MATRICIAMENTO EM SAÚDE MENTAL: UMA ESTRATÉGIA PARA QUALIFICAR O CUIDADO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

TERESA CRISTINA SALUSTIANO DA COSTA MELGAR; TERESA CRISTINA SALUSTIANO DA COSTA MELGAR; HALANDERSON RAYMISSON DA SILVA PEREIRA

Introdução: O apoio matricial constitui uma estratégia de organização do trabalho no Sistema Único de Saúde (SUS) voltada ao fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS), promovendo a integração entre equipes de referência e equipes especializadas, o compartilhamento de conhecimentos e a corresponsabilização pelo cuidado. No campo da saúde mental, essa estratégia fortalece a articulação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), contribuindo para a integralidade da assistência e para a ampliação da capacidade resolutiva da APS. **Objetivo:** Analisar as contribuições do apoio matricial para a qualificação do cuidado em saúde mental no âmbito do SUS. **Metodologia:** Trata-se de um estudo qualitativo, de caráter exploratório e explicativo, desenvolvido por meio de entrevistas semiestruturadas e grupos focais com profissionais da Estratégia Saúde da Família e de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS I). Os dados foram organizados e analisados por meio de análise temática, respeitando os princípios éticos da pesquisa envolvendo seres humanos. **Resultados:** Os achados evidenciaram fragilidades na comunicação entre os diferentes pontos da rede, insuficiência de ações de educação permanente, ausência de fluxos assistenciais bem definidos e dificuldades na condução compartilhada dos casos de saúde mental. Essas limitações comprometem a continuidade do cuidado e reduzem a capacidade de resposta da Atenção Primária frente às demandas de sofrimento psíquico. Em contrapartida, os participantes reconheceram o apoio matricial como estratégia essencial para fortalecer o trabalho interdisciplinar, promover discussões de casos, subsidiar a elaboração de Projetos Terapêuticos Singulares e ampliar o suporte técnico às equipes da APS, favorecendo maior integração entre os serviços da RAPS. **Conclusão:** Conclui-se que o apoio matricial representa uma importante ferramenta para qualificar a assistência em saúde mental, fortalecer a articulação entre os níveis de atenção e ampliar a resolutividade do cuidado. Sua institucionalização, associada à educação permanente e à definição de fluxos assistenciais, contribui para consolidar os princípios da integralidade, da equidade e da humanização do SUS.

Palavras-chave: **SAÚDE MENTAL; MATRICIAMENTO; ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE**

DOI: 10.51161/iv-conasus/86272

PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA COMO ESTRATÉGIA PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE BUCAL E FORTALECIMENTO DOS INDICADORES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

YASMIN DA NÓBREGA ALVES E SILVA; ANTONIA ROBERTA MITRE SAMPAIO; LAURENA AVELINO MONTEIRO GOMES DE SOUZA; BRENA COSTA DE SOUZA E SOUZA; MAIRLA BRUNA LIMA DO NASCIMENTO

Introdução: A promoção da saúde bucal no ambiente escolar constitui uma estratégia essencial para prevenção de agravos, incentivo à adoção de hábitos saudáveis e fortalecimento das ações da Atenção Primária à Saúde (APS). Nesse contexto, o Programa Saúde na Escola (PSE) integra os setores da saúde e da educação, contribuindo para o desenvolvimento de ações preventivas e para o alcance dos indicadores da APS relacionados à escovação supervisionada. **Objetivo:** Relatar a experiência de uma ação de escovação supervisionada e educação em saúde bucal desenvolvida por equipe multiprofissional no âmbito do Programa Saúde na Escola, em Benevides, Pará. **Relato de experiência:** A atividade foi realizada em maio de 2026, na Escola Municipal José do Patrocínio, localizada na comunidade Novo Brasil, em Benevides-PA, contemplando todas as turmas dos turnos da manhã e da tarde. A ação foi conduzida pela equipe da Unidade de Saúde da Família, composta por cirurgiã-dentista, auxiliar em saúde bucal, agentes comunitários de saúde e enfermeira. Inicialmente, foram realizadas orientações sobre higiene bucal por meio de abordagem lúdica, utilizando macromodelos odontológicos que demonstravam hábitos prejudiciais e comportamentos favoráveis à saúde bucal, estimulando a participação ativa dos escolares. Em seguida, procedeu-se à escovação supervisionada e à aplicação tópica de flúor. Observou-se elevada interação das crianças durante as atividades, maior compreensão acerca dos cuidados com a saúde bucal e fortalecimento do vínculo entre a Unidade de Saúde da Família, a comunidade escolar e os responsáveis pelos estudantes. **Conclusão:** A experiência evidenciou que as ações desenvolvidas no âmbito do Programa Saúde na Escola favorecem a promoção da saúde bucal, fortalecem a articulação entre saúde e educação e contribuem para o cumprimento dos indicadores da Atenção Primária. A utilização de recursos lúdicos mostrou-se uma estratégia eficaz para estimular o aprendizado e a adoção de práticas preventivas desde a infância.

Palavras-chave: **PROGRAMA SAUDE NA ESCOLA; PROMOÇÃO DE SAÚDE; ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

DOI: 10.51161/iv-conasus/86285

IMPLANTAÇÃO DA AUDITORIA INTERNA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE EM UM HOSPITAL PRIVADO FILANTRÓPICO: EXPERIÊNCIA NA ESTRUTURAÇÃO DE UM MODELO DE GOVERNANÇA ASSISTENCIAL

KELLY DIORNEA DOS SANTOS

RESUMO

Introdução: A auditoria em saúde constitui uma ferramenta estratégica para o fortalecimento da governança clínica, da qualidade assistencial e da gestão dos recursos públicos no Sistema Único de Saúde (SUS). Apesar de sua relevância, muitos hospitais privados contratualizados pelo SUS ainda não dispõem de estruturas internas de auditoria organizadas e padronizadas, o que limita o monitoramento sistemático dos processos assistenciais, dos registros clínicos e da conformidade documental. **Objetivo:** Relatar a experiência de implantação da Auditoria Interna do Sistema Único de Saúde em um hospital privado filantrópico, descrevendo o processo de planejamento, estruturação e implementação do serviço, bem como seus impactos iniciais sobre a organização institucional. **Método:** Estudo descritivo, do tipo relato de experiência, desenvolvido em um hospital privado filantrópico contratualizado pelo SUS, no ano de 2026. O processo vem sendo conduzido em etapas sucessivas, compreendendo diagnóstico situacional, planejamento estratégico, elaboração de documentos normativos, definição de indicadores, implantação de fluxos operacionais, capacitação das equipes e monitoramento contínuo dos resultados. **Resultados:** A implantação vem possibilitando a criação do serviço institucional de Auditoria SUS, elaboração do Manual Institucional de Auditoria Assistencial, padronização de Procedimentos Operacionais Padrão (POPs), implementação de fluxogramas, formulários de Registro de Não Conformidade (RNC), planos de ação corretiva e preventiva (CAPA), indicadores de desempenho e cronograma anual de auditorias. Observou-se melhoria na organização dos processos, maior integração entre os setores, fortalecimento da cultura de segurança do paciente e qualificação dos registros assistenciais. **Conclusão:** A experiência demonstra que a implantação estruturada da Auditoria SUS favorece a organização dos processos assistenciais, fortalece a governança clínica e contribui para a melhoria contínua da qualidade e da segurança do paciente, podendo servir como modelo para outras instituições hospitalares contratualizadas pelo Sistema Único de Saúde. **Palavras-chave:** Auditoria em Saúde; Enfermagem; Gestão da Qualidade.

1 INTRODUÇÃO

A crescente complexidade dos serviços de saúde impõe às instituições hospitalares a necessidade de aperfeiçoar continuamente seus processos de gestão, assistência e controle,

DOI: 10.51161/iv-conasus/86298

visando maior eficiência, segurança do paciente e qualidade assistencial, especialmente naquelas que atuam como prestadoras de serviços ao Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2014; ANVISA, 2013). Nesse cenário, a auditoria em saúde constitui um instrumento estratégico para avaliação da qualidade assistencial, do desempenho organizacional e da adequada utilização dos recursos públicos, contribuindo para a melhoria contínua dos serviços de saúde (BRASIL, 2017; ONA, 2022).

Historicamente, a auditoria hospitalar esteve associada ao controle financeiro e ao faturamento hospitalar. Entretanto, sua atuação evoluiu para contemplar a avaliação da qualidade assistencial, segurança do paciente, gestão de riscos e conformidade dos processos (SCARPARO; FERRAZ, 2008; SETZ; D'INNOCENZO, 2009). Entretanto, nas últimas décadas, sua atuação expandiu-se significativamente, incorporando dimensões relacionadas à qualidade da assistência, segurança do paciente, gestão de riscos, avaliação de processos e conformidade com protocolos clínicos e normas regulatórias.

No Sistema Único de Saúde, a auditoria constitui instrumento de gestão capaz de avaliar a conformidade dos serviços, subsidiar a tomada de decisão e fortalecer a governança do sistema, possibilitando a avaliação sistemática da conformidade dos registros assistenciais, da produção hospitalar, da utilização dos recursos públicos e do cumprimento das diretrizes estabelecidas pela legislação sanitária e pelas políticas públicas de saúde (BRASIL, 2017). Além do caráter fiscalizador, a auditoria moderna assume função educativa, orientadora e indutora da melhoria contínua, estimulando a adoção de boas práticas assistenciais e o desenvolvimento de uma cultura organizacional voltada para a qualidade.

Apesar dessa evolução conceitual, observa-se que muitos hospitais privados filantrópicos contratualizados pelo SUS ainda apresentam limitações relacionadas à estruturação de serviços internos de auditoria. Em diversas instituições, as atividades de auditoria permanecem concentradas na análise retrospectiva de prontuários ou na resolução de glosas financeiras, sem integração efetiva com os processos de gestão da qualidade, segurança do paciente e educação permanente.

Essa realidade evidencia a necessidade de modelos institucionais capazes de integrar auditoria assistencial, gestão de riscos, monitoramento de indicadores, tratamento de não conformidades e melhoria contínua dos processos. A implantação de uma Auditoria Interna estruturada representa, portanto, uma estratégia para fortalecer a governança clínica, apoiar a tomada de decisão baseada em evidências e ampliar a conformidade com as diretrizes do SUS e os requisitos dos programas de acreditação em saúde.

O presente relato descreve a experiência de implantação da Auditoria Interna do Sistema Único de Saúde em um hospital privado filantrópico, apresentando as etapas de planejamento, desenvolvimento e implementação do serviço, bem como os principais desafios enfrentados e os resultados iniciais observados. Ao sistematizar essa experiência, busca-se contribuir para a disseminação de práticas inovadoras em auditoria assistencial e oferecer um modelo de referência para instituições que pretendam estruturar serviços semelhantes.

2 RELATO DA EXPERIÊNCIA

Trata-se de um estudo descritivo do tipo relato de experiência, modalidade amplamente utilizada para descrever processos de implantação de tecnologias organizacionais e estratégias de gestão em saúde (MUSSI; FLORES; ALMEIDA, 2021).

A implantação da Auditoria Interna SUS teve início a partir da identificação da inexistência de uma estrutura institucional formal destinada ao monitoramento sistemático da qualidade assistencial relacionada às internações financiadas pelo Sistema Único de Saúde.

Embora a instituição apresentasse tradição assistencial consolidada e elevada participação no atendimento aos usuários do SUS, observou-se que as atividades de auditoria estavam concentradas, predominantemente, na análise documental voltada ao faturamento hospitalar e atendimento às demandas externas dos órgãos de controle e voltadas para auditoria da saúde suplementar.

Durante o diagnóstico situacional foram identificadas oportunidades de melhoria, entre elas:

- Ausência de um serviço institucional estruturado de Auditoria SUS;
- Inexistência de Manual Institucional de Auditoria;
- Ausência de Procedimentos Operacionais Padrão específicos;
- Inexistência de Plano Anual de Auditoria;
- Inexistência de indicadores específicos de auditoria assistencial;
- Inexistência de fluxos padronizados para tratamento das não conformidades;
- Ausência de formulários institucionais para Registro de Não Conformidade (RNC);
- Inexistência de metodologia padronizada para elaboração de planos CAPA;
- Ausência de processo formal de reauditoria;
- Necessidade de fortalecimento da cultura de segurança do paciente e gestão de riscos.

A utilização de indicadores assistenciais e do ciclo de melhoria contínua está alinhada aos princípios da gestão da qualidades recomendadas pela Organização Nacional de Acreditação (ONA, 2022).

Esses achados evidenciaram a necessidade de desenvolver um modelo institucional integrado, capaz de padronizar os processos de auditoria e fortalecer a governança clínica.

Com base no diagnóstico situacional, foi elaborado um Plano de Implantação da Auditoria Interna SUS, estruturado em fases sucessivas e alinhado aos princípios da gestão da qualidade.

Inicialmente foram definidos os objetivos estratégicos do projeto, os responsáveis por sua execução, os recursos necessários e o cronograma de implementação. Também foi instituído o Plano Anual de Auditoria, contemplando auditorias programadas em todos os setores assistenciais e administrativos relacionados à assistência prestada aos usuários do SUS.

Paralelamente, foi realizado o mapeamento dos principais processos institucionais, permitindo identificar riscos assistenciais, oportunidades de melhoria e prioridades para atuação da auditoria.

DOI: 10.51161/iv-conasus/86298

Uma das etapas mais relevantes da implantação consistiu na elaboração de um conjunto de documentos normativos destinados à padronização das atividades da Auditoria SUS.

Foram desenvolvidos:

Manual Institucional de Auditoria Assistencial;
Procedimentos Operacionais Padrão (POPs);
Fluxogramas institucionais;
Formulários de Registro de Não Conformidade (RNC);
Plano de Ação Corretiva e Preventiva (CAPA);
Ferramenta 5W2H;
Checklists específicos para auditorias prospectivas, concorrentes e retrospectivas;
Formulários de reauditoria;
Matriz de indicadores;
Plano Anual de Auditoria;
Instrumentos para monitoramento da eficácia das ações corretivas.

A elaboração desses documentos buscou garantir uniformidade metodológica, rastreabilidade dos processos e maior confiabilidade das informações produzidas durante as auditorias.

Além da padronização de processos e o monitoramento de indicadores favorecerem a cultura de segurança do paciente (ANVISA, 2013; BRASIL, 2014).

4 CONCLUSÃO

Embora o processo de implantação ainda esteja em fase de consolidação, foram observados resultados institucionais relevantes, incluindo maior padronização dos processos de auditoria, melhoria da organização documental, fortalecimento da cultura de segurança do paciente, incremento da integração entre os setores assistenciais e administrativos e maior envolvimento das lideranças na análise crítica dos indicadores institucionais. Entretanto, o principal desafio identificado durante a implementação foi a resistência às mudanças organizacionais, evidenciada pela dificuldade de adesão inicial de alguns profissionais às novas rotinas e processos estabelecidos. Ainda assim, as estratégias de sensibilização, capacitação e acompanhamento contínuo têm contribuído gradativamente para a redução dessas barreiras, favorecendo a consolidação da cultura de qualidade e melhoria contínua na instituição.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **Resolução RDC nº 15, de 15 de março de 2012.** Dispõe sobre requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: Brasília, DF, 19 mar. 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2012/rdc0015_15_03_2012.html. Acesso em: 23 jul. 2026.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **Resolução RDC nº 36, de 25 de julho de 2013.** Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: Brasília, DF, 26 jul. 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html. Acesso em: 23 jul. 2026.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **Resolução RDC nº 222, de 28 de março de 2018.** Regulamenta as Boas Práticas de Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: Brasília, DF, 29 mar. 2018. Disponível em: https://www.gov.br/anvisa. Acesso em: 23 jul. 2026.

BRASIL. **Constituição (1988).** Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Presidência da República, 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br. Acesso em: 23 jul. 2026.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br. Acesso em: 23 jul. 2026.

BRASIL. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990.** Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. *Diário Oficial da União*: Brasília, DF, 31 dez. 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br. Acesso em: 23 jul. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br. Acesso em: 23 jul. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual do Sistema Nacional de Auditoria do SUS.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://www.gov.br/saude. Acesso em: 23 jul. 2026.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução COFEN nº 736, de 17 de janeiro de 2024.** Dispõe sobre a implementação do Processo de Enfermagem em todo contexto socioambiental onde ocorre o cuidado de enfermagem. Brasília, DF: COFEN, 2024. Disponível em: https://www.cofen.gov.br. Acesso em: 23 jul. 2026.

MUSSI, Ricardo Franklin de Freitas; FLORES, Fábio Fernandes; ALMEIDA, Cláudio Bispo de. Pressupostos para a elaboração de relato de experiência como conhecimento científico. *Práxis Educacional*, Vitória da Conquista, v. 17, n. 48, p. 60-77, 2021. DOI: 10.22481/praxisedu.v17i48.9010.

ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO (ONA). Manual Brasileiro de Acreditação: Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde. São Paulo: ONA, versão vigente. Disponível em: https://www.ona.org.br. Acesso em: 23 jul. 2026.

SCARPARO, Ariane Ferreira; FERRAZ, Clarice Aparecida. Auditoria em enfermagem: identificando sua concepção e métodos. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 61, n. 3, p. 302-305, 2008. DOI: 10.1590/S0034-71672008000300004.

O PAPEL DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR E AÇÕES EDUCATIVAS PÓS-INSPEÇÃO: RELATO DE EXPERIÊNCIA NO SUS DO DISTRITO FEDERAL

DAYSE LÚCIA MOREIRA ROCHA; LUCIMIR HENRIQUE PESSOA MAIA

Introdução: A Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT) é um componente essencial do Sistema Único de Saúde (SUS), atuando na promoção, proteção e recuperação da saúde nos ambientes laborais. Historicamente, as inspeções ocupacionais carregam um estigma punitivo e fiscalizatório. Contudo, a atuação dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), enquanto articuladores da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST), demonstra que as inspeções in loco são oportunidades estratégicas de educação em saúde, transformando exigências estruturais em processos de sensibilização e prevenção no âmbito do SUS. **Objetivo:** Descrever a experiência da equipe do CEREST na condução de ações educativas integradas às inspeções técnicas como estratégia de prevenção de agravos ocupacionais na rede pública de saúde do Distrito Federal. **Relato de caso:** A vivência ocorreu durante as inspeções realizadas pelo CEREST na Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF). A prática envolveu avaliações in loco de condições de trabalho e a posterior elaboração de relatórios técnicos. A intervenção consistiu em transcender a notificação de irregularidades, promovendo orientações voltadas a gestores e trabalhadores sobre os riscos ergonômicos, físicos, biológicos e químicos identificados, alinhando-se ao princípio da integralidade do SUS. Observou-se que a adoção de uma postura educativa durante e após as inspeções reduziu expressivamente a resistência inicial de empregadores e trabalhadores. A explicação técnica sobre a fisiopatologia do adoecimento ocupacional gerou maior engajamento na correta utilização de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) e na adequação dos processos laborais. Evidenciou-se que o letramento em saúde transforma o trabalhador em agente ativo de prevenção, resultando em adequações normativas mais céleres e fortalecendo o controle social e a qualidade de vida. **Conclusão:** A VISAT no SUS alcança máxima efetividade quando alia o rigor técnico à educação continuada. O relato reforça que as inspeções do CEREST não são punitivas, são ferramentas valiosas de promoção da saúde capazes de fomentar ambientes seguros de forma colaborativa, reafirmando o compromisso do SUS com a saúde integral do trabalhador.

Palavras-chave: **EDUCAÇÃO EM SAÚDE; SAÚDE DO TRABALHADOR; VIGILÂNCIA EM SAÚDE**

DOI: 10.51161/iv-conasus/86373

CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICAS ASSOCIADAS AO ÓBITO POR TUBERCULOSE EM IDOSOS NO BRASIL: ANÁLISE DO SINAN-TB 2015–2024

ANA MARIA DE OLIVEIRA ROSA BARBOSA; KLAUSS VILLALVA SERRA JUNIOR; AMANDA BOERY BALTHASAR DA SILVEIRA; ANDRÉ LUIZ OLIVEIRA CORREIA; ALICE ALMEIDA SANTANA MASCARENHAS; THAILA RIBEIRO GUIMARAES VIEIRA

Introdução: A tuberculose (TB), causada pelo *Mycobacterium tuberculosis*, permanece como importante problema de saúde pública no Brasil, especialmente entre idosos, grupo mais vulnerável devido à imunossenescência, maior frequência de comorbidades, interações medicamentosas e maior risco de evolução desfavorável e óbito. **Objetivo:** Avaliar fatores clínico-epidemiológicos associados à mortalidade por TB em indivíduos com 60 anos ou mais no Brasil, identificando perfis de maior risco para subsidiar políticas públicas. **Métodos:** Estudo observacional analítico com dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Tuberculose (SINAN-TB/DATASUS), de 2015 a 2025. Foram incluídos indivíduos ≥60 anos, com TB pulmonar ou forma pulmonar associada à extrapulmonar, excluindo-se casos com evidência de TB resistente. Um modelo de regressão de Poisson modificada com estimador sanduiche foi utilizado para avaliar. Associações entre características demográficas, clínicas e comportamentais com óbito foram estimadas reportando razões de risco relativo ajustadas (RRa) e intervalos de confiança de 95% (IC95%). A seleção de variáveis para modelo foi realizada utilizando a metodologia *backward stepwise*, com resultados sendo reportados como razões de risco ajustadas (RRa) e intervalos de confiança de 95% (IC95%). As análises foram realizadas com Excel e R Studio. **Resultados:** A amostra incluiu 34.620 idosos com TB, dos quais 13,3% (4.605) evoluíram para óbito. O risco ajustado foi maior entre homens (RRa=1,25; IC95%: 1,18–1,33) e aumentou com a idade (RRa=1,05 por ano; IC95%: 1,04–1,05). A forma pulmonar associada à extrapulmonar elevou o risco de óbito (RRa=1,69; IC95%: 1,51–1,89). As associações mais fortes ocorreram em pessoas vivendo com HIV (RRa=2,35; IC95%: 2,14–2,59) e com neoplasias (RRa=2,22; IC95%: 1,78–2,77). Diabetes mellitus (RRa=1,10; IC95%: 1,03–1,17), uso de álcool (RRa=1,51; IC95%: 1,40–1,62), tabagismo (RRa=1,37; IC95%: 1,29–1,46), uso de drogas ilícitas (RRa=1,21; IC95%: 1,05–1,39) e retratamento (RRa=1,10; IC95%: 1,02–1,19), também aumentaram o risco de óbito. Em contrapartida, o Tratamento Diretamente Observado (TDO) reduziu esse risco em 30% (RRa=0,70; IC95%: 0,66–0,74). **Conclusão:** Os achados deste estudo evidenciam que determinadas condições clínicas e comportamentais exercem impacto expressivo na mortalidade de idosos com TB, bem como reforçam a importância do acompanhamento mais próximo e individualizado desses pacientes, com foco na adesão terapêutica e no manejo integral das comorbidades e vulnerabilidades associadas.

Palavras-chave: **IDOSO; ÓBITO; TUBERCULOSE**

DOI: 10.51161/iv-conasus/86432

ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA PREVENÇÃO DA SÍFILIS GESTACIONAL DURANTE O PRÉ-NATAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

ISABELA DE SOUZA

Introdução: A sífilis gestacional constitui um importante problema de saúde pública no Brasil devido ao aumento da incidência e às repercussões maternas e neonatais decorrentes da transmissão vertical. O diagnóstico e o tratamento oportunos durante o pré-natal são essenciais para prevenir complicações como aborto espontâneo, prematuridade, natimortalidade e sífilis congênita. Nesse contexto, a atuação do enfermeiro na Atenção Primária à Saúde destaca-se pela realização de ações voltadas ao rastreamento, prevenção, educação em saúde e acompanhamento da gestante. **Objetivo:** Analisar as evidências científicas sobre a atuação do enfermeiro na prevenção da sífilis gestacional durante o pré-natal na Atenção Primária à Saúde. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão narrativa da literatura, elaborada a partir da análise de seis estudos científicos nacionais relacionados à atuação do enfermeiro na prevenção da sífilis gestacional durante o pré-natal. Os estudos, publicados entre 2021 e 2025, foram analisados quanto às estratégias de prevenção, diagnóstico precoce, educação em saúde, tratamento e acompanhamento das gestantes na Atenção Primária à Saúde, permitindo a síntese das principais evidências disponíveis sobre o tema. **Resultados:** A análise dos estudos evidenciou que o enfermeiro desempenha papel fundamental na prevenção da sífilis gestacional por meio da consulta de enfermagem, realização de testes rápidos, solicitação de exames conforme protocolos assistenciais, educação em saúde, acolhimento, acompanhamento contínuo da gestante e incentivo ao tratamento da parceria sexual. Também foram identificados desafios relacionados ao início tardio do pré-natal, à baixa adesão ao tratamento, às dificuldades de acesso aos serviços de saúde e à necessidade de educação permanente dos profissionais. **Conclusão:** Conclui-se que a atuação do enfermeiro é indispensável para o diagnóstico precoce, tratamento oportuno e redução da transmissão vertical da sífilis. O fortalecimento da assistência na Atenção Primária à Saúde, aliado à qualificação contínua dos profissionais, contribui para a melhoria da qualidade do cuidado materno-infantil e para o enfrentamento desse importante problema de saúde pública.

Palavras-chave: **ASSISTÊNCIA A SAÚDE; PROMOÇÃO DA SAÚDE; TRANSMISSÃO VERTICAL**

DOI: 10.51161/iv-conasus/86529

EDUCAÇÃO EM SAÚDE SOBRE DIABETES GESTACIONAL PARA GESTANTES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: RELATO DE EXPERIÊNCIA

REBECA SCHMITZ SASSÁ

Introdução: A prevalência estimada de diabetes mellitus gestacional (DMG) no Brasil é de aproximadamente 18%. O tratamento da DMG envolve alimentação adequada, prática de atividade física e monitorização da glicemia capilar por meio do glicosímetro. Para favorecer a adesão ao tratamento, é fundamental que a gestante saiba utilizar corretamente o aparelho e interpretar os resultados obtidos. Nesse contexto, a Atenção Primária à Saúde (APS) desempenha papel essencial na promoção da educação em saúde junto à população, incluindo grupos específicos, como gestantes. **Objetivo: De**senvolver uma ação de educação em saúde com gestantes de um município da Região Metropolitana de Curitiba sobre diabetes mellitus gestacional e monitorização da glicemia capilar. **Relato de experiência:** Foi realizada uma roda de conversa durante um grupo de gestantes em uma Unidade Básica de Saúde do município de Piraquara (PR). A atividade, conduzida por farmacêutica residente e técnica de enfermagem, contou com a participação de 12 gestantes, do primeiro ao terceiro trimestre gestacional. Foram abordados os seguintes temas: medicamentos contraindicados na gestação, diabetes mellitus gestacional, técnica correta de utilização do glicosímetro, frequência da monitorização glicêmica, preenchimento do diário glicêmico, valores de referência, sinais e sintomas de hipo e hiperglicemia e condutas frente às alterações glicêmicas. Ao final, foram distribuídos materiais educativos ilustrados e um diário glicêmico para acompanhamento domiciliar, além do esclarecimento das dúvidas apresentadas pelas participantes, que participaram ativamente das discussões. **Conclusão:** A atividade evidenciou o potencial da educação em saúde para fortalecer o autocuidado e favorecer a adesão ao tratamento da diabetes mellitus gestacional. A participação ativa das gestantes demonstrou interesse pelo tema e possibilitou o esclarecimento de dúvidas relacionadas ao manejo da doença. A experiência reforça a atuação do farmacêutico na Atenção Primária à Saúde como profissional apto a desenvolver ações educativas, ampliando sua contribuição para a promoção da saúde e a prevenção de complicações materno-fetais.

Palavras-chave: **DIABETES GESTACIONAL; EDUCAÇÃO EM SAÚDE; ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

DOI: 10.51161/iv-conasus/86557

COOPERAÇÃO TÉCNICA COMO ESTRATÉGIA DE FORTALECIMENTO DO SISTEMA NACIONAL DE AUDITORIA E DO CONTROLE SOCIAL: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA DO SERVIÇO NACIONAL DE AUDITORIA DO SUS NO ACRE

MÁRCIA ANDRADE DE SOUZA

Introdução: No âmbito das atividades desenvolvidas pelo Departamento Nacional de Auditoria do SUS (DenaSUS), as ações de Cooperação Técnica (CT) constituem estratégia de articulação entre os componentes do Sistema Nacional de Auditoria (SNA), gestores, Conselhos de Saúde, órgãos de controle e demais instituições, com o propósito de fortalecer o SNA, apoiar sua implantação e implementação e qualificar a auditoria interna do SUS por meio da educação permanente e da capacitação técnica. **Objetivo:** Descrever as atividades desenvolvidas nas CT nº 2282 e nº 2283, voltadas à socialização de conhecimentos e ao fortalecimento das ações de CT, decorrentes de pactuações entre o DenaSUS e o Serviço de Auditoria do SUS no Acre (SEAUD/AC). **Relato de caso:** A CT nº 2282 foi realizada em 6/11/2024, em parceria com o Conselho Estadual de Saúde (CES) do Acre, por meio de capacitação presencial destinada a conselheiros de saúde e estudantes do curso de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Acre, reunindo 39 participantes. A CT nº 2283 ocorreu em 8/11/2024, em parceria com o Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do Acre (COSEMS), no formato de videoconferência pela plataforma Zoom, com participação de 30 gestores municipais. As capacitações, conduzidas por meio de exposições dialogadas, abordaram fundamentos legais do SNA, o novo paradigma da auditoria do SUS, sua contribuição para a gestão e o controle social, a integração entre auditoria e instrumentos de planejamento e o relatório de auditoria como ferramenta de qualificação da gestão. **Conclusão:** As ações ampliaram o conhecimento dos participantes sobre o SNA, fortaleceram a compreensão da auditoria como instrumento de gestão e controle social e estimularam sua articulação com os instrumentos de planejamento. Ademais, contribuíram para aproximar a formação acadêmica da prática profissional, bem como observou-se maior utilização dos relatórios de auditoria pelo CES, evidenciando avanços na integração entre auditoria e participação social, demonstrando o potencial das ações de CT como estratégia de educação permanente e de consolidação do SNA nos territórios.

Palavras-chave: **AUDITORIA EM SAÚDE; CONTROLE SOCIAL; EDUCAÇÃO PERMANENTE**

DOI: 10.51161/iv-conasus/86561

ELABORAÇÃO DE UM RECURSO EDUCACIONAL ABERTO SOBRE O SISTEMA NACIONAL DE AUDITORIA DO SUS: RELATO DE EXPERIÊNCIA NA PRODUÇÃO DE CURSO PARA O AVASUS

MÁRCIA ANDRADE DE SOUZA

Introdução: O Sistema Nacional de Auditoria (SNA) desempenha papel estratégico na qualificação da gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), contribuindo para o fortalecimento da governança pública, da transparência e do controle social. Considerando as competências do Departamento Nacional de Auditoria do SUS (DenaSUS), identificou-se a necessidade de ampliar o acesso ao conhecimento sobre o SNA por meio de estratégias educacionais inovadoras, voltadas à formação de agentes, gestores e conselheiros de saúde. **Objetivo:** Relatar a experiência de elaboração do conteúdo de um Recurso Educacional Aberto, na modalidade autoinstrucional, destinado à plataforma Ambiente Virtual de Aprendizagem do SUS (AVASUS), com enfoque no SNA como instrumento de governança pública e fortalecimento do controle social. **Relato de experiência:** A experiência teve início com o planejamento do curso como produto de um mestrado profissional, seguido da participação em oficina de formação de conteudistas promovida pelo Laboratório de Inovação Tecnológica em Saúde (LAIS/UFRN). A construção do conteúdo envolveu pesquisa bibliográfica, definição da estrutura pedagógica e elaboração de quatro unidades temáticas: SNA; processo de auditoria do SUS; relatório de auditoria; e contribuição do SNA para a gestão e o controle social. O desenvolvimento ocorreu em conformidade com o fluxo de produção de recursos educacionais do AVASUS, contemplando revisões técnico-científica, pedagógica, linguística e design instrucional. O curso foi estruturado para oferta autoinstrucional, com carga horária de 20 horas, utilizando tecnologias digitais e metodologias de educação aberta para favorecer a disseminação do conhecimento entre diferentes atores do SUS. **Conclusão:** A elaboração do recurso educacional evidenciou o potencial das tecnologias educacionais como estratégia de educação permanente para o SUS, ampliando o acesso ao conhecimento sobre o SNA e fortalecendo sua compreensão como instrumento de governança pública e controle social. Espera-se que o curso, disponibilizado em 8/05/2025 na plataforma AVASUS, contribua para qualificar a atuação de agentes, gestores e conselheiros de saúde, favorecendo a utilização das informações produzidas pelas auditorias no planejamento, na tomada de decisão e no aprimoramento da gestão e da participação social no SUS.

Palavras-chave: **SISTEMA NACIONAL DE AUDITORIA; RECURSO EDUCACIONAL ABERTO; EDUCAÇÃO PERMANENTE**

DOI: 10.51161/iv-conasus/86562

TELEASSISTÊNCIA E EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: RELATO DE EXPERIÊNCIA DA CLÍNICA DA FAMÍLIA PADRE JOHN CRIBBIN

ROSELI CORRÊA ALBUQUERQUE; CAMILA DA SILVA OLIVEIRA; FERNANDA BEATRIZ DE PAULA SILVA

Introdução: A Atenção Primária à Saúde (APS) desempenha papel essencial na coordenação do cuidado, na promoção da saúde e no fortalecimento do vínculo entre os serviços e a comunidade. No contexto pós-pandemia, a incorporação da teleassistência e de estratégias de educação em saúde tornou-se fundamental para ampliar o acesso, garantir a continuidade da assistência e fortalecer as ações de vigilância em saúde. **Objetivo:** Relatar a experiência da Clínica da Família Padre John Cribbin na utilização da teleassistência e da educação em saúde como ferramentas para qualificar a gestão do cuidado, ampliar o acesso aos serviços e fortalecer o vínculo com a população adscrita. **Relato de experiência:** Desde 2021, a unidade desenvolve ações educativas em redes sociais institucionais, utilizando linguagem simples e acessível para abordar temas prioritários de saúde. Em 2022, foi implantado o WhatsApp institucional, organizado por equipes de Saúde da Família, para esclarecimento de dúvidas, orientações, acompanhamento dos usuários e agendamento de atendimentos. Paralelamente, foram realizadas atividades presenciais, como teatros temáticos, campanhas e cartazes educativos, voltadas à sensibilização da população. As ações digitais alcançaram mais de um milhão de visualizações, ampliando a participação comunitária. Observou-se melhora em indicadores relacionados à cobertura vacinal, combate às arboviroses, rastreamento dos cânceres de colo do útero e de mama, controle da tuberculose, monitoramento de doenças crônicas e fortalecimento do cuidado materno-infantil. **Conclusão:** A integração entre teleassistência e educação em saúde qualificou a gestão do cuidado na APS, fortaleceu o vínculo territorial, ampliou o acesso aos serviços e favoreceu a vigilância ativa, contribuindo para a melhoria de indicadores de saúde e demonstrando potencial para ser replicada em outros serviços de Atenção Primária

Palavras-chave: **ATENÇÃO PRIMÁRIA; EDUCAÇÃO EM SAÚDE; TELEASSISTÊNCIA**

DOI: 10.51161/iv-conasus/86668

TERRITORIALIZAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: RELATO DE EXPERIÊNCIA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA SEBASTIÃO DE JESUS MACHADO, SANTA LUZIA-PB

JAISLLANY MARIA ALMEIDA TEÓFILO; LUCÉLIA TEMÓTEO MOREIRA; MAIZA DOS SANTOS CEZAR BELO; SARA ALVES SANTANA

RESUMO

A territorialização constitui uma estratégia fundamental para com o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS), permitindo desse modo o reconhecimento das características sociais, culturais, econômicas, sanitárias e epidemiologias de uma determinada população, contribuindo para o planejamento de ações compatíveis com as necessidades locais. Nesse contexto, o presente relato teve como objetivo caracterizar o território à Estratégia Saúde da Família (ESF) Sebastião de Jesus Machado, localizada no município de Santa Luzia, Paraíba, identificando as principais necessidades voltadas a saúde da população, bem como os fatores que influenciam o processo saúde-doença. Tratando-se de um relato de experiência realizado por residentes multiprofissionais em Atenção Primária à Saúde da UNIFIP, envolvendo residentes das áreas de Enfermagem, Fisioterapia, Medicina Veterinária e Nutrição, em parceria com a equipe da unidade e os Agentes Comunitários de Saúde durante o processo de territorialização. A coleta de dados ocorreu através de visitas às microáreas da região, com observação direta do território, consulta ao Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC), registro dos Agentes Comunitários de Saúde e documentos administrativos da unidade. Os resultados obtidos evidenciaram importantes pontos de vulnerabilidade relacionadas às barreiras geográficas, fragilidades socioeconômicas, limitações no acesso de serviços de saúde, elevada ocorrência de doenças crônicas não transmissíveis, especialmente hipertensão arterial, diabetes mellitus, obesidade, demandas à saúde mental, além também de deficiência no saneamento básico. Também fora identificadas potencialidades de suma importância, tais como o forte vinculo comunitário, atuação dos Agentes Comunitários de Saúde, praticas culturais que fortalecem a identidade local e organizações comunitárias das associações rurais e das comunidades quilombolas. Além disso, observou-se que a inserção da residência multiprofissional contribuiu para a ampliação de ações e cuidado interdisciplinar no território. Infere-se, desse modo, que a territorialização é uma ferramenta essencial para o diagnósticos situacionais, permitindo a compreensão das especificidades do território e auxílio no planejamento de ações integradas, resolutivas e voltadas às reais necessidades da população rural, fortalecendo assim, os princípios da Atenção Primária à Saúde e do Sistema Único de Saúde (SUS).

Palavras-chave: Diagnóstico situacional; Interprofissionalidade; Saúde rural.

DOI: 10.51161/iv-conasus/86679

1 INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) é de suma importância para com o Sistema Único de Saúde (SUS), estando o mesmo voltado a coordenação do cuidado, desenvolvimento de ações relacionadas a prevenção, tratamento, reabilitação e promoção de saúde para seus usuários. Para que ocorram ações efetivas, é indispensável o conhecimento das características do território ao qual está inserido, obtendo desse modo conhecimento sobre as características e necessidades da população, como destacam Monken e Barcellos (2005).

Através dessa visão, a territorialização torna-se uma das principais ferramentas utilizadas na organização da APS, permitindo que ocorra uma melhor compreensão sobre o território e como é voltado seu espaço, desde socialmente, como as relações econômicas, culturais e políticas, onde por sua vez, colaboram com o processo de saúde. Mais do que delimitar uma área, esse processo auxilia no reconhecimento de vulnerabilidades, redes de apoio social, determinantes sociais que implicam na saúde, auxiliando no planejamento de ações mais específicas para aqueles indivíduos, conforme apontam Brasil, (2012), Oliveira *et al.,* (2012) e WHO, (2000).

Em territórios rurais, a territorialização obtém um papel ainda maior diante das especificidades voltadas as grandes extensões territoriais, dificuldade do acesso aos serviços de saúde, limitações geográficas, desigualdades socioeconômicas e dispersão populacional, características essas que requerem planejamento e estratégias que permitam a longitudinalidade do cuidado e integração da assistência (BRASIL, 2022).

No Programa de Residência Multiprofissional em Saúde, a territorialização é uma das primeiras atividades realizadas pelos residentes para que ocorra uma aproximação deles junto à comunidade e serviços, favorecendo assim a integração ensino-serviço-aprendizagem. Através dessa perspectiva, diferentes núcleos profissionais compartilham conhecimentos e

desenvolvem uma leitura ampla do território, fortalecendo a construção de intervenções multiprofissionais voltadas as necessidades da população que atendem (BRASIL, 2022).

Ao longo da territorialização realizada na Estratégia de Saúde da Família Sebastião de Jesus Machado, observou-se que o reconhecimento do território permitiu a identificação de condições de vulnerabilidades voltadas às barreiras geográficas, limitações de saneamento básico, insegurança alimentar, elevada prevalência de doenças crônicas e as especificidades culturais das comunidades rurais e quilombolas, aspectos que auxiliaram na reorganização do planejamento local e das ações da equipe multiprofissional, reforçando a compreensão sobre a importância da realização da territorialização além da etapa inicial.

Diante desse contexto, o presente trabalho tem como objetivo relatar a experiência da territorialização desenvolvida por residentes multiprofissionais em uma Estratégia de Saúde da Família da zona rural do município de Santa Luzia, na Paraíba, evidenciando suas contribuições para a reorganização do processo de trabalho e planejamento das ações na Atenção Primária à Saúde.

2 RELATO DE EXPERIÊNCIA

Trata-se de um relato de experiência desenvolvido durante as atividades da Residência Multiprofissional em Atenção Primária à Saúde da UNIFIP, realizado na Estratégia de Saúde da Família Sebastião de Jesus Machado, responsável pela assistência à população residente na

DOI: 10.51161/iv-conasus/86679

zona rural do município de Santa Luzia, Paraíba. Participaram da experiência residentes das áreas de Enfermagem, Fisioterapia, Medicina Veterinária e Nutrição, em articulação com a equipe da unidade, Agentes Comunitários de Saúde (ACS), preceptoria e gestão municipal.

A territorialização foi desenvolvida entre os meses de Março e Maio de 2026, utilizando como estratégias metodológicas visitas às nove microáreas adscritas, observação participante, reconhecimento das características ambientais, sanitárias, socioeconômicas e

culturais do território, aplicação do instrumento institucional de territorialização, análise dos registros do Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) e reuniões de discussão entre residentes e equipe de saúde para sistematização das informações obtidas.

A aproximação com o território permitiu compreender que as necessidades de saúde da população extrapolavam os indicadores epidemiológicos registrados nos sistemas de informação. Durante as visitas domiciliares foram identificadas importantes desigualdades relacionadas à extensa área geográfica de abrangência, à dispersão dos domicílios, às dificuldades de deslocamento provocadas pelas estradas vicinais não pavimentadas e pelo relevo acidentado, além das limitações de transporte enfrentadas pelos usuários e pela própria equipe de saúde. Essas características interferiam diretamente no acesso aos serviços, na continuidade do cuidado e na organização das atividades desenvolvidas pela Estratégia de Saúde da Família. Tais achados corroboram a compreensão de que o território deve ser analisado para além de seus limites geográficos, contemplando as relações sociais e os determinantes que condicionam o processo de saúde e doença (BARCELLOS, 2005).

Outro aspecto evidenciado durante a territorialização refere-se às condições de vida das comunidades rurais. Foram observadas fragilidades relacionadas à inexistência de sistema público de esgotamento sanitário, limitações no abastecimento de água tratada, ausência de coleta regular de resíduos sólidos e utilização de fontes alternativas de abastecimento, como cisternas, poços e carros-pipa. Também foram identificadas situações de insegurança alimentar, consumo de alimentos de origem animal sem inspeção sanitária, além de consumo frequente de carne de caça, práticas de abate domiciliar e exposição a fatores ambientais relacionados à presença de animais sinantrópicos e zoonoses, evidenciando a importância da integração entre Atenção Primária, Vigilância em Saúde, Medicina Veterinária, e Saúde Única para o planejamento das ações desenvolvidas no território (BRASIL, 2024; TRIVELLATO *et al.,* 2019).

No âmbito epidemiológico, verificou-se elevada frequência de hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, obesidade, transtornos relacionados à saúde mental e usuários com deficiência física, visual e intelectual, demandando acompanhamento longitudinal e cuidado multiprofissional.

Paralelamente, foram reconhecidas importantes potencialidades do território, destacando-se a atuação dos Agentes Comunitários de Saúde, das lideranças comunitárias, das associações rurais, das cooperativas locais e das comunidades quilombolas, especialmente na preservação de práticas culturais e na mobilização social. Esses recursos comunitários constituíram importantes dispositivos para o fortalecimento do vínculo entre equipe e população e para o desenvolvimento de estratégias participativas de promoção da saúde.

A experiência permitiu ainda identificar necessidades específicas para cada núcleo profissional envolvido na residência. A Nutrição reconheceu demandas relacionadas à segurança alimentar e nutricional, ao fortalecimento da agricultura familiar e à educação alimentar; a Enfermagem identificou oportunidades para ampliação das ações de rastreamento do câncer de colo do útero, acompanhamento das condições crônicas e qualificação dos indicadores assistenciais; a Fisioterapia evidenciou a identificação de alterações musculoesqueléticas, limitações funcionais e fatores de risco ocupacionais voltadas as atividades laborais rurais, auxiliando dessa forma, no planejamento de ações de prevenção e

promoção de saúde voltadas a realidade daqueles usuários, permitindo diminuição dos agravos e oferecendo uma reabilitação funcional adequada; e a Medicina Veterinária contribuiu para a identificação de agravos zoonóticos e para ampliar a compreensão dos aspectos relacionados à vigilância ambiental, às zoonoses, à saúde animal e à segurança dos alimentos, incorporando os princípios da Saúde Única ao planejamento das intervenções.

Ao final do processo, as informações produzidas foram discutidas coletivamente entre residentes, preceptor e equipe da Estratégia de Saúde da Família, subsidiando a reorganização do planejamento local. A experiência permitiu redefinir prioridades assistenciais, fortalecer a integração entre os diferentes núcleos profissionais, orientar a elaboração de ações de educação em saúde, busca ativa de usuários, acompanhamento das condições crônicas e fortalecimento das atividades desenvolvidas nas unidades âncora. Dessa forma, a territorialização consolidou-se não apenas como instrumento de diagnóstico situacional, mas como tecnologia permanente de gestão do cuidado, capaz de qualificar a tomada de decisão e favorecer a organização do processo de trabalho na Atenção Primária à Saúde.

3 DISCUSSÃO

A experiência evidenciou que a territorialização constitui uma tecnologia de gestão do cuidado capaz de produzir conhecimento sobre o território e subsidiar a reorganização do processo de trabalho na Atenção Primária à Saúde. Embora frequentemente compreendida apenas como etapa inicial de reconhecimento da área adscrita, a territorialização mostrou-se um processo contínuo de análise da realidade local, permitindo identificar necessidades, potencialidades e prioridades assistenciais que dificilmente seriam percebidas apenas pelos sistemas de informação ou pelos indicadores epidemiológicos disponíveis. Essa compreensão está alinhada à concepção proposta por Silva, Koopmans e Daher (2016), ao considerar o território como espaço socialmente produzido, no qual as condições de vida, as relações sociais, os processos produtivos e os aspectos culturais influenciam diretamente a produção da saúde. Sob essa perspectiva, conhecer o território significa compreender os determinantes que condicionam o processo saúde-doença e reconhecer que as necessidades da população extrapolam a dimensão biológica do cuidado.

No território estudado, as barreiras geográficas relacionadas às grandes distâncias, às estradas vicinais não pavimentadas, ao relevo acidentado e às limitações de transporte evidenciaram que o acesso aos serviços de saúde permanece condicionado por fatores territoriais e sociais. Esses achados reforçam a necessidade de organização de estratégias descentralizadas de cuidado, como o fortalecimento das unidades âncora, a ampliação das visitas domiciliares e o planejamento das ações extramuros, contribuindo para a efetivação dos princípios da universalidade e da equidade preconizados pelo Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2012).

Atrelado a isso, nota-se a influência dos determinantes sociais da saúde sobre o perfil epidemiológico identificado durante a territorialização. As limitações relacionadas ao saneamento básico, ao abastecimento de água, às condições socioeconômicas e à insegurança alimentar demonstram que a ocorrência das doenças crônicas, patologias relacionadas à saúde mental e de origem zoonótica, e de outros agravos que não podem ser compreendidos apenas sob a perspectiva clínica, exigindo intervenções intersetoriais, incluindo a medicina veterinária, voltadas à melhoria das condições de vida da população (CRMV, 2020).

A abordagem interprofissional desenvolvida durante a residência ampliou significativamente a capacidade de interpretação do território. A integração entre Enfermagem, Nutrição, Fisioterapia e Medicina Veterinária possibilitou uma leitura ampliada das

necessidades da população, articulando aspectos relacionados ao cuidado clínico, à segurança alimentar e nutricional, à funcionalidade, à vigilância ambiental e à Saúde Única. Essa construção compartilhada fortaleceu o planejamento das ações e reafirmou a importância da colaboração interprofissional para a qualificação da Atenção Primária à Saúde, conforme defendem Kanno *et al.,* (2023) ao discutirem a integração entre ensino, gestão, atenção e controle social como eixo estruturante da formação em saúde.

Além disso, a experiência demonstrou que a territorialização favorece processos permanentes de educação em saúde e educação permanente, estimulando reflexões críticas sobre o processo de trabalho e fortalecendo a tomada de decisão baseada nas necessidades reais da população. Nesse contexto, a residência multiprofissional desempenhou papel estratégico ao aproximar ensino e serviço, contribuindo para a incorporação de práticas fundamentadas em evidências científicas e para o desenvolvimento de intervenções compatíveis com a realidade local (WHO, 2000).

Outro aspecto relevante observado foi o reconhecimento das potencialidades comunitárias, especialmente da atuação dos Agentes Comunitários de Saúde, das associações rurais, das lideranças locais e das comunidades quilombolas. Esses atores sociais desempenham papel fundamental na mediação entre os serviços de saúde e a população, fortalecendo a participação social, o vínculo e a construção compartilhada do cuidado. A valorização desses recursos territoriais amplia a capacidade de resposta da Atenção Primária e

fortalece a coordenação do cuidado no âmbito das Redes de Atenção à Saúde (ALVARENGA *et al.,* 2022).

Em suma, os resultados obtidos reafirmam que a territorialização deve ser compreendida como um processo contínuo de vigilância, gestão do cuidado e planejamento em saúde, constituindo-se como ferramenta essencial para o fortalecimento da Atenção Primária em cenários rurais. Embora a abrangência deste relato esteja restrita à análise de uma única realidade local, o que impede a generalização imediata dos achados para outros contextos, a experiência se sobressai por instrumentalizar o debate prático e fornecer subsídios operacionais para o planejamento estratégico em municípios com características socioespaciais semelhantes.

4 CONCLUSÃO

A experiência demonstrou que a territorialização constitui uma tecnologia estratégica para a gestão do cuidado na Atenção Primária à Saúde, permitindo compreender o território em sua complexidade e subsidiar o planejamento de ações fundamentadas nas necessidades reais da população. Mais do que um instrumento de diagnóstico situacional, a territorialização mostrou-se um processo permanente de produção de conhecimento sobre o território, favorecendo a identificação de vulnerabilidades, potencialidades e determinantes sociais que influenciam o processo saúde-doença.

A atuação integrada dos residentes das diferentes áreas da saúde ampliou a compreensão das necessidades do território e fortaleceu a construção de práticas colaborativas, contribuindo para a reorganização do processo de trabalho da equipe, para o fortalecimento da integração de ensino de serviço e de comunidade, e para o desenvolvimento de intervenções mais resolutivas, especialmente em um contexto rural caracterizado por barreiras geográficas, vulnerabilidades socioeconômicas e diversidade cultural.

Por fim, dadas as especificidades observadas na rotina desse serviço, evidencia-se a

necessidade de que futuras investigações de caráter longitudinal avaliem os impactos diretos da territorialização sobre os indicadores assistenciais locais, a otimização dos fluxos de trabalho e a percepção dos usuários. Recomenda-se, o desenvolvimento de novas pesquisas

voltadas a consolidação de ferramentas permanentes de vigilância em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde.

REFERÊNCIAS

ALVARENGA, J. P.O.; SOUSA, M. F. **Processo de trabalho de enfermagem na Atenção Primária à Saúde no estado da Paraíba– Brasil: perfil profissional e práticas de cuidados na dimensão assistencial.** Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 46, n. 135, p. 1-15, 2022. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0103-1104202213509. Acesso em: 10 jun. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A puericultura no SUS: o cuidado da criança na perspectiva da atenção integral à saúde.** Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 46, n. esp. 5, p. 1-15, dez. 2022. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0103-11042022E519. Acesso em: 10 jun. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Domiciliar: volume 1**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_domiciliar_melhor_casa.pdf. Acesso em: 06 jun. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de Vigilância em Saúde.** 6. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-aaz/t/tetano-acidental/publicacoes/guia-de-vigilancia-em-saude-6a-edicao.pdf/view. Acesso em: 12 jun. 2026.

CRMV. **O médico veterinário é profissional de Saúde Pública.** Brasília, DF: Conselho Federal de Medicina Veterinária, 2020. Disponível em: https://www.crmvPB.org.br/omedicoveterinario-e-profissional-de-saude-publica. Acesso em: 12 jun. 2026.

KANNO, N.P.et al. **A colaboração interprofissional na atenção primária à saúde na perspectiva da ciência da implementação.** Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 39, n. 10, p. 1-12, 2023. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0102-311XPT213322. Acesso em: 10 jun. 2026.

MONKEN, M.; BARCELLOS,C.**Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas.** Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 898-906, 2005. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0102-311X2005000300024. Acesso em: 06 jun. 2026.

OLIVEIRA, M. A. et al. **Visita domiciliar na atenção básica: percepção de trabalhadores da saúde.** Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 3005-3012, 2012. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/Y6bLJxwTVN7qVq7wVw7Y3bD/. Acesso em: 06 jun. 2026.

SILVA, C. S. S. L.; KOOPMANS, F. F.; DAHER, D. V. **O diagnóstico situacional como ferramenta para o planejamento de ações na Atenção Primária à Saúde.** Revista PróUniverSUS, v. 7, n. 2, p. 30-33, 2016. Disponível em: https://editora.univassouras.edu.br/index.php/RPU/article/view/345. Acesso em: 06 jun. 2026.

TRIVELLATO, P. T. et al. **Insegurança alimentar e nutricional em famílias do meio rural brasileiro: revisão sistemática.** Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 865874, 2019. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1413-81232018243.05352017. Acesso em:
16 jun. 2026.

WHO (WORLDHEALTHORGANIZATION). **Home-based long-term care: report of a WHO Study Group.** Geneva: World Health Organization, 2000. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42343/WHO_TRS_898.pdf. Acesso em: 06 jun. 2026.

MONITORAMENTO DA AUDITORIA OPERACIONAL NO PROGRAMA NACIONAL DE IMUNIZAÇÕES: RELATO DE EXPERIÊNCIA DO TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DO ACRE

JOSÉ DA COSTA DOURADO NETO; MÁRCIA ANDRADE DE SOUZA; ARÃO DE ANDRADE CAVALCANTE; SUELY CAVALCANTE LAMEIRA LOPES

Introdução: A auditoria operacional tem se consolidado como importante instrumento de fortalecimento da governança pública, ao promover a melhoria da gestão e induzir a implementação de políticas públicas orientadas para resultados. No âmbito do Programa Nacional de Imunizações (PNI), o monitoramento das recomendações decorrentes das auditorias representa uma estratégia para apoiar os gestores na superação de fragilidades identificadas e contribuir para o aumento da efetividade das ações de imunização. **Objetivo:** Relatar a experiência do monitoramento realizado pelo Tribunal de Contas do Estado do Acre (TCE/AC) após auditoria operacional no PNI do município de Assis Brasil/AC, destacando sua contribuição para o fortalecimento da gestão municipal e para a melhoria das coberturas vacinais. **Relato de caso/experiência:** A experiência decorreu do acompanhamento das recomendações expedidas pelo Acórdão nº 15.143/2025, utilizando análise documental, inspeções *in loco* na Central de Rede de Frio e nas Unidades Básicas de Saúde, além da avaliação da evolução das coberturas vacinais. O monitoramento privilegiou uma atuação orientativa e colaborativa junto à gestão municipal, baseada na pactuação de ações e no acompanhamento sistemático de sua implementação. Das 20 recomendações emitidas, 13 foram implementadas, seis permaneciam em implementação e apenas uma não havia sido cumprida. Entre os principais avanços observados destacam-se a manutenção dos equipamentos da Rede de Frio, aquisição de gerador de energia, capacitação das equipes de imunização, fortalecimento das ações de vacinação extramuros e ampliação da articulação intersetorial. Também foram identificadas melhorias expressivas nas coberturas vacinais, especialmente da vacina Tríplice Viral (segunda dose), que passou de 41,57% em 2023 para 90,28% em 2025. **Conclusão:** A experiência evidenciou que o monitoramento da auditoria operacional pode transcender a função fiscalizatória tradicional, assumindo caráter indutor de melhorias na gestão pública. A atuação dialógica entre órgão de controle e gestores municipais favoreceu o fortalecimento das capacidades institucionais, a implementação das recomendações pactuadas e a qualificação das ações de imunização, demonstrando o potencial do controle externo como instrumento de geração de valor público e de fortalecimento das políticas públicas de saúde.

Palavras-chave: **AUDITORIA EM SAÚDE; PROGRAMA NACIONAL DE IMUNIZAÇÕES; GESTÃO EM SAÚDE**

DOI: 10.51161/iv-conasus/86685

HIPERTENSÃO ARTERIAL RESISTENTE E OS DESAFIOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

SANDRIELER NUNES BARRETO; ELIANA BARBOSA NUNES BARRETO

Introdução: A Hipertensão Arterial Resistente (HAR) é caracterizada pela persistência dos níveis pressóricos acima da meta, apesar do uso de três anti-hipertensivos de diferentes classes em doses adequadas, representa um importante desafio para a Atenção Primária à Saúde (APS), porta de entrada e coordenadora do cuidado na Rede de Atenção à Saúde. Pacientes com HAR necessitam de acompanhamento contínuo e articulação entre os diferentes níveis de atenção. Além disso, está associada à maior morbimortalidade e a desfechos como infarto agudo do miocárdio e insuficiência cardíaca. Diante desse cenário, torna-se relevante discutir os desafios da APS no manejo da HAR. **Objetivo:** Identificar os desafios da Atenção Primária à Saúde no manejo da HAR. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão integrativa, realizada na base de dados PubMed, utilizando a estratégia de busca ("resistant hypertension") AND ("primary health care" OR "primary care"). Foram identificados 162 artigos. Após a aplicação dos filtros, texto completo gratuito e publicações dos últimos cinco anos, 43 estudos foram elegíveis para leitura. Foram incluídos artigos em português e inglês que abordassem a HAR e sua relação com a Atenção Primária à Saúde. Após a aplicação dos critérios de elegibilidade, cinco estudos compuseram a amostra. **Resultados:** Os estudos analisados evidenciaram que a Hipertensão Arterial Resistente (HAR) constitui um importante problema de saúde pública, com maior prevalência em idosos e associação com comorbidades, como obesidade, diabetes mellitus, doença renal crônica e doenças cardiovasculares, contribuindo para maior morbimortalidade. Também foi observada escassez de estudos sobre os fatores de risco associados à HAR. Os estudos destacaram que, para o diagnóstico da HAR, é imprescindível excluir causas de hipertensão secundária e de pseudorresistência, incluindo o efeito do jaleco branco por meio do MAPA 24h. Além disso, é fundamental confirmar a adesão ao tratamento e o uso correto das medicações. **Conclusão:** A HAR representa um importante desafio para a Atenção Primária à Saúde. O reconhecimento adequado da doença, com exclusão das causas de pseudorresistência e confirmação da adesão ao tratamento, é essencial para o manejo clínico. A APS desempenha papel fundamental na identificação precoce, no acompanhamento longitudinal e na coordenação do cuidado das pessoas com HAR.

Palavras-chave: **ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE; HIPERTENSÃO; SAÚDE PÚBLICA**

DOI: 10.51161/iv-conasus/86726

O DISPOSITIVO EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO MUNICÍPIO DE BRAGANÇA - PARÁ

Marcos Martins Lisboa

RESUMO

A educação em saúde constitui um dos principais instrumentos de promoção da saúde no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), embora sua operacionalização ainda seja marcada por diferentes concepções teóricas e práticas. Este estudo teve como objetivo analisar as produções científicas sobre educação em saúde desenvolvidas no município de Bragança, Pará, entre os anos de 2014 e 2024, compreendendo como esse dispositivo é mobilizado nas práticas em saúde a partir da perspectiva foucaultiana. Trata-se de uma pesquisa documental, descritiva, de abordagem qualitativa, realizada por meio de levantamento bibliográfico na plataforma Google Acadêmico. Foram identificados inicialmente 476 registros, dos quais 11 documentos atenderam aos critérios de inclusão. O material foi submetido à análise temática de conteúdo com apoio do software MAXQDA 24, tomando como categorias analíticas saúde pública, saúde coletiva, atenção primária à saúde, educação em saúde e práticas de autocuidado, interpretadas à luz do conceito de dispositivo. Os resultados evidenciaram predominância de práticas de educação em saúde fundamentadas no modelo biomédico e na transmissão verticalizada de informações, reforçando discursos prescritivos voltados à prevenção de agravos e ao controle sanitário da população. Também foram identificadas iniciativas que sinalizam a incorporação de abordagens dialógicas, especialmente nas interfaces entre saúde e educação, por meio do Programa Saúde na Escola, e entre saúde e o sistema de garantia de direitos, com destaque para ações relacionadas à saúde mental e ao atendimento de mulheres em situação de violência. Conclui-se que, embora persistam práticas tradicionais de educação em saúde, observa-se um movimento incipiente de ressignificação desse dispositivo, indicando a necessidade de fortalecimento da formação pedagógica dos profissionais da APS e da articulação intersetorial para o desenvolvimento de práticas educativas mais críticas, participativas e comprometidas com a autonomia dos sujeitos.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Dispositivo; Promoção da Saúde

1. INTRODUÇÃO

A educação em saúde constitui um dos principais dispositivos de promoção da saúde e de organização das práticas de cuidado no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (DIAS, 2022). Inserida especialmente na Atenção Primária à Saúde (APS), ela ocupa papel estratégico na prevenção de agravos, promoção da qualidade de vida e fortalecimento da participação social (DIAS, 2022; DE SOUZA, 2014). Entretanto, sua constituição histórica demonstra que diferentes racionalidades orientaram essas práticas, oscilando entre modelos prescritivos, centrados na transmissão de informações, e perspectivas dialógicas, fundamentadas na

DOI: 10.51161/iv-conasus/86730

construção compartilhada do conhecimento (SOUZA, 2014; DIAS *et al.* 2022; FITTIPALDI, O'DWYER & HENRIQUES, 2021).

A literatura recente aponta que, apesar dos avanços produzidos pela Política Nacional de Educação Popular em Saúde e pelas diretrizes da Educação Permanente em Saúde, as práticas educativas ainda permanecem fortemente influenciadas pelo modelo biomédico, caracterizado pela verticalização do saber e pela centralidade do profissional de saúde como detentor do conhecimento legítimo (LOPES, 2019; DIAS *et al.* 2022). Tal configuração limita o potencial emancipatório das ações educativas e reduz a participação dos usuários na produção do cuidado.

Nesse contexto, o conceito de dispositivo, desenvolvido por Michel Foucault (1998), apresenta-se como ferramenta analítica capaz de compreender a educação em saúde para além de técnicas e metodologias, evidenciando os jogos de saber, poder e verdade que atravessam essas práticas. O dispositivo educação em saúde é entendido como uma rede de discursos, normas, instituições, práticas e estratégias que produzem modos específicos de governar os corpos e as populações (SOARES, *et al* 2017; GONÇALVES, 2016, FITTIPALDI, O'DWYER & HENRIQUES, 2021).

A região nordeste do Pará apresenta baixa produção científica sobre o tema, especialmente no município de Bragança, o que justifica a necessidade de investigações que permitam compreender como as práticas de educação em saúde vêm sendo produzidas nesse território (MELO, 2023). Dessa forma, este estudo objetivou analisar as produções científicas disponíveis sobre educação em saúde no município de Bragança, Pará, entre os anos de 2014 e 2024, tomando como referência o conceito de dispositivo na perspectiva foucaultiana.

2. MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa documental, descritiva e de abordagem qualitativa (MINAYO, DESLANDES & GOMES, 2011). Estudos dessa natureza possibilitam a observação e análise de fenômenos sociais sem intervenção direta sobre eles, permitindo aprofundar a compreensão dos significados presentes nas práticas humanas.

A coleta do material ocorreu por meio de busca na plataforma Google Acadêmico, utilizando os descritores "educação em saúde" e "Bragança-Pará", delimitando o período entre 2014 e 2024. A busca inicial identificou aproximadamente 476 documentos. Após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, foram selecionados 11 trabalhos para compor o corpus analítico.

Os documentos selecionados incluíram artigos científicos, resumos de eventos, trabalhos de conclusão de curso e dissertações, abordando temas relacionados à atenção primária, saúde mental, prevenção de doenças, educação em saúde e práticas de autocuidado.

Os dados foram organizados e analisados com auxílio do software MAXQDA 24, que possibilitou a codificação temática dos conteúdos (LERMA & YAGÜE, 2022). As categorias de análise foram: saúde pública, saúde coletiva, atenção primária à saúde, educação em saúde e práticas de autocuidado.

A interpretação dos dados foi realizada por meio da análise temática de conteúdo proposta por Bardin, articulada ao conceito de dispositivo de Michel Foucault, privilegiando a análise das linhas de visibilidade, enunciação e força, presentes nos documentos selecionados (FOUCAULT, 1998, GONÇALVES, 2016 e SOARES, 2017).

Por se tratar de pesquisa documental com dados de domínio público, o estudo dispensou apreciação por Comitê de Ética em Pesquisa.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os arquivos analisados no software *MAXQDA 24* a partir da primeira fase do tratamento das informações podem ser encontrados na tabela a seguir:

Tipo	**Título**	**Autores**	**Ano**
Resumo	Será que os futuros professores têm conhecimento sobre Papilomavírus humano e sua vacina? Um estudo transversal no município de Bragança, Pará	Pinheiro *et al*	2023
Artigo	Conhecimento dos enfermeiros sobre as medidas de prevenção em gestantes com sífilis na atenção básica no município de Bragança-PA	Souza *et al*	2022
Artigo	Conhecimentos, atitudes e práticas quanto a parasitoses intestinais de quilombolas – Bragança - Pará	Chaves *et al*	2022
Dissertação de graduação	Saúde mental no contexto escolar: as percepções dos professores que atuam em escolas públicas do município de Bragança, Pará	Rocha, K. R. G. da	2023
Artigo	Qualidade de água para consumo humano no município de Bragança – PA, Amazônia costeira	Santos, R. A. M & Pereira, C. C.	2015
Artigo	Gerenciamento de resíduos sólidos municipais: uma análise da distribuição espacial de lixeiras públicas em Bragança-PA	Silva, L. A, Farias, G. B. D. L. de & Lima, A. S de	2019
Artigo	Caracterização Gravimétrica dos resíduos sólidos urbanos no município de Bragança - Pará	Silva, L. A, Farias, G. B. D. L. de & Lima, A. S de	2018
Artigo	Objetivos do desenvolvimento sustentável e cenário epidemiológico da tuberculose em Bragança, Pará (2007-2016)	Silva *et al*	2019
Dissertação de mestrado	O papel de mulheres em situação de violência doméstica no descumprimento de medidas protetivas de urgência no município de Bragança/PA	Gomes, C. W. B.	2018
Artigo	Uso de álcool entre adolescentes: prevalência, fatores de risco e estratégias de prevenção numa área rural do estado brasileiro do Pará	Costa *et al*	2020
Artigo	Conhecimento, uso e não uso de métodos contraceptivos: um estudo transversal com universitários no norte do Brasil	Mendes *et al*	2022

Tabela 1: lista dos documentos analisados no software *MAXQDA 24*

Foram analisados 11 documentos produzidos no município de Bragança, Pará, relacionados a diferentes campos da saúde e da educação. A análise temática permitiu identificar 38 ocorrências diretamente relacionadas à categoria educação em saúde, associadas principalmente à Atenção Primária à Saúde.

Os achados evidenciaram que o dispositivo educação em saúde se apresenta predominantemente vinculado a práticas informativas, centradas na prevenção de doenças e na modificação de comportamentos considerados de risco. Esse modelo reafirma a centralidade do saber biomédico e a posição do profissional de saúde como principal agente produtor de conhecimento (FITTIPALDI, O'DWYER & HENRIQUES, 2021).

As práticas educativas identificadas concentram-se, sobretudo, em ações relacionadas à vacinação, saúde sexual e reprodutiva, prevenção da sífilis, controle de doenças transmissíveis

e promoção de hábitos saudáveis. Embora relevantes, essas práticas frequentemente reproduzem estratégias verticalizadas de transmissão de informações, limitando a participação ativa dos usuários, o que coaduna com os achados de Lopes (2019) e Soares (2017).

As linhas de força identificadas na análise apontam para a influência de políticas institucionais, protocolos assistenciais e modelos formativos centrados na biomedicina, que condicionam a organização das práticas educativas. A ausência de formação pedagógica específica para profissionais da saúde emerge como um dos fatores que dificultam a implementação de ações mais dialógicas e participativas (SOARES, 2017).

Por outro lado, a análise também revelou experiências que ampliam a compreensão da educação em saúde para além do campo estritamente biomédico. Destacam-se as articulações entre saúde e educação, especialmente no âmbito do Programa Saúde na Escola (PSE), e as interfaces entre saúde mental e sistema de garantia de direitos (BRASIL, 2013; BRASIL, 2017).

Nos estudos produzidos por profissionais da educação, surgem preocupações relacionadas ao bullying, racismo, saúde mental e construção de ambientes escolares acolhedores. Tais elementos indicam a possibilidade de práticas educativas voltadas à promoção da autonomia, da cidadania e do fortalecimento dos vínculos comunitários, boas práticas em que o dispositivo educação em saúde aparece como potência (SOARES, 2017).

Conversando com Gonçalves (2016) e Lopes (2019), outro aspecto relevante refere-se à interface entre saúde e proteção social, especialmente nas discussões sobre violência doméstica e acesso ao cuidado em saúde mental. Essas experiências demonstram o potencial do dispositivo educação em saúde como estratégia de fortalecimento das redes de cuidado e da garantia de direitos.

Os resultados evidenciam, portanto, a coexistência de diferentes racionalidades no campo da educação em saúde: de um lado, práticas normativas e disciplinadoras; de outro, iniciativas que apontam para a construção de modelos participativos e emancipatórios.

4. CONCLUSÃO

O dispositivo educação em saúde, no município de Bragança, Pará, apresenta-se predominantemente vinculado ao modelo biomédico e à transmissão de informações voltadas à prevenção de agravos e ao controle de comportamentos.

Apesar dessa predominância, identificaram-se experiências que apontam para a construção de práticas mais dialógicas, especialmente nas interfaces entre saúde, educação, saúde mental e garantia de direitos.

O Programa Saúde na Escola destacou-se como importante estratégia de articulação intersetorial, com potencial para ampliar práticas de promoção da saúde e fortalecimento do autocuidado.

A pesquisa evidencia a necessidade de investimentos em formação pedagógica dos profissionais da APS, fortalecimento da educação permanente e ampliação das ações intersetoriais.

Como limitações, destaca-se a baixa produção científica regional sobre o tema. Recomenda-se a realização de novas pesquisas que aprofundem a análise dos processos de subjetivação e das experiências concretas de educação em saúde nos territórios amazônicos.

REFERÊNCIAS

BARDIN, L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70, 1979;

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: **Ministério da Saúde**, 2017 Disponível em: < https://www.gov.br/saude/pt-

br/composicao/saps/esf/consultorio-na-rua/arquivos/2012/politica-nacional-de-atencao-basica-pnab.pdf/view>. Acesso em: 04 agosto 2026;

____. Política Nacional de Educação Popular em Saúde. Brasília: **Ministério da Saúde**, 2013 Acesso em: https://catalogo.ipea.gov.br/politica/535/politica-nacional-de-educacao-popular-em-saude-pnepssus>. Acesso em 04 agosto 2026;

DE SOUZA, L. E. P. F. Saúde pública ou saúde coletiva? Salvador: EDUFBA, 2014 Disponívelem: https://www.espp.pr.gov.br/sites/escola-saude/arquivos_restritos/files/migrados/File/saude_publica_4.pdf >. Acesso: 04 agosto 2026;

DIAS, A. S. et al. Práticas de educação em saúde na atenção básica: percepção de enfermeiros**. Revista Brasileira de Enfermagem**, 2022 Disponível em: https://www.scielo.br/j/reben/a/vmVRZBGd69Wyjf8vbTmbGWQ/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 04 agosto 2026;

FITTIPALDI, A. L. M.; O'DWYER, G.; HENRIQUES, P. Educação em saúde na atenção básica: revisitando conceitos e práticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v 21;25. 2021;

FOUCAULT, M. **História da sexualidade I: a vontade de saber**. Rio de Janeiro: Graal, 1998;

GONÇALVES, M. G. Dispositivo, poder e subjetivação em Michel Foucault. **Revista Polis e Psique**, v. 6, n. 3, p. 103-118, 2016 Disponível em: <https://miguilim.ibict.br/handle/miguilim/5850>: Acesso em: 04 de agosto de 2026;

LERMA, D.; YAGÜE, A. MAXQDA: fundamentos para análise qualitativa de dados. Madrid: MAXQDA Press, 2022 Disponível em: < https://www.maxqda.com/pt/como-analisar-dados-qualitativos/>. Acesso em: 04 agosto 2026;

LOPES, A. M. Promoção da saúde e democracia: uma análise genealógica. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2019 Disponível em: < https://www.scielo.br/j/fractal/a/JMK7KqbbXT48fKmfhBvX4Df/?lang=pt>. Acesso em: 04 de agosto de 2026;

MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F.; GOMES, R. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Petrópolis: **Vozes**, 2011;

SOARES, A. N. et al. O dispositivo educação em saúde: reflexões sobre práticas na atenção primária. **Saúde em Debate**, v. 41, n. esp. 3, p. 23-35, 2017. Disponível em: < https://www.scielo.br/j/tce/a/kHmBrjKhZv8j3tpMTkNQcfd/?lang=pt>. Acesso em: 04 agosto 2026.

ATUAÇÃO DE LIGAS ACADÊMICAS E SEU POTENCIAL NO FORTALECIMENTO DA INTEGRAÇÃO ENSINO - SERVIÇO - COMUNIDADE

YURI HENRIQUE ALMEIDA ALVES; PAMELLA CRISTINA SILVA MOURA; JULIA RABELO BARRETO; GABRIEL RUFINO DIAS; THAMIRES RODRIGUES DA SILVA; GLEICILAINE RODRIGUES GONÇALVES; AYLA NORMA FERREIRA MATOS

Introdução: Ligas Acadêmicas são uma entidade estudantil autônoma, que integram o tripé universitário de ensino, pesquisa e extensão, articulando conhecimento científico com as necessidades da comunidade, no qual a universidade está inserida, interagindo e aprofundando o conhecimento estudantil. Neste contexto, elas constituem espaços de aprendizagem ativa que estimulam o aprofundamento teórico, o desenvolvimento de competências e a formação crítica de estudantes comprometidos com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). **Objetivo:** Relatar a vivência de ligantes da Liga Acadêmica de Prevenção e Saúde Coletiva (LAPSC), acadêmicos do curso de Odontologia, como extensão universitária, e sua contribuição na formação em saúde. **Relato de experiência:** Trata-se de um relato das atividades desenvolvidas pela LAPSC, Liga Acadêmica da Universidade Vale do Rio Doce, fundada no final do segundo semestre de 2025, composta por 11 acadêmicos e 2 professoras preceptoras do curso de Odontologia. Ao longo de seu primeiro ano de atuação foram realizadas oficinas sobre as bases conceituais da Saúde Coletiva e do SUS, conduzida pelo professor convidado Dr. Marcos Azeredo Furquim Werneck; capacitação sobre diabetes mellitus tipo 1, com a Profa. Tiara Grossi, médica endocrinologista, como subsidio para a realização de ações de educação em saúde em duas escolas públicas, contemplando aproximadamente oito turmas. Também, foram promovidas reuniões periódicas para discussão de temas relacionados ao SUS, leitura crítica de artigos científicos e elaboração de resumos para submissão a eventos científicos, com destaque ao simpósio de pesquisa e extensão da Universidade Vale do Rio Doce. **Conclusão:** A experiência dos ligantes evidencia o potencial das ligas acadêmicas, como estratégia de extensão universitária, para contribuir com a formação em Odontologia, pois favoreceram a integração da teoria prática de Saúde Coletiva e do SUS, contribuindo para o pensamento crítico, formação científica e humanização do cuidado, em consonância com os princípios do SUS, compreendendo a complexidade, potencialidades e fragilidades deste sistema.

Palavras-chave: **EDUCAÇÃO EM SAÚDE; LIGAS ACADÊMICAS; SAÚDE COLETIVA**

DOI: 10.51161/iv-conasus/86736

ACESSO À TERAPIA INTENSIVA NO SUS: DESIGUALDADES, DESAFIOS E PERSPECTIVAS PARA A EQUIDADE EM SAÚDE

VANESSA DUARTE CRUZ; LILIANA GOMES PELLEGRIN

Introdução: O acesso à terapia intensiva é componente crítico para a integralidade da atenção no Sistema Único de Saúde (SUS). Embora a organização das redes de atenção tenha evoluído, persistentes desigualdades regionais e gargalos estruturais comprometem a resolutividade do sistema e agravam os desfechos clínicos de pacientes graves. **Objetivo:** Analisar as desigualdades territoriais no acesso à terapia intensiva no SUS, identificando seus determinantes estruturais e propondo eixos estratégicos para a promoção da equidade. **Métodos:** Revisão narrativa da literatura científica e de documentos oficiais, com ênfase em dados epidemiológicos e de regulação assistencial do período pré e pós-pandêmico. **Resultados:** A pandemia de COVID-19 expôs a fragilidade crônica da rede de UTI no Brasil. Com apenas 7,1 leitos SUS por 100 mil habitantes (ante 15,6 totais), evidencia-se um déficit histórico. A distribuição é marcadamente heterogênea: 72% das regiões de saúde já operavam com oferta insuficiente antes da crise, e 30% foram classificadas como vulneráveis, conjugando baixa disponibilidade de leitos com elevada mortalidade por síndromes respiratórias agudas. Simulações projetam colapso sistêmico mesmo em cenários moderados: com 20% de infecção populacional e 5% de demanda por UTI, 294 das 436 regiões ultrapassariam 100% de ocupação, sendo que metade precisaria duplicar sua capacidade instalada. Para 50% das regiões, uma taxa de infecção de 9% já seria suficiente para saturação total. A dinâmica de contágio revela-se, portanto, determinante para a sobrecarga, e medidas de desaceleração mostraram-se fundamentais para evitar o colapso. Agrava esse quadro a obsolescência dos dados oficiais – a última estimativa nacional consolidada de leitos data de 2020 (CFM), o que inviabiliza um planejamento regional eficaz e atualizado. **Conclusão:** A equidade no acesso à terapia intensiva no SUS esbarra em desafios estruturais, gerenciais e informacionais. A superação dessas barreiras exige um pacto federativo que fortaleça a regulação interestadual, o financiamento tripartite, a educação permanente de equipes e a ampliação física de leitos, com monitoramento contínuo e transparente. Assegurar o cuidado intensivo como direito universal é condição indispensável para a efetividade dos princípios do SUS e para a redução das iniquidades em saúde no país.

Palavras-chave: **TERAPIA INTENSIVA; ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE; REGIONALIZAÇÃO**

DOI: 10.51161/iv-conasus/86745

A ENGRENAGEM DA SAÚDE PÚBLICA: DA NORMA AO SUJEITO - UMA ANÁLISE JURÍDICA E PSICOLÓGICA DO CUIDADO INTEGRAL NO SUS

MARIA CLARA NAZARÉ DOS SANTOS MOTA; LUÍS DAVI COUTO SILVA

Introdução: A consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) apoia-se no Artigo 196 da Constituição Federal de 1988, que estabelece a saúde como direito universal e dever do Estado, assegurada por políticas sociais e econômicas. Nesse cenário, a implementação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), por meio da Portaria MS n 971/2006, reflete um avanço na oferta do cuidado integral e na diversificação assistencial. Diante da integração entre o Direito e a Psicologia, busca-se compreender como as diretrizes normativas sustentam as ações de saúde nos territórios. **Objetivo:** Investigar a intersecção entre a legislação sanitária e a dimensão subjetiva do cuidado, destacando a relevância da atuação interprofissional no âmbito da PNPIC. **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo de abordagem qualitativa, fundamentado na análise documental do texto constitucional de 1988, da lei n 8.080/1990 e das normativas da PNPIC. **Resultados:** O levantamento documental evidenciou que os dispositivos jurídicos fornecem a estrutura necessária para assegurar a equidade e a universalidade, enquanto o aporte psicológico e a cooperação entre equipes operacionalizam o atendimento humanizado na Atenção Primária. Contudo, observam-se obstáculos na articulação dos trabalhadores, na formação contínua e na garantia de financiamento estável para consolidar tais práticas como estratégia permanente de promoção da saúde. **Conclusão:** Conclui-se que a harmonia entre a norma jurídica e a dimensão subjetiva do indivíduo é indispensável para o fortalecimento da saúde pública. A perspectiva interprofissional surge como elemento chave para superar a fragmentação dos serviços, garantindo assistência completa e condizente com as reais necessidades da população.

Palavras-chave: **ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE; SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE; DIREITOS HUMANOS**

DOI: 10.51161/iv-conasus/86764

O uso recreativo de tadalafila por jovens adultos: riscos à saúde e a importância da atuação farmacêutica na promoção do uso racional de medicamentos

GABRIEL DA SILVA SANTOS

RESUMO

A utilização recreativa de medicamentos destinados ao tratamento da disfunção erétil tem se tornado uma prática cada vez mais observada entre jovens adultos, destacando-se o uso da tadalafila sem indicação clínica ou acompanhamento profissional. Embora esse medicamento apresente eficácia comprovada no tratamento de condições específicas, seu consumo inadequado pode ocasionar riscos à saúde, incluindo efeitos cardiovasculares, alterações psicológicas e reforço de comportamentos relacionados à automedicação. O presente estudo teve como objetivo analisar os fatores associados ao uso recreativo da tadalafila por jovens adultos, descrevendo os possíveis riscos decorrentes dessa prática e discutindo a importância da orientação profissional, especialmente da atuação farmacêutica, na prevenção do uso indiscriminado de medicamentos. Trata-se de uma revisão bibliográfica, de abordagem qualitativa e caráter descritivo-exploratório, realizada por meio da análise de artigos científicos, livros, diretrizes e documentos institucionais relacionados ao tema. Os estudos analisados demonstram que a busca por melhora do desempenho sexual, influência de grupos sociais, facilidade de acesso ao medicamento e disseminação de informações inadequadas nas mídias digitais estão entre os principais fatores associados ao consumo recreativo da tadalafila. Além disso, evidências apontam que o uso sem orientação profissional pode favorecer a ocorrência de eventos adversos e contribuir para uma percepção equivocada sobre a necessidade do medicamento. Nesse contexto, destaca-se o papel do farmacêutico como agente de educação em saúde, capaz de orientar os usuários, identificar riscos, promover o uso racional de medicamentos e atuar na prevenção da automedicação. Conclui-se que estratégias educativas e ações multiprofissionais são fundamentais para reduzir os impactos do uso inadequado da tadalafila e promover maior segurança no cuidado à saúde.

Palavras-chave: Automedicação. Educação em saúde. Uso racional de medicamentos.

1 - INTRODUÇÃO

O uso inadequado de medicamentos representa um importante problema de saúde pública, principalmente devido ao crescimento da automedicação e à utilização de fármacos para finalidades diferentes das previstas em suas indicações terapêuticas. Entre os medicamentos que passaram a ser utilizados de maneira recreativa, destacam-se os inibidores da fosfodiesterase tipo 5 (PDE-5), como a tadalafila, inicialmente desenvolvida para o tratamento da disfunção erétil e de outras condições específicas relacionadas ao sistema geniturinário. Entretanto, observa-se um aumento do consumo desse medicamento por indivíduos jovens e saudáveis, sem diagnóstico de disfunção sexual, motivados principalmente pela busca de melhora do desempenho sexual e aumento da autoconfiança.

DOI: 10.51161/iv-conasus/86854

A tadalafila atua por meio da inibição seletiva da enzima fosfodiesterase tipo 5, promovendo aumento da concentração de monofosfato cíclico de guanosina (GMPc), o que favorece o relaxamento da musculatura lisa e o aumento do fluxo sanguíneo peniano. Embora apresente benefícios comprovados quando utilizada de acordo com critérios clínicos, seu uso sem avaliação profissional pode representar riscos, principalmente devido ao desconhecimento dos usuários quanto às contraindicações, interações medicamentosas e possíveis efeitos adversos (Brunton; Hilal-Dandan; Knollmann, 2023).

O crescimento do uso recreativo da tadalafila entre jovens adultos está relacionado a diversos fatores sociais e comportamentais. A valorização excessiva do desempenho sexual, a influência das redes sociais, a pressão dos grupos de convivência e a associação equivocada entre masculinidade e desempenho físico-sexual contribuem para a normalização dessa prática. Segundo Miller et al. (2023), a utilização de inibidores da PDE-5 por indivíduos sem indicação médica frequentemente está relacionada a expectativas irreais sobre a capacidade sexual, levando alguns usuários a acreditar que o medicamento é necessário para alcançar uma resposta sexual satisfatória.

Essa realidade torna-se ainda mais relevante quando considerada a facilidade de aquisição desses medicamentos. Muitos jovens obtêm a tadalafila por meio de amigos, familiares ou plataformas digitais, sem passar por avaliação médica ou receber orientação farmacêutica adequada. Estudo realizado por Bechara et al. (2010), identificou que 21,5% dos homens jovens saudáveis avaliados já haviam utilizado inibidores da PDE-5 de forma recreativa, sendo que aproximadamente 75% dos usuários adquiriram o medicamento por intermédio de terceiros, evidenciando a fragilidade do processo de orientação e acompanhamento.

Além dos fatores relacionados ao comportamento individual, o uso recreativo da tadalafila apresenta implicações clínicas relevantes. Entre os principais efeitos adversos descritos estão cefaleia, rubor facial, congestão nasal, tontura, dores musculares e alterações gastrointestinais. Em situações específicas, especialmente quando associada a medicamentos como nitratos ou utilizada por indivíduos com fatores de risco cardiovascular, pode ocasionar complicações graves, como hipotensão acentuada e eventos cardiovasculares (Katzung, 2021).

Outro aspecto relevante está relacionado às consequências psicológicas do uso indiscriminado. A utilização frequente do medicamento por indivíduos sem necessidade terapêutica pode gerar dependência psicológica, fazendo com que o usuário associe seu desempenho sexual exclusivamente ao uso da substância. Dessa maneira, uma prática inicialmente recreativa pode contribuir para o aumento da ansiedade de desempenho e para alterações na percepção da própria capacidade sexual.

Diante desse cenário, torna-se fundamental compreender os fatores que levam jovens adultos ao consumo recreativo da tadalafila, bem como os riscos associados a essa prática. Assim, este estudo tem como objetivo geral analisar os fatores que influenciam o uso recreativo da tadalafila por jovens adultos, identificando os motivos associados ao consumo sem prescrição médica, descrevendo os possíveis riscos à saúde e discutindo a importância da orientação profissional e das estratégias de educação em saúde para prevenção do uso indiscriminado.

A relevância desta temática está relacionada à necessidade de ampliar o conhecimento científico sobre o uso irracional de medicamentos e fortalecer ações preventivas voltadas à população jovem. Nesse contexto, destaca-se a atuação do farmacêutico como profissional estratégico na promoção do uso seguro de medicamentos, uma vez que sua proximidade com os usuários permite realizar orientações, identificar situações de risco, estimular o acompanhamento adequado e contribuir para a construção de uma cultura de cuidado baseada em informações científicas.

DOI: 10.51161/iv-conasus/86854

2 - METODOLOGIA

O presente estudo caracteriza-se como uma revisão bibliográfica**,** de abordagem qualitativa, com caráter descritivo e exploratório, desenvolvida a partir da análise e interpretação de produções científicas relacionadas ao uso recreativo da tadalafila por jovens adultos, aos riscos associados ao consumo sem prescrição médica e à atuação dos profissionais de saúde na promoção do uso racional de medicamentos.

Segundo Gil (2019), a pesquisa bibliográfica consiste na investigação desenvolvida com base em materiais já elaborados, principalmente artigos científicos, livros, dissertações, teses e documentos institucionais, permitindo ao pesquisador compreender diferentes perspectivas sobre determinado fenômeno e construir uma análise fundamentada na literatura disponível. Para Marconi e Lakatos (2021), esse método possibilita a organização sistemática do conhecimento produzido, contribuindo para a identificação de evidências, lacunas científicas e possíveis estratégias de intervenção.

A pesquisa foi realizada por meio da consulta às bases de dados científicas, incluindo a Scientific Electronic Library Online (SciELO), PubMed, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Google Acadêmico, além de documentos técnicos publicados por órgãos oficiais, como a Organização Mundial da Saúde (OMS), Ministério da Saúde, Conselho Federal de Farmácia (CFF) e Sociedade Brasileira de Urologia (SBU).

Foram considerados artigos científicos nacionais e internacionais relacionados ao tema, priorizando publicações dos últimos dez anos, sem excluir estudos clássicos considerados relevantes para fundamentação teórica. Os descritores utilizados na busca foram relacionados aos termos: tadalafila, inibidores da fosfodiesterase tipo 5, uso recreativo de medicamentos, automedicação, jovens adultos, educação em saúde e atenção farmacêutica.

Após a seleção dos estudos, realizou-se uma leitura exploratória e analítica dos materiais encontrados, buscando identificar informações referentes aos fatores associados ao uso recreativo da tadalafila, aos riscos clínicos e psicológicos envolvidos, bem como às estratégias de prevenção e ao papel do farmacêutico como agente interventor no processo de cuidado em saúde.

3 – RESULTADOS E DISCUSSÃO

Uso recreativo da tadalafila entre jovens adultos: fatores associados e motivações para o consumo

A análise da literatura demonstra que o uso recreativo da tadalafila entre jovens adultos está relacionado principalmente à busca por aprimoramento do desempenho sexual, mesmo na ausência de alterações fisiológicas que justifiquem seu uso. Diferentemente do uso terapêutico, no qual o medicamento é empregado para tratar condições clínicas específicas, o consumo recreativo ocorre com a finalidade de aumentar a confiança, prolongar a ereção ou reduzir inseguranças relacionadas à atividade sexual.

A literatura aponta que a percepção social de masculinidade associada à capacidade sexual exerce influência significativa nesse comportamento. Muitos jovens passam a compreender o desempenho sexual como um marcador de sucesso pessoal, criando expectativas irreais sobre a necessidade de utilizar recursos farmacológicos para atingir determinado padrão de desempenho. Segundo Miller et al. (2023), o uso não terapêutico dos inibidores da PDE-5 está frequentemente relacionado a fatores psicológicos, como ansiedade de desempenho e desejo de aprimoramento da experiência sexual, mesmo entre indivíduos sem diagnóstico de disfunção erétil.

DOI: 10.51161/iv-conasus/86854

Além dos fatores psicológicos, a influência do ambiente social representa um elemento determinante. A disseminação de experiências positivas entre amigos e a divulgação de informações sem comprovação científica em redes sociais favorecem a normalização do consumo. Nesse contexto, o medicamento deixa de ser compreendido como uma terapia destinada ao tratamento de uma condição específica e passa a ser associado a uma ferramenta de otimização da performance sexual.

Essa mudança na percepção do medicamento representa um desafio para a saúde pública, pois contribui para a banalização da automedicação. De acordo com Bechara et al. (2010), uma parcela significativa dos usuários recreativos de inibidores da PDE-5 são homens jovens saudáveis que obtêm o medicamento por fontes não profissionais. O estudo identificou que aproximadamente 21,5% dos participantes já haviam utilizado esses medicamentos de forma recreativa, evidenciando que essa prática não está restrita a indivíduos com diagnóstico médico.

Outro fator relevante está relacionado à facilidade de aquisição desses medicamentos. A expansão do comércio eletrônico e a circulação de informações em ambientes digitais possibilitaram maior acesso aos inibidores da PDE-5, muitas vezes sem qualquer avaliação clínica. Essa realidade aumenta a possibilidade de uso inadequado, uma vez que muitos consumidores desconhecem fatores de risco, contraindicações e possíveis interações medicamentosas.

Dessa maneira, observa-se que o uso recreativo da tadalafila entre jovens adultos não está associado apenas a uma escolha individual, mas resulta da interação entre aspectos culturais, psicológicos, sociais e comerciais. Esse cenário demonstra a necessidade de ações educativas capazes de ampliar o conhecimento da população sobre o uso adequado de medicamentos e desconstruir informações equivocadas relacionadas ao desempenho sexual.

Riscos à saúde relacionados ao uso indiscriminado da tadalafila

Embora a tadalafila seja considerada um medicamento seguro quando utilizada dentro das recomendações clínicas, seu consumo sem acompanhamento profissional pode expor os usuários a riscos desnecessários. A ausência de avaliação médica impede a identificação de possíveis contraindicações e condições clínicas que podem aumentar a probabilidade de eventos adversos.

Entre os efeitos adversos mais relatados estão cefaleia, rubor facial, congestão nasal, dispepsia, dores musculares e tontura. Esses efeitos ocorrem principalmente devido à ação vasodilatadora do medicamento, que, embora seja necessária para sua atividade terapêutica, pode provocar alterações sistêmicas quando utilizada de maneira inadequada (Brunton; Hilal-Dandan; Knollmann, 2023).

Um dos principais riscos associados ao uso indiscriminado está relacionado às alterações cardiovasculares. A associação da tadalafila com medicamentos contendo nitratos pode provocar redução significativa da pressão arterial, podendo resultar em eventos potencialmente graves. Segundo Katzung (2021), a combinação entre inibidores da PDE-5 e nitratos representa uma contraindicação absoluta devido ao risco de hipotensão grave.

Além dos efeitos físicos, o uso recreativo também pode provocar consequências psicológicas. Indivíduos que utilizam o medicamento sem necessidade clínica podem desenvolver a percepção de incapacidade sexual sem a presença do fármaco, favorecendo dependência psicológica e aumento da ansiedade relacionada ao desempenho. Dessa forma, uma substância inicialmente utilizada como forma de segurança pode contribuir para inseguranças futuras.

DOI: 10.51161/iv-conasus/86854

Outro aspecto preocupante refere-se ao consumo associado a bebidas alcoólicas e outras substâncias. Essa combinação pode potencializar efeitos cardiovasculares e favorecer comportamentos sexuais de risco, como menor utilização de métodos preventivos contra infecções sexualmente transmissíveis. Assim, os impactos do uso recreativo ultrapassam a esfera individual, alcançando aspectos relacionados à saúde coletiva.

A importância da orientação profissional e a atuação do farmacêutico na prevenção do uso indiscriminado da tadalafila

A crescente utilização recreativa da tadalafila entre jovens adultos evidencia a necessidade de ampliar as estratégias de educação em saúde e fortalecer a participação dos profissionais da área no processo de prevenção da automedicação. O uso racional de medicamentos depende não apenas da disponibilidade de informações adequadas, mas também da presença de profissionais capacitados para orientar a população quanto aos benefícios, riscos e critérios necessários para utilização segura dos fármacos.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2002), o uso racional de medicamentos ocorre quando o paciente recebe o medicamento apropriado às suas necessidades clínicas, em doses adequadas, pelo período correto e com acompanhamento necessário. Dessa forma, o consumo recreativo da tadalafila, realizado sem avaliação clínica e sem acompanhamento profissional, caracteriza uma prática contrária aos princípios da farmacoterapia segura.

Nesse contexto, o farmacêutico apresenta papel fundamental na identificação e prevenção do uso inadequado desse medicamento. A atuação farmacêutica ultrapassa a simples dispensação do produto, envolvendo ações de cuidado, orientação e acompanhamento do paciente. Conforme estabelecido pela Resolução nº 585/2013 do Conselho Federal de Farmácia, o farmacêutico possui atribuições clínicas voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a orientação sobre medicamentos, avaliação de possíveis problemas relacionados à farmacoterapia e encaminhamento de pacientes quando necessário.

No caso específico da tadalafila, a intervenção farmacêutica torna-se essencial devido à possibilidade de aquisição do medicamento sem prescrição e à presença de usuários que desconhecem suas contraindicações. Durante o atendimento, o farmacêutico pode identificar situações de risco, como histórico de doenças cardiovasculares, uso concomitante de nitratos, associação com álcool ou outras substâncias e utilização do medicamento sem indicação terapêutica.

Além disso, a atenção farmacêutica representa uma importante ferramenta para a educação em saúde, pois possibilita estabelecer uma relação direta entre profissional e usuário, favorecendo a comunicação, o esclarecimento de dúvidas e a desconstrução de informações equivocadas. Muitos jovens utilizam a tadalafila baseados em relatos de terceiros ou conteúdos disponíveis na internet, sem compreender que o medicamento não aumenta o desejo sexual, não substitui estímulos naturais e não deve ser utilizado como estratégia para melhorar desempenho em indivíduos sem disfunção erétil.

A atuação educativa do farmacêutico também possui relevância na prevenção de consequências psicológicas relacionadas ao uso recreativo. Ao orientar os usuários sobre os aspectos fisiológicos da função sexual e sobre os limites terapêuticos do medicamento, esse profissional contribui para reduzir expectativas irreais e minimizar a associação equivocada entre masculinidade, desempenho sexual e necessidade de medicamentos.

Segundo Silva et al. (2022), ações de educação em saúde desenvolvidas por profissionais farmacêuticos apresentam impacto positivo na melhoria do conhecimento dos pacientes sobre medicamentos e na redução de práticas relacionadas à automedicação. Dessa

forma, o farmacêutico torna-se um agente estratégico na promoção do uso seguro da tadalafila, principalmente por sua acessibilidade dentro dos serviços de saúde.

Além da intervenção individual, destaca-se a importância de ações coletivas de educação em saúde. Campanhas educativas realizadas em universidades, unidades básicas de saúde e ambientes digitais podem contribuir para informar jovens adultos sobre os riscos do consumo recreativo e estimular a busca por orientação profissional. Essas ações devem abordar não apenas os aspectos farmacológicos do medicamento, mas também os fatores sociais e psicológicos envolvidos no seu uso.

A prevenção do uso indiscriminado da tadalafila exige, portanto, uma abordagem multiprofissional e integrada. Embora o farmacêutico possua papel de destaque nesse processo, a articulação com médicos, enfermeiros, psicólogos e demais profissionais da saúde amplia a capacidade de intervenção, permitindo uma abordagem mais completa dos aspectos relacionados à sexualidade, à saúde mental e ao uso racional de medicamentos. Nesse sentido, Miller et al. (2023) destacam a importância da avaliação dos benefícios e riscos associados ao uso da tadalafila, ressaltando a necessidade de participação de diferentes profissionais da saúde na análise da segurança e do uso adequado desse medicamento. Além disso, as diretrizes da European Association of Urology apontam que a disfunção erétil apresenta causas frequentemente multifatoriais, envolvendo aspectos orgânicos, psicológicos e psicossociais, o que reforça a necessidade de uma abordagem integral do paciente (European Association of Urology, 2026).

Diante dos dados encontrados na literatura, observa-se que a problemática do uso recreativo e indiscriminado da tadalafila não deve ser analisada apenas sob a perspectiva farmacológica, mas também como um fenômeno influenciado por fatores comportamentais, psicológicos, sociais e culturais. A presença de fatores psicológicos, como ansiedade, baixa autoestima, expectativas relacionadas ao desempenho sexual e sofrimento emocional, pode estar associada às dificuldades sexuais, tornando necessária uma avaliação que ultrapasse os aspectos exclusivamente farmacológicos (European Association of Urology, 2026). Nesse contexto, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa, 2025) alerta para os riscos relacionados ao uso inadequado dos medicamentos para disfunção erétil, incluindo a tadalafila, especialmente quando utilizados fora das indicações aprovadas, associados a outros medicamentos ou consumidos de forma recreativa.

Dessa maneira, a intervenção farmacêutica representa uma estratégia fundamental para reduzir riscos, promover o conhecimento científico e fortalecer uma cultura de cuidado responsável. O farmacêutico pode contribuir para a identificação de práticas de automedicação, orientação quanto ao uso correto dos medicamentos, identificação de possíveis interações medicamentosas e encaminhamento do paciente para avaliação médica ou de outros profissionais quando necessário. Conforme Miller et al. (2023), a análise do uso da tadalafila deve considerar não somente sua eficácia, mas também os potenciais riscos e as condições individuais do paciente. Assim, a atuação integrada dos profissionais de saúde constitui uma importante estratégia para promover o uso racional da tadalafila e prevenir consequências decorrentes de seu uso indiscriminado.

4 - CONCLUSÃO

A partir da análise da literatura científica, verificou-se que o uso recreativo de inibidores da fosfodiesterase tipo 5 (PDE5), incluindo a tadalafila, entre jovens adultos constitui uma prática relacionada à busca por aprimoramento do desempenho sexual e ao uso do medicamento sem indicação clínica. Em estudo realizado com jovens estudantes de medicina saudáveis, Korkes et al. (2008) identificaram o uso recreativo de inibidores da PDE5 mesmo entre indivíduos que não apresentavam disfunção erétil. Embora a tadalafila apresente eficácia

comprovada no tratamento da disfunção erétil, seu uso deve considerar as indicações terapêuticas, as características individuais do paciente e os potenciais riscos associados ao medicamento. Miller et al. (2023) destacam que a avaliação da tadalafila deve considerar simultaneamente seus benefícios e riscos, especialmente em relação às condições clínicas e às possíveis interações medicamentosas. A Agência Nacional de Vigilância Sanitária também alerta que o uso indiscriminado e recreativo de medicamentos para disfunção erétil pode estar associado a eventos adversos graves, como hipotensão, infarto, acidente vascular cerebral e alterações visuais e auditivas (Anvisa, 2025).

A revisão bibliográfica permitiu compreender que o uso recreativo dos inibidores da PDE5 pode ocorrer mesmo na ausência de disfunção erétil, estando relacionado à busca por melhora do desempenho sexual e às expectativas em relação à atividade sexual. Korkes et al. 2008), ao investigarem jovens saudáveis, observaram que parte dos participantes utilizava esses medicamentos apesar de considerar possuir função erétil adequada. Além disso, a facilidade de obtenção de informações sobre medicamentos por meio da internet e das redes sociais pode contribuir para a circulação de informações inadequadas sobre seu uso. Nesse contexto, o Ministério da Saúde (Brasil, 2025) ressalta que a disponibilização de informações confiáveis e independentes sobre medicamentos constitui uma estratégia importante para a promoção do uso racional de medicamentos e para a redução de problemas relacionados ao seu uso inadequado.

Nesse cenário, destaca-se a importância da atuação do farmacêutico como profissional estratégico na prevenção do uso indiscriminado da tadalafila. Por meio do cuidado farmacêutico, esse profissional pode contribuir para a identificação de problemas relacionados aos medicamentos, orientar os usuários quanto ao uso adequado, auxiliar na identificação de possíveis riscos e promover ações de educação em saúde. Segundo Oliveira et al. (2020), a atuação do farmacêutico na equipe multiprofissional apresenta relevância para a orientação dos usuários e para a promoção do uso racional de medicamentos. De forma semelhante, o Ministério da Saúde (Brasil, 2025) define o cuidado farmacêutico como um conjunto de ações voltadas à promoção do uso seguro e racional de medicamentos, à prevenção de danos e à obtenção de melhores resultados em saúde.

Além da assistência individual, torna-se fundamental o desenvolvimento de ações coletivas de educação em saúde, envolvendo instituições de ensino, serviços de saúde e meios de comunicação e informação, com o objetivo de combater informações equivocadas e ampliar o conhecimento da população sobre os riscos associados ao consumo inadequado de medicamentos. O Ministério da Saúde destaca que a promoção do uso racional de medicamentos depende da oferta de informações independentes, imparciais e baseadas em evidências, além de estratégias abrangentes e intersetoriais (Brasil, 2025). Nesse sentido, a educação em saúde pode contribuir para que os usuários reconheçam os riscos da automedicação e compreendam a importância da orientação dos profissionais de saúde.

Portanto, conclui-se que o uso recreativo da tadalafila constitui uma questão relevante relacionada ao uso inadequado de medicamentos, demandando intervenções fundamentadas em evidências científicas e estratégias multiprofissionais. A Anvisa (2025), reforça a necessidade de atenção aos riscos associados ao uso indiscriminado de medicamentos para disfunção erétil e orienta que os pacientes sejam avaliados clinicamente antes da utilização desses medicamentos. O farmacêutico, por sua atuação relacionada ao medicamento e ao cuidado em saúde, possui papel importante na promoção do uso racional, na identificação de problemas relacionados à farmacoterapia, na educação em saúde e na prevenção de danos. Dessa forma, a integração entre farmacêuticos e os demais profissionais da saúde pode contribuir para uma abordagem mais segura e responsável do uso da tadalafila

DOI: 10.51161/iv-conasus/86854

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). Alerta farmacovigilância: riscos do uso indiscriminado de medicamentos para disfunção erétil. Brasília, DF: Anvisa, 2025.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). Anvisa emite alerta sobre uso indiscriminado de medicamentos para disfunção erétil. Brasília, DF, 5 set. 2025.

BECHARA, A.; CASABÉ, A.; DE BONIS, W.; HELFENSTEIN, L.; GUEGLIO, G.; D'ÁNGELO, F. Recreational use of phosphodiesterase type 5 inhibitors by healthy young men. The Journal of Sexual Medicine, Oxford, v. 7, n. 11, p. 3736-3742, 2010. DOI: 10.1111/j.1743-6109.2010.01926.x.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cuidado farmacêutico no SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Medicamentos. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Uso racional de medicamentos. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2025.

BRUNTON, Laurence L.; HILAL-DANDAN, Randa; KNOLLMANN, Björn C. Goodman & Gilman: as bases farmacológicas da terapêutica. 14. ed. Porto Alegre: AMGH, 2023.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA (CFF). Resolução nº 585, de 29 de agosto de 2013. Regulamenta as atribuições clínicas do farmacêutico e dá outras providências. Brasília, DF: Conselho Federal de Farmácia, 2013.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA (CFF). Resolução nº 586, de 29 de agosto de 2013. Regula a prescrição farmacêutica e dá outras providências. Brasília, DF: Conselho Federal de Farmácia, 2013.

EUROPEAN ASSOCIATION OF UROLOGY. Management of erectile dysfunction. In: EAU Guidelines on Sexual and Reproductive Health. Arnhem: European Association of Urology, 2026.

GIL, Antonio Carlos. Métodos e técnicas de pesquisa social. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2019.

HARTE, Christopher B.; MESTON, Cindy M. Recreational use of erectile dysfunction medications in undergraduate men. Archives of Sexual Behavior, New York, v. 38, p. 420-426, 2009. DOI: 10.1007/s10508-008-9335-7.

KATZUNG, Bertram G. Farmacologia básica e clínica. 15. ed. Porto Alegre: AMGH, 2021.

KORKES, F. et al. Recreational use of PDE5 inhibitors by young healthy men: recognizing this issue among medical students. The Journal of Sexual Medicine, v. 5, n. 10, p. 2414-2418, 2008. DOI: 10.1111/j.1743-6109.2008.00792.x.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. Fundamentos de metodologia científica. 9. ed. São Paulo: Atlas, 2021.

MILLER, Kurt et al. Evidence for benefits and risks of tadalafil as a non-prescription medicine: review and evaluation using the Group Delphi technique to achieve consensus amongst clinical experts. Frontiers in Pharmacology, v. 14, 1254706, 2023. DOI: 10.3389/fphar.2023.1254706.

MOREIRA DE ANDRADE, Samia et al. Revisão integrativa sobre o uso indiscriminado de medicamentos para disfunção erétil em indivíduos jovens e adultos: uma visão dos últimos 20 anos. Diversitas Journal, Santana do Ipanema, v. 9, n. 2, p. 610-617, 2024.

OLIVEIRA, T. M. et al. A automedicação na saúde pública do Brasil: importância da atuação do farmacêutico na equipe multiprofissional e como orientador no uso racional de medicamentos. Brazilian Journal of Development, v. 6, n. 8, 2020. DOI: 10.34117/bjdv6n8-365.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Promoting rational use of medicines: core components. Geneva: World Health Organization, 2002.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). Uso racional de medicamentos. Washington, D.C.: Organização Pan-Americana da Saúde, 2021.
SILVA, R. C.; OLIVEIRA, M. A.; SANTOS, J. L. Educação em saúde e atenção farmacêutica como estratégias para promoção do uso racional de medicamentos. Revista Brasileira de Ciências da Saúde, João Pessoa, v. 26, n. 3, p. 1-10, 2022.
SOCIEDADE BRASILEIRA DE UROLOGIA (SBU). Diretrizes sobre disfunção erétil. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Urologia, 2023.

DESIGUALDADES NO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE: DESAFIOS PARA A PROMOÇÃO DA EQUIDADE NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

MARIA DAS GRAÇAS SILVA DO NASCIMENTO; ÁBILA GOMES CHAVES; ANDREA LOPES DA SILVA; VANESSA CASSIMIRO DA SILVA SANTOS PEREIRA; ÂNGELO MARCELO SCHWALBERT; MARCELA LOPES DE ALBUQUERQUE; FORSYTH VASCONCELOS E SILVA

RESUMO

As disparidades na utilização dos recursos assistenciais permanecem entre os principais obstáculos para a consolidação dos princípios do Sistema Único de Saúde. Diferenças socioeconômicas, barreiras geográficas, limitações estruturais, distribuição desigual de profissionais, dificuldades relacionadas ao transporte, baixa disponibilidade de serviços especializados e fragilidades na articulação entre os níveis de atenção comprometem o cuidado integral da população. O presente estudo teve como objetivo analisar os fatores associados às desigualdades no acesso aos serviços de saúde e discutir estratégias capazes de fortalecer a equidade no âmbito do SUS. Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, realizada por meio de buscas nas bases de dados Biblioteca Virtual em Saúde, Scientific Electronic Library Online e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde. Foram incluídos estudos publicados em português, inglês e espanhol, entre 2020 e 2026, disponíveis na íntegra e relacionados à temática proposta. A análise do material selecionado evidenciou maior vulnerabilidade entre populações residentes em áreas rurais, comunidades periféricas, grupos historicamente marginalizados e indivíduos com menor renda e escolaridade. Os resultados demonstraram que a ampliação da Atenção Primária, o fortalecimento das redes de atenção, a incorporação de tecnologias digitais, o planejamento territorial e a qualificação das equipes multiprofissionais contribuem para reduzir iniquidades e ampliar a cobertura assistencial. Conclui-se que a promoção da equidade exige ações intersetoriais, financiamento adequado, organização eficiente dos serviços e desenvolvimento de políticas públicas direcionadas às necessidades específicas dos diferentes territórios e grupos populacionais. Observou-se, ainda, a necessidade de aprimorar mecanismos de monitoramento, avaliação e gestão participativa para o enfrentamento das desigualdades em saúde.

Palavras-chave: Atenção Primária; Vulnerabilidade social; Justiça sanitária.

1 INTRODUÇÃO

A garantia do acesso universal, integral e equânime aos serviços de saúde constitui um dos princípios estruturantes do Sistema Único de Saúde (SUS), instituído pela Constituição Federal de 1988. Apesar dos avanços alcançados nas últimas décadas, persistem desigualdades significativas relacionadas às condições socioeconômicas, à distribuição territorial dos serviços

DOI: 10.51161/iv-conasus/86864

e à disponibilidade de recursos humanos e tecnológicos, fatores que repercutem diretamente na qualidade da assistência ofertada à população (Paim, 2018).

Essas disparidades afetam, sobretudo, grupos em situação de maior vulnerabilidade social, residentes em áreas rurais, regiões periféricas e localidades com menor infraestrutura sanitária (Giovanella et al., 2021).

A equidade em saúde pressupõe o reconhecimento das diferentes necessidades dos indivíduos e coletividades, orientando a formulação de estratégias capazes de reduzir iniquidades evitáveis e injustas (Barata, 2009).

Nesse contexto, a Atenção Primária à Saúde desempenha papel fundamental na coordenação do cuidado e na organização das redes assistenciais, favorecendo a ampliação do acesso e a redução das desigualdades em saúde (Starfield, 2002).

Estudos recentes evidenciam que o fortalecimento da Estratégia Saúde da Família, associado à ampliação das ações intersetoriais e ao uso de tecnologias digitais, contribui para minimizar barreiras geográficas e socioeconômicas no acesso aos serviços (Macinko; Mendonça, 2018; Tasca et al., 2020).

A relevância desta temática decorre da necessidade de subsidiar o desenvolvimento de políticas públicas voltadas à promoção da justiça social e ao aprimoramento da gestão do SUS, considerando as particularidades dos diferentes territórios brasileiros. Diante desse cenário, o presente trabalho tem como objetivo analisar os desafios relacionados às desigualdades no acesso aos serviços de saúde e discutir estratégias para a promoção da equidade no âmbito do SUS.

2 MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, de natureza descritiva, desenvolvido por meio de revisão integrativa da literatura. A pesquisa foi realizada entre os meses de março e maio de 2026, com o objetivo de reunir e analisar evidências científicas sobre as desigualdades no acesso aos serviços de saúde e os desafios para a promoção da equidade no âmbito do Sistema Único de Saúde.

A busca bibliográfica ocorreu nas bases de dados Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), acessada por meio da plataforma PubMed. Foram utilizados os descritores controlados e seus correspondentes em inglês: “acesso aos serviços de saúde”, “equidade em saúde”, “Sistema Único de Saúde” e “determinantes sociais da saúde”, combinados pelo operador booleano AND.

Foram incluídos artigos originais, estudos de revisão, documentos institucionais e pesquisas disponíveis na íntegra, publicados nos idiomas português, inglês e espanhol, no período de 2020 a 2026, relacionados à temática proposta. Excluíram-se estudos duplicados, publicações sem acesso ao texto completo, editoriais, cartas ao editor, resumos de eventos e trabalhos que não respondiam à questão norteadora da pesquisa.

A amostra final foi composta pelos estudos que atenderam aos critérios de elegibilidade após as etapas de identificação, triagem, leitura dos títulos e resumos e leitura integral dos textos selecionados.

A extração dos dados foi realizada por meio de um instrumento elaborado pelos pesquisadores, contemplando informações referentes aos autores, ano de publicação, objetivos, delineamento metodológico, principais resultados e contribuições para a promoção da equidade no SUS. A análise dos dados ocorreu por meio de análise temática, permitindo a identificação, organização e interpretação dos principais eixos relacionados às barreiras de acesso e às estratégias para redução das desigualdades em saúde.

DOI: 10.51161/iv-conasus/86864

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise dos estudos selecionados permitiu identificar que as desigualdades no acesso aos serviços de saúde no Brasil resultam da interação entre fatores socioeconômicos, geográficos, culturais e organizacionais. Os achados evidenciaram maior vulnerabilidade entre populações residentes em áreas rurais, periferias urbanas, territórios indígenas e regiões com menor oferta de recursos assistenciais. Barreiras relacionadas à renda, escolaridade, disponibilidade de transporte, distribuição desigual de profissionais e limitações na infraestrutura dos serviços configuram entraves importantes para a efetivação da equidade no Sistema Único de Saúde (SUS).

Tabela 1 – **Principais fatores associados às desigualdades no acesso aos serviços de saúde identificados nos estudos analisados.**

Fator identificado	Impacto no acesso aos serviços de saúde
Baixa renda e vulnerabilidade social	Redução da utilização dos serviços preventivos e especializados
Distância geográfica	Dificuldade de acesso aos serviços de média e alta complexidade
Escassez de profissionais	Aumento do tempo de espera e descontinuidade do cuidado
Fragilidades na rede de atenção	Comprometimento da integralidade e coordenação do cuidado
Barreiras tecnológicas	Limitação do acesso às estratégias de saúde digital

Fonte: Elaboração própria (2026).

Os resultados corroboram estudos que apontam os determinantes sociais da saúde como elementos centrais para a compreensão das iniquidades no acesso aos serviços (Barata, 2009; Buss; Pellegrini Filho, 2007).

A literatura demonstra que indivíduos inseridos em contextos de maior vulnerabilidade social apresentam piores condições de acesso e utilização dos recursos assistenciais, refletindo desigualdades históricas e estruturais presentes na sociedade brasileira (Travassos; Castro, 2012).

O fortalecimento da Atenção Primária à Saúde foi identificado como uma das principais estratégias para a promoção da equidade. Evidências apontam que a ampliação da cobertura da Estratégia Saúde da Família contribui para a redução de internações por condições sensíveis à atenção primária, amplia o acesso aos serviços e favorece melhores indicadores de saúde, especialmente em territórios socialmente vulneráveis (Macinko; Mendonça, 2018; Giovanella et al., 2021).

Além disso, os estudos analisados destacaram o potencial das tecnologias digitais e da telessaúde para minimizar barreiras geográficas e ampliar a continuidade do cuidado. Entretanto, limitações relacionadas à conectividade, à inclusão digital e à qualificação profissional ainda restringem a efetividade dessas estratégias em determinadas regiões do país (Tasca et al., 2020).

Entre as principais limitações identificadas na literatura, destacam-se a heterogeneidade metodológica dos estudos, as diferenças regionais na organização dos serviços e a escassez de pesquisas voltadas para populações específicas, como comunidades tradicionais e residentes em áreas remotas. Apesar dessas limitações, os resultados reforçam a necessidade de

investimentos em financiamento, planejamento territorial, fortalecimento das redes de atenção e formulação de políticas públicas orientadas pelos princípios da equidade e da justiça social.

4 CONCLUSÃO

As desigualdades no acesso aos serviços de saúde permanecem como um dos principais desafios para a consolidação da equidade no Sistema Único de Saúde. A análise da literatura evidenciou a influência de fatores socioeconômicos, territoriais e organizacionais na manutenção das iniquidades em saúde.

Os resultados demonstraram maior vulnerabilidade entre populações residentes em áreas rurais, periferias urbanas e regiões com menor oferta de serviços e profissionais. Barreiras relacionadas à renda, à escolaridade, à distância geográfica e à fragmentação das redes assistenciais limitam o acesso oportuno e integral ao cuidado.

O estudo permitiu identificar o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde, a ampliação da Estratégia Saúde da Família, o investimento em tecnologias digitais e a qualificação das redes de atenção como estratégias essenciais para a promoção da equidade no SUS.

Entre as limitações desta pesquisa, destacam-se a heterogeneidade metodológica dos estudos incluídos, a predominância de investigações desenvolvidas em contextos específicos e a escassez de evidências direcionadas a determinados grupos populacionais e territórios vulneráveis.

Conclui-se que a redução das desigualdades no acesso aos serviços de saúde exige ações intersetoriais, planejamento territorial, financiamento adequado e formulação de políticas públicas orientadas pelas necessidades da população. Estudos futuros devem aprofundar a análise das iniquidades em diferentes contextos regionais e avaliar a efetividade das estratégias implementadas para a promoção da equidade no âmbito do SUS.

REFERÊNCIAS

BARATA, R. B. Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. Physis: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007.

GIOVANELLA, L.; FRANCO, C. M.; ALMEIDA, P. F. Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos? Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1475-1482, 2020.

MACINKO, J.; MENDONÇA, C. S. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 42, n. esp. 1, p. 18-37, 2018.

PAIM, J. S. Sistema Único de Saúde (SUS): tudo o que você precisa saber. Rio de Janeiro: Atheneu, 2019.

STARFIELD, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, DF: UNESCO; Ministério da Saúde, 2002.

TASCA, R.; MASSUDA, A.; CARVALHO, W. M.; BUCHWEITZ, C.; HARZHEIM, E. Recomendações para o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde no Brasil. Revista Panamericana de Salud Pública, Washington, DC, v. 44, e4, 2020.

TRAVASSOS, C.; CASTRO, M. S. Determinantes e desigualdades sociais no acesso e na utilização dos serviços de saúde. In: GIOVANELLA, L. et al. (org.). Políticas e sistema de saúde no Brasil. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. p. 183-206.

DOI: 10.51161/iv-conasus/86864

MONITORAMENTO DOS PLANOS DE AÇÃO DECORRENTES DE EVENTOS ADVERSOS NA AMAZÔNIA OCIDENTAL: RELATO DE EXPERIÊNCIA

[1] DAVID CRISPINIANO PEREIRA; [2]MAYANNE PEREIRA DE MOURA; [3]JOSIMEIRE SOUZA DE OLIVEIRA ANDRADE; [4]JULIANA SILVA PINHEIRO

[1] Residente de Fisioterapia em Cuidados Intensivos no Adulto - RMCIA/COREMU-RO

[2] Residente de Enfermagem em Cuidados Intensivos no Adulto - RMCIA/COREMU-RO

[3]Enfermeira Inspetora da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - AGEVISA-RO

[4] Coordenadora Estadual de Segurança do Paciente - ESP//RO – AGEVISA-RO

RESUMO

INTRODUÇÃO: segurança do paciente é um dos pilares centrais da qualidade assistencial em saúde, fortalecida no Brasil pelo Programa Nacional de Segurança do Paciente e pela instituição dos Núcleos de Segurança do Paciente, responsáveis pela análise de eventos adversos, elaboração de planos de ação e monitoramento das medidas corretivas. Na Amazônia Ocidental, a dispersão geográfica dos serviços e as desigualdades estruturais tornam esse monitoramento ainda mais relevante, papel exercido em Rondônia pela Agência Estadual de Vigilância em Saúde por meio de boletins estaduais e do acompanhamento das notificações registradas no sistema nacional de vigilância sanitária. O trabalho teve como objetivo relatar a experiência do monitoramento dos planos de ação decorrentes de eventos adversos, evidenciando os principais desafios enfrentados pelos Núcleos de Segurança do Paciente no estado. **RELATO DE CASO**: Trata-se de um relato de experiência fundamentado na atuação técnica da Coordenação Estadual de Segurança do Paciente, com base na análise de boletins estaduais e de uma base de 28.887 notificações de eventos adversos e incidentes registradas entre janeiro de 2020 e dezembro de 2025, classificadas conforme a situação dos processos em pendente, em execução ou concluída. **DISCUSSÃO**: Os resultados mostraram que 65,6% das notificações permaneciam pendentes, 34,4% estavam concluídas e apenas 0,02% em execução, com cerca de 40% dos serviços apresentando planos de ação formalizados e 60% sem documentação comprobatória. Os hospitais da capital concentraram 72% das notificações, e os incidentes sem dano permaneceram mais tempo em aberto, indicando menor prioridade no fluxo de análise. **CONCLUSÃO:** A experiência evidenciou que a efetividade dos Núcleos de Segurança do Paciente depende não apenas da notificação, mas da capacidade institucional de transformar eventos adversos em ações corretivas sustentáveis. Conclui-se que, embora o processo de notificação esteja consolidado, persistem fragilidades na conclusão das análises e na formalização das medidas corretivas, sendo o monitoramento sistemático exercido pela vigilância sanitária um instrumento essencial para fortalecer a gestão de riscos, orientar tecnicamente os serviços de saúde e consolidar a cultura de segurança do paciente na Amazônia Ocidental.

PALAVRAS-CHAVE: Segurança do paciente; Vigilância sanitária; Segurança do Paciente.

DOI: 10.51161/iv-conasus/86917

1 INTRODUÇÃO

A segurança do paciente constitui um dos principais pilares da qualidade assistencial dentro do serviço de saúde, sendo fortalecido no Brasil por meio do Programa Nacional de Segurança do Paciente e da Resolução nº 36/2013 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, que instituiu os Núcleos de Segurança do Paciente nos serviços de saúde (ANVISA, 2013). Entre as atribuições dos Núcleos de Segurança do Paciente destaca-se a análise dos eventos adversos, a elaboração de planos de ação e o monitoramento das medidas implementadas para prevenir recorrências (ISGH, 2017). Na Amazônia Ocidental, as características geográficas, a dispersão dos serviços e as desigualdades estruturais tornam o monitoramento contínuo um importante instrumento para fortalecer a cultura de segurança do paciente.

Nesse contexto, a Agência Estadual de Vigilância em Saúde de Rondônia desenvolve o acompanhamento sistemático dos indicadores relacionados aos Núcleo de Segurança do Paciente por meio da confecção e análise dos boletins estaduais e das notificações registradas no Sistema Nacional de Vigilância Sanitária Notivisa (RONDÔNIA, 2026).

O objetivo do trabalho é relatar a experiência durante o monitoramento dos planos de ação decorrentes dos eventos adversos, evidenciando os principais desafios identificados durante o acompanhamento dos Núcleos de Segurança do Paciente no Estado de Rondônia.

2 RELATO DE CASO

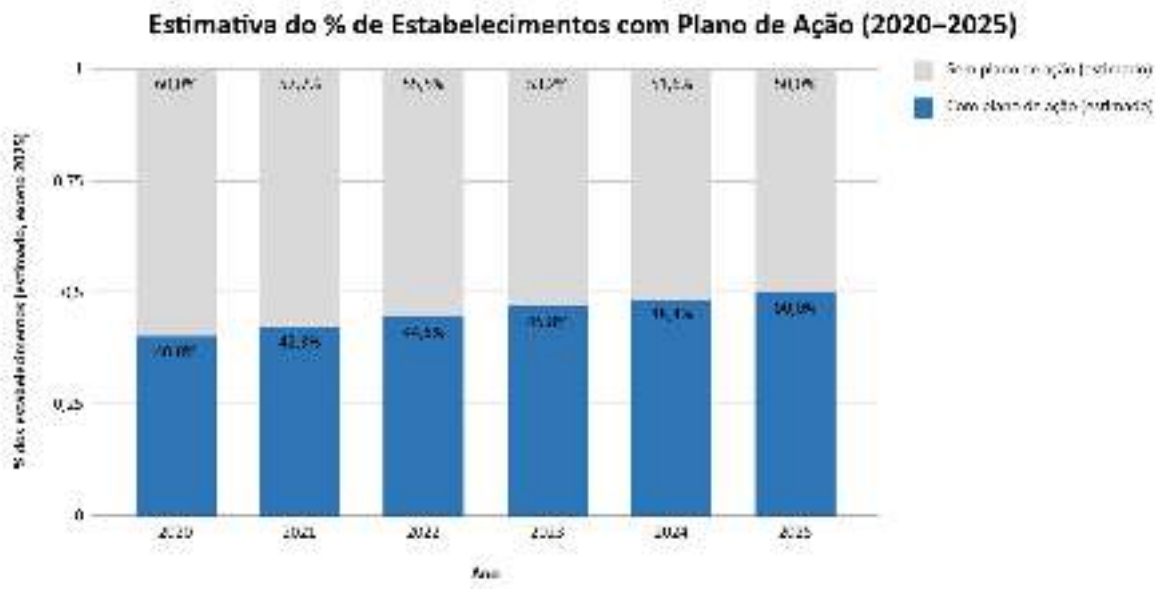
Trata-se de um relato de experiência, baseado na atuação técnica da Coordenação Estadual de Segurança do Paciente da Agência Estadual de Vigilância em Saúde de Rondônia no monitoramento dos Núcleos de Segurança do Paciente dos serviços de saúde do estado de Rondônia. A experiência fundamentou-se na análise dos boletins estaduais de segurança do paciente e de uma base composta por 28.887 notificações de eventos adversos e incidentes, registradas entre janeiro de 2020 e dezembro de 2025. As notificações foram classificadas conforme a situação do processo em pendente, em execução ou concluída, considerando as limitações do sistema e boletim.

O monitoramento realizado pela Agência Estadual de Vigilância em Saúde de Rondônia permitiu acompanhar a evolução dos planos de ação decorrentes dos eventos adversos e identificar fragilidades no ciclo de gerenciamento de riscos dos serviços de saúde (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2021; ANVISA, 2017). Na análise das notificações, observou-se que 65,6% permaneciam pendentes, 34,4% encontravam-se concluídas e apenas 0,02% estavam com plano de ação em execução e monitoramento pelo Núcleo Estadual de Segurança do Paciente, demonstrando importante acúmulo de processos em análise e boletim com variações das informações.

Quando a avaliação foi realizada por estabelecimento de saúde, verificou-se que aproximadamente 40% dos serviços com Núcleo de Segurança do Paciente apresentavam planos de ação, enquanto cerca de 60% não apresentavam documentação comprobatória para cada notificação, evidenciando que os principais desafio não estão apenas na realização das notificações, mas também na implementação e comprovação das ações corretivas descritas no plano de ação. A análise independente da base identificou proporções de 46,8% de estabelecimentos com plano na série histórica completa e 50% quando considerado apenas o período de 2025 em diante, resultado compatível com os boletins estaduais e explicado pelas mudanças no registro do sistema (Gráfico 1).

Gráfico 1 – Situação dos Planos de Ação das Notificações de Eventos Adversos e Incidentes (jan/2020 a dez/2025)

DOI: 10.51161/iv-conasus/86917



Fonte: Elaborado pelos autores (2026), com base nos dados da Agência Estadual de Vigilância em Saúde de Rondônia (AGEVISA/RO).

Outro aspecto observado foi que os hospitais da capital concentraram a maior parte das notificações (72% do total), mantendo um percentual de pendências semelhante à média estadual. Em contrapartida, notificações vinculadas aos Núcleos de Segurança do Paciente apresentaram elevada proporção de processos pendentes, indicando a necessidade de fortalecimento das estratégias de monitoramento, acompanhamento e encerramento dos eventos adversos. Também foi identificado que incidentes sem danos permaneceram mais tempo em aberto, sugerindo menor prioridade no fluxo de análise por falta dos planos de ação.

A experiência evidenciou que o monitoramento sistemático realizado pela Agência Estadual de Vigilância em Saúde de Rondônia contribui para identificar gargalos, orientar tecnicamente os serviços de saúde e estimular a adoção de ferramentas de gestão da qualidade, como análise de causa raiz, elaboração de planos de ação e acompanhamento de indicadores de segurança do paciente.

3 DISCUSSÃO

A experiência evidencia que a efetividade dos Núcleos de Segurança do Paciente não decorre apenas de sua implantação formal, mas, sobretudo, da capacidade institucional de converter as notificações de eventos adversos em ações concretas de melhoria. A notificação, isoladamente, é apenas o primeiro elo de uma cadeia que só se completa quando o evento adverso é analisado, compreendido em suas causas e, principalmente, corrigido de forma sustentável.

Nesse sentido, a elaboração de planos de ação constitui etapa indispensável do gerenciamento de riscos, pois é por meio dela que a instituição formaliza o compromisso com a mudança: identifica responsáveis, define prazos, estabelece indicadores de acompanhamento e evidencia, de maneira documentada, que o incidente gerou aprendizado organizacional. Quando esse ciclo se completa, é possível reduzir a recorrência de incidentes e qualificar os processos assistenciais (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2020).

No contexto do Estado de Rondônia, esse desafio ganha contornos ainda mais complexos. As dimensões territoriais do estado, a dispersão geográfica dos serviços de saúde e

as desigualdades estruturais entre unidades de diferentes portes e regiões, hospitais de referência na capital convivendo com unidades de menor complexidade no interior, dificultam a padronização das práticas de gestão de risco. A isso se soma a necessidade de qualificação permanente das equipes, muitas vezes rotativas ou com formação insuficiente em ferramentas de qualidade, o que compromete tanto a elaboração quanto a execução dos planos de ação.

Diante desse cenário, o monitoramento exercido pela vigilância sanitária se consolida como instrumento essencial de apoio à gestão, capaz não apenas de acompanhar indicadores de forma passiva, mas de atuar ativamente na indução de melhorias na qualidade assistencial. Trata-se de um papel que ultrapassa a mera fiscalização, a Agência Estadual de Vigilância em Saúde de Rondônia, ao identificar gargalos recorrentes, como o elevado percentual de processos pendentes e a baixa formalização de planos de ação, pode orientar tecnicamente os serviços, propor estratégias de busca ativa e, sobretudo, induzir a adoção de instrumentos padronizados de gestão da qualidade em todo o estado.

A padronização de um instrumento único de avaliação da qualidade e elaboração dos planos de ação, tornando o monitoramento mais equânime e menos dependente das particularidades de cada serviço, contribuindo para que os Núcleos de Segurança do Paciente amadureçam institucionalmente e passem a atuar como verdadeiros protagonistas da melhoria contínua da assistência prestada à população da Amazônia Ocidental (PIRES; GALVÃO, 2024).

Por se tratar de um relato de experiência fundamentado na análise de boletins estaduais de segurança do paciente e de dados agregados provenientes do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, sem acesso a informações identificáveis de pacientes ou intervenção em seres humanos, foram preservados o anonimato e a confidencialidade das informações. Dessa forma, não houve necessidade de submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa, conforme a regulamentação vigente.

4 CONCLUSÃO

O monitoramento desenvolvido pela Agência Estadual de Vigilância em Saúde de Rondônia evidenciou que a implementação e a comprovação dos planos de ação constituem um dos principais desafios para os Núcleos de Segurança do Paciente no estado. Embora o processo de notificação esteja consolidado, persistem fragilidades na conclusão das análises e na formalização das medidas corretivas. A atuação sistemática da vigilância sanitária fortalece a gestão de riscos, subsidia ações de educação permanente e contribui para a consolidação da cultura de segurança do paciente nos serviços de saúde da Amazônia Ocidental.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). **Cadernos da série "Segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde".** Brasília: Anvisa, 2017. Disponível em: https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/manuais/cadernos-da-serie-seguranca-do-paciente-e-qualidade-em-servicos-de-saude-2017. Acesso em: 31 jul. 2026.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). **Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências**. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 26 jul. 2013. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.pdf. Acesso em: 31 jul. 2026.

INSTITUTO DE SAÚDE E GESTÃO HOSPITALAR (ISGH). **Manual política de segurança do paciente.** Fortaleza: ISGH, 2017. Disponível em: https://isgh.org.br/intranet/images/Servicos/Manuais/2017/ISGH_PLANO_DE_SEGURANCA_DO_PACIENTE_070417.pdf.

PIRES, Maiza de Oliveira Abreu; GALVÃO, Edna Ferreira Coelho. **Guia prático para docentes de enfermagem sobre ensino da segurança do paciente.** Belém: Neurus, 2024. 74 p. ISBN 978-65-544-6187-0. Disponível em: https://educapes.capes.gov.br/bitstream/capes/984028/2/GUIA%20PR%C3%81TICO%20-%20SEGURAN%C3%87A%20DO%20PACIENTE%20%2806.09.24%29.pdf. Acesso em: 31 jul. 2026.

RONDÔNIA (Estado). **Plano estadual de segurança do paciente – 2026.** Porto Velho: Governo do Estado de Rondônia, 2026. Disponível em: https://rondonia.ro.gov.br/publicacao/plano-estadual-de-seguranca-do-paciente-2026/. Acesso em: 31 jul. 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global patient safety action plan 2021-2030: towards eliminating avoidable harm in health care.** Geneva: WHO, 2021. Disponível em: https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety/policy/global-patient-safety-action-plan. Acesso em: 28 jul. 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Patient safety incident reporting and learning systems: technical report and guidance.** Geneva: WHO, 2020. Disponível em: https://www.who.int/publications/i/item/9789240010338. Acesso em: 28 jul. 2026.

O DIREITO DO RECÉM-NASCIDO AO TESTE DO PEZINHO: A ATUAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NA GESTÃO DA TRIAGEM NEONATAL EM BOA VISTA-RR

SÔNIA MARIA DE SOUZA MACHADO SILVA

RESUMO

A garantia do direito à saúde desde o nascimento constitui um dos fundamentos da proteção integral à criança assegurada pela legislação brasileira. Nesse contexto, o Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN), conhecido como Teste do Pezinho, destaca-se como uma política pública essencial para o diagnóstico precoce de doenças congênitas e hereditárias, possibilitando tratamento oportuno e redução de agravos à saúde infantil. Este estudo teve como objetivo analisar o acesso dos recém-nascidos de Boa Vista-RR ao Teste do Pezinho, enfatizando a contribuição do Serviço Social na gestão da política pública de saúde da criança. A pesquisa possui abordagem qualitativa, caráter descritivo e fundamentação em revisão bibliográfica, análise documental e pesquisa de campo realizada durante estágio supervisionado no Núcleo de Ações Programáticas da Saúde da Criança da Secretaria Estadual de Saúde de Roraima. Participaram do estudo profissionais gestores e técnicos responsáveis pela realização do exame nas Unidades Básicas de Saúde do município, além da coordenação estadual do Programa de Triagem Neonatal.

Os resultados evidenciaram que, embora os profissionais reconheçam a relevância do Teste do Pezinho, permanecem desafios relacionados à qualificação das equipes, articulação entre os níveis de gestão, educação permanente e ampliação da cobertura do programa. Identificou-se que o assistente social desempenha papel estratégico na gestão da política, atuando no planejamento, monitoramento, articulação institucional, educação em saúde e defesa dos direitos da criança.

Conclui-se que a efetivação universal da Triagem Neonatal depende do fortalecimento da rede de atenção à saúde, da capacitação permanente dos profissionais e da atuação integrada entre gestores, trabalhadores e comunidade. Nesse processo, o Serviço Social contribui para transformar uma política legalmente instituída em um direito efetivamente acessível às crianças e suas famílias.

Palavras-chave: Triagem Neonatal; Serviço Social; Saúde da Criança.

1 INTRODUÇÃO

A saúde da criança constitui direito fundamental assegurado pela Constituição Federal de 1988, pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e pelos princípios que orientam o Sistema Único de Saúde (SUS). Esses marcos legais consolidaram a compreensão da criança como sujeito de direitos, estabelecendo ao Estado, à família e à sociedade a responsabilidade pela garantia de condições adequadas ao desenvolvimento integral desde os primeiros momentos de vida.

Nesse cenário, a Triagem Neonatal, popularmente conhecida como Teste do Pezinho, representa uma das principais estratégias de prevenção em saúde infantil, pois permite

DOI: 10.51161/iv-conasus/86975

identificar precocemente doenças metabólicas, genéticas e hereditárias que podem comprometer o desenvolvimento da criança. A realização do exame nos primeiros dias de vida possibilita intervenção imediata, reduzindo riscos de sequelas permanentes e contribuindo para melhoria da qualidade de vida dos recém-nascidos.

Instituído pela Portaria GM/MS nº 822/2001, o Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN) estruturou uma rede de atenção voltada não apenas à coleta do exame, mas também à confirmação diagnóstica, tratamento e acompanhamento dos casos identificados. Dessa forma, a política representa uma ação integrada de cuidado, prevenção e garantia de direitos.

Entretanto, a efetivação dessa política depende de fatores que ultrapassam a existência da legislação, envolvendo organização dos serviços, capacitação profissional, articulação entre gestores e participação das famílias. Nesse processo, destaca-se a atuação do assistente social, profissional comprometido com a defesa dos direitos sociais e inserido estrategicamente na gestão das políticas públicas de saúde.

No campo da saúde, o Serviço Social desenvolve ações relacionadas ao planejamento, educação em saúde, orientação aos usuários, articulação intersetorial e fortalecimento do acesso às políticas públicas. Na Triagem Neonatal, sua atuação contribui para ampliar informações, reduzir barreiras sociais e assegurar que as famílias compreendam a importância do diagnóstico precoce.

No Estado de Roraima, o Programa Estadual de Triagem Neonatal apresenta relevância diante das especificidades sociais e territoriais da região. Apesar dos avanços alcançados, permanecem desafios relacionados à cobertura do exame, integração dos serviços, qualificação das equipes e fortalecimento das estratégias educativas.

Diante dessa realidade, este estudo tem como objetivo analisar o direito dos recém-nascidos de Boa Vista-RR ao Teste do Pezinho, destacando a atuação do Serviço Social na gestão do Programa de Triagem Neonatal e identificando os desafios para a efetivação dessa política pública.

2 MATERIAIS E MÉTODOS

A pesquisa caracteriza-se como qualitativa, descritiva e exploratória, fundamentada em revisão bibliográfica, análise documental e pesquisa de campo. O estudo buscou compreender a efetivação do direito dos recém-nascidos ao Teste do Pezinho, considerando os aspectos institucionais, profissionais e sociais envolvidos na execução do Programa Nacional de Triagem Neonatal em Boa Vista-RR.

Inicialmente, realizou-se levantamento bibliográfico sobre a construção histórica dos direitos da criança no Brasil, a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), as políticas públicas de atenção à saúde infantil, o Programa Nacional de Triagem Neonatal e as atribuições do assistente social na área da saúde.

A análise documental contemplou legislações e normativas relacionadas à proteção integral da criança, incluindo a Constituição Federal de 1988, o Estatuto da Criança e do Adolescente, a Lei Orgânica da Saúde, portarias do Ministério da Saúde e documentos técnicos do Programa Nacional de Triagem Neonatal.

A pesquisa de campo foi realizada durante estágio supervisionado no Núcleo de Ações Programáticas da Saúde da Criança (NAPSC), vinculado à Secretaria Estadual de Saúde de Roraima, entre março e abril de 2012. Participaram do estudo 17 profissionais, entre gestores e técnicos responsáveis pela realização do exame em 12 Unidades Básicas de Saúde de Boa Vista-RR, além da coordenadora estadual do Programa de Triagem Neonatal.

A coleta de dados ocorreu por meio de questionários estruturados aplicados aos profissionais das unidades de saúde e entrevista semiestruturada com a responsável pela gestão

estadual do programa. As informações foram analisadas qualitativamente, buscando identificar avanços, dificuldades e estratégias necessárias para o fortalecimento da política pública.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 A Triagem Neonatal como garantia do direito à saúde da criança

Os resultados demonstraram que o Teste do Pezinho constitui uma importante conquista no campo das políticas públicas de saúde infantil, pois possibilita o diagnóstico precoce de doenças capazes de comprometer o desenvolvimento da criança. Sua realização representa uma estratégia preventiva fundamental, uma vez que permite iniciar o tratamento antes do aparecimento de manifestações clínicas graves.

A análise evidenciou que a consolidação da Triagem Neonatal está diretamente relacionada ao avanço dos direitos sociais da infância no Brasil. A Constituição Federal de 1988 e o Estatuto da Criança e do Adolescente estabeleceram a doutrina da proteção integral, reconhecendo crianças e adolescentes como sujeitos de direitos e atribuindo prioridade às ações voltadas à saúde e ao desenvolvimento infantil.

Nesse contexto, o Sistema Único de Saúde tornou-se instrumento essencial para garantir o acesso universal às ações preventivas e assistenciais. Entretanto, a pesquisa demonstrou que a existência de uma política pública estruturada não garante automaticamente sua efetividade, sendo necessária uma rede organizada, profissionais qualificados e acompanhamento permanente dos indicadores.

Os dados analisados revelaram redução da cobertura do exame no período estudado. Em Boa Vista-RR, foram realizadas 6.228 coletas no ano de 2010, enquanto em 2011 esse número reduziu para 4.809 exames, representando uma diminuição de 1.419 recém-nascidos atendidos. Essa realidade evidencia a necessidade de fortalecimento das estratégias de monitoramento, planejamento e busca ativa, evitando que crianças deixem de acessar um diagnóstico essencial para sua saúde.

3.2 Desafios na execução do Programa Nacional de Triagem Neonatal

A pesquisa identificou que um dos principais desafios para a efetividade do programa está relacionado à qualificação dos profissionais responsáveis pela realização do exame. Embora os participantes reconheçam a importância do Teste do Pezinho, foram observadas limitações quanto ao conhecimento das doenças investigadas, dos objetivos do programa e das normas que regulamentam sua execução.

Destacou-se que 88,2% dos profissionais entrevistados desconheciam as portarias ministeriais responsáveis pela criação e regulamentação do Programa Nacional de Triagem Neonatal. Esse resultado evidencia a necessidade de fortalecer ações de educação permanente em saúde, considerando que a qualidade da política depende diretamente da preparação técnica das equipes envolvidas.

A educação permanente constitui instrumento fundamental para aprimorar práticas profissionais, ampliar a capacidade de resposta dos serviços e garantir atendimento humanizado e integral. No caso da Triagem Neonatal, profissionais capacitados possuem melhores condições para orientar as famílias, identificar dificuldades de acesso e realizar encaminhamentos adequados.

Outro aspecto identificado foi a necessidade de maior integração entre gestão estadual e municipal. A articulação entre diferentes níveis administrativos é indispensável para garantir fluxo adequado de informações, acompanhamento dos indicadores e identificação dos recém-nascidos que não realizaram o exame no período recomendado.

DOI: 10.51161/iv-conasus/86975

Dessa forma, os resultados indicam que a efetivação do direito ao Teste do Pezinho depende de uma gestão articulada, capaz de unir planejamento, qualificação profissional, participação social e compromisso institucional.

3.3 A atuação estratégica do Serviço Social na gestão da Triagem Neonatal

A pesquisa evidenciou que o assistente social desempenha papel fundamental na organização e fortalecimento do Programa de Triagem Neonatal. Sua atuação ultrapassa o atendimento individualizado, envolvendo planejamento, gestão, educação em saúde, articulação institucional e defesa dos direitos sociais.

No contexto da política de saúde, o Serviço Social atua como mediador entre usuários e instituições, contribuindo para reduzir barreiras de acesso e ampliar a participação das famílias no processo de cuidado. Na Triagem Neonatal, essa intervenção torna-se essencial, pois muitas dificuldades relacionadas à realização do exame estão associadas não apenas a fatores técnicos, mas também a aspectos sociais, econômicos e informacionais.

Entre as ações desenvolvidas pelo assistente social destacam-se o acompanhamento dos indicadores, articulação com os serviços de saúde, orientação às famílias, elaboração de estratégias educativas e fortalecimento da rede de proteção à criança.

A pesquisa demonstra que o profissional de Serviço Social possui contribuição estratégica para transformar uma política pública formalmente instituída em uma prática efetiva de garantia de direitos. Sua atuação está diretamente relacionada aos princípios éticos da profissão, especialmente na defesa da cidadania, equidade e universalização das políticas sociais.

Assim, a presença do assistente social na gestão da Triagem Neonatal reafirma a importância de uma abordagem interdisciplinar na saúde pública, compreendendo que o cuidado integral da criança depende da articulação entre conhecimentos técnicos, compromisso social e garantia dos direitos fundamentais.

4 CONCLUSÃO

O presente estudo possibilitou compreender que o Programa Nacional de Triagem Neonatal, representado pelo Teste do Pezinho, constitui uma política pública essencial para a garantia do direito à saúde dos recém-nascidos, uma vez que possibilita o diagnóstico precoce de doenças congênitas e hereditárias, favorecendo o tratamento oportuno e a redução de agravos que podem comprometer o desenvolvimento infantil.

A pesquisa evidenciou que a construção dos direitos da criança no Brasil representa resultado de importantes avanços sociais e jurídicos, especialmente após a Constituição Federal de 1988, o Estatuto da Criança e do Adolescente e a consolidação do Sistema Único de Saúde. Esses instrumentos fortaleceram a compreensão da criança como sujeito de direitos e estabeleceram a responsabilidade do Estado na promoção de políticas públicas voltadas à proteção integral da infância.

Entretanto, os resultados demonstraram que a existência de uma política pública regulamentada não garante, isoladamente, sua efetivação. A análise realizada identificou desafios relacionados à cobertura do exame, à necessidade de capacitação permanente dos profissionais, à integração entre os níveis de gestão e ao fortalecimento das ações educativas direcionadas às famílias.

A redução do número de exames realizados no período analisado evidencia a necessidade de aprimoramento das estratégias de monitoramento e acompanhamento do programa, considerando que o acesso tardio ou a ausência da Triagem Neonatal pode

comprometer a identificação precoce de doenças e limitar as possibilidades de intervenção adequada.

Outro aspecto relevante refere-se à qualificação das equipes responsáveis pela execução do exame. A pesquisa demonstrou que muitos profissionais reconhecem a importância do Teste do Pezinho, porém apresentam limitações quanto aos conhecimentos técnicos e normativos relacionados ao Programa Nacional de Triagem Neonatal. Dessa forma, torna-se indispensável fortalecer processos de educação permanente em saúde, garantindo maior segurança e qualidade na prestação dos serviços.

Nesse contexto, destaca-se a atuação do assistente social como profissional estratégico na gestão da política pública. Sua contribuição ultrapassa ações administrativas, envolvendo planejamento, articulação institucional, educação em saúde, orientação às famílias, monitoramento das ações e defesa dos direitos sociais. Essa atuação reafirma o compromisso ético-político do Serviço Social com a universalização das políticas públicas e com a garantia da cidadania.

A pesquisa demonstra que a efetividade da Triagem Neonatal depende da construção de uma rede integrada, composta por gestores, profissionais de saúde, famílias e comunidade. A ampliação da cobertura do exame exige investimentos permanentes na qualificação das equipes, fortalecimento da atenção básica, melhoria dos fluxos de atendimento e desenvolvimento de estratégias educativas capazes de alcançar diferentes segmentos sociais.

Portanto, garantir o direito do recém-nascido ao Teste do Pezinho significa assegurar não apenas a realização de um exame, mas a concretização de uma política de cuidado integral, preventiva e humanizada. O fortalecimento dessa política representa investimento na qualidade de vida das crianças e no compromisso coletivo com uma sociedade mais justa e inclusiva.

Por fim, conclui-se que o Serviço Social ocupa posição fundamental na consolidação da Triagem Neonatal enquanto direito social, contribuindo para aproximar políticas públicas e população, reduzir desigualdades de acesso e fortalecer a proteção integral da criança prevista na legislação brasileira.

REFERÊNCIAS

ABEPSS. Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social. **Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais**. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Brasília, DF: Presidência da República, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. v. 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. v. 2.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de normas técnicas e rotinas operacionais do Programa Nacional de Triagem Neonatal**. 2. ed. ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Triagem Neonatal**. Brasília: Ministério da Saúde.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da criança: acompanhamento e desenvolvimento infantil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009. (Série A. Normas e Manuais Técnicos; Cadernos de Atenção Básica, n. 23).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Criança: material informativo**. Sistema Único de Saúde – SUS 20 anos. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Sistema Único de Saúde. **Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS**. Brasília: CONASS, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Coordenação-Geral de Sangue e Hemoderivados: gráficos de indicadores – linha de base – Programa de Triagem Neonatal 2004 a 2011**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BURIOLA, Marta Alice Feiten. **Supervisão em Serviço Social: o supervisor, sua relação e seus papéis**. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2010.

BRAVO, Maria Inês de Souza et al. **Serviço Social e Saúde**. 4. ed. São Paulo: Cortez; Brasília, DF: OPAS/OMS/Ministério da Saúde, 2009.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Gestão pública na saúde: o potencial dos conselhos**. In: BRAVO, Maria Inês Souza; PEREIRA, Potyara Amazoneida (orgs.). *Política Social e Democracia*. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2001.

COSTA, Roberta. **Políticas públicas de saúde ao recém-nascido no Brasil: reflexos para a assistência neonatal**. Revista Eletrônica, ISSN 2176-7475, 2010.

CFESS. Conselho Federal de Serviço Social. **Parâmetros para atuação de assistentes sociais na saúde**. Brasília: CFESS, 2009.

CRESS. Conselho Regional de Serviço Social. **Coletânea de leis**. 15ª Região Amazonas/Roraima. Manaus: Editora Valer, 2009.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 20. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

MONTAÑO, Carlos. **A natureza do Serviço Social: um ensaio sobre sua gênese, a "especificidade" e sua reprodução**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2009.

RAMOS, Deriscléia Rodrigues. **A seguridade social: caminhos percorridos e a desbravar**. Mestrado em Serviço Social/UFRN.

RORAIMA. Governo do Estado. **Regimento Interno da Secretaria de Estado da Saúde**. Boa Vista: SESAU/RR, 2009.

SEVERINO, Antônio Joaquim. **Metodologia do trabalho científico**. 23. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

SILVA, Chris Giselle Pegas Pereira. **Código Mello Mattos: um olhar sobre a assistência e a proteção aos "menores"**. 2007.

TEMPORALIS. **O ensino do trabalho profissional: desafio para a afirmação das diretrizes e do projeto ético-político**. Revista da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social – ABEPSS. Brasília, DF, 2004.

UNICEF. **Recursos sobre direitos da criança e políticas de proteção infantil**. Disponível em: www.unicef.org/brasil. Acesso em: 22 ago. 2012.

WIKIPÉDIA. **Proletariado**. Disponível em: pt.wikipedia.org/wiki/Proletariado. Acesso em: 22 ago. 2012.

DOI: 10.51161/iv-conasus/86975

O CLIMA MUDOU E A VIGILÂNCIA TAMBÉM PRECISA MUDAR: OS DESAFIOS DAS ARBOVIROSES PARA O SUS SOB A PERSPECTIVA DA SAÚDE ÚNICA

MARIANA CHAVES DA CRUZ; PRISCILLA BRAGA ANTUNES BEDOR

RESUMO

As arboviroses frequentemente são percebidas como doenças já conhecidas e amplamente controladas. Entretanto, o aumento expressivo de casos registrados nos últimos anos demonstra que elas permanecem entre os principais desafios para a saúde pública brasileira e tendem a se intensificar diante das mudanças climáticas. O aumento das temperaturas, as alterações nos regimes de precipitação, eventos climáticos extremos, como os associados ao El Niño, e a urbanização desordenada modificam a dinâmica de transmissão, favorecendo a expansão geográfica e temporal do *Aedes aegypti* e ampliando o risco de surtos de dengue, zika e chikungunya. Nesse contexto, este estudo teve como objetivo discutir os impactos das mudanças climáticas sobre as arboviroses e analisar como o fortalecimento da Vigilância em Saúde, sob a perspectiva da Saúde Única, pode contribuir para o enfrentamento desse cenário no Sistema Único de Saúde (SUS). Trata-se de uma revisão bibliográfica, baseada na análise de estudos nacionais e internacionais sobre fatores climáticos, determinantes socioambientais, comportamento do vetor e estratégias inovadoras de vigilância. Os resultados evidenciam que o enfrentamento das arboviroses exige abordagens que ultrapassem o controle vetorial convencional, incorporando tecnologias como drones, geoprocessamento, sistemas inteligentes baseados em dados climáticos, aplicativos para vigilância participativa e armadilhas de monitoramento de baixo custo, incluindo modelos confeccionados com garrafas PET. As evidências também reforçam que a efetividade dessas estratégias depende da integração entre vigilância epidemiológica, vigilância ambiental, atenção primária, gestão pública e participação comunitária, conforme os princípios da Saúde Única. Conclui-se que o fortalecimento de uma Vigilância em Saúde integrada, preditiva e inovadora é essencial para ampliar a capacidade de resposta do SUS frente a um cenário em constante transformação, no qual as arboviroses deixaram de ser apenas um desafio do passado para se consolidarem como uma preocupação do presente e do futuro.

Palavras-chave: Aedes aegypti; Controle vetorial; Inovação tecnológica

1 INTRODUÇÃO

As mudanças climáticas têm alterado significativamente a dinâmica das doenças transmitidas por vetores, tornando-se um importante desafio para a saúde pública mundial. O aumento da temperatura média, as alterações nos regimes de precipitação e a maior frequência de eventos climáticos extremos, como o El Niño, favorecem condições ambientais que influenciam o desenvolvimento, a sobrevivência e a dispersão do *Aedes aegypti*, contribuindo para a expansão das arboviroses em diferentes regiões do Brasil (Heath *et al*., 2025; Pirani *et al*., 2024).

Nos últimos anos, o Brasil registrou sucessivas epidemias de arboviroses, evidenciando que as estratégias convencionais de controle vetorial, quando empregadas de forma isolada,

DOI: 10.51161/iv-conasus/87031

são insuficientes para responder aos desafios impostos pelas mudanças ambientais (Gurgel-Gonçalves *et al*., 2024). Nesse contexto, a abordagem da Saúde Única destaca a necessidade de integrar saúde humana, saúde ambiental e participação social, fortalecendo a Vigilância em Saúde por meio de ações intersetoriais e da incorporação de tecnologias inovadoras, como sistemas inteligentes de previsão, geoprocessamento, drones e ferramentas de monitoramento vetorial (Fite *et al.*, 2024; Lima *et al.*, 2025; Gomes; Jesus; Quaresma, 2023).

Diante desse cenário, este estudo tem como objetivo discutir os impactos das mudanças climáticas na expansão das arboviroses e analisar como a perspectiva da Saúde Única, associada ao fortalecimento da Vigilância em Saúde e ao uso de tecnologias inovadoras, pode contribuir para aprimorar as estratégias de prevenção, monitoramento e controle dessas doenças no Sistema Único de Saúde.

2 MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo de revisão bibliográfica, de caráter descritivo e abordagem qualitativa, desenvolvido com o objetivo de reunir e analisar evidências científicas acerca dos impactos das mudanças climáticas na expansão das arboviroses e das estratégias de fortalecimento da Vigilância em Saúde sob a perspectiva da Saúde Única.

A busca bibliográfica foi realizada nas bases de dados PubMed**,** complementada por documentos institucionais e publicações técnico-científicas de reconhecida relevância para o tema, incluindo materiais da Fundação Carlos Chagas Filho de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro (FAPERJ). Foram selecionados artigos publicados, prioritariamente, nos últimos 10 anos (2016 a 2026), em português e inglês, que abordassem a relação entre mudanças climáticas, fatores socioambientais, dinâmica do *Aedes aegypti*, arboviroses, Vigilância em Saúde, Saúde Única e tecnologias aplicadas ao monitoramento, prevenção e controle vetorial. Para a estratégia de busca, foram utilizados, de forma isolada e combinada, os seguintes termos: "climate change", "Aedes aegypti", "arboviruses", "dengue", "zika", "chikungunya", "One Health", "Health Surveillance", "vector surveillance", "vector control", "mosquito traps", "smart traps", "drones", "geoprocessing", "artificial intelligence", "mobile health", "climate data" e "early warning systems".

Foram incluídos estudos originais, revisões sistemáticas, revisões narrativas e documentos técnico-científicos que apresentassem informações relacionadas ao objetivo da pesquisa. Excluíram-se publicações duplicadas, estudos que não apresentavam relação direta com a temática proposta e trabalhos com informações insuficientes para subsidiar a discussão.

Após a seleção, os estudos foram submetidos à leitura integral e à análise qualitativa, sendo as informações organizadas em categorias temáticas referentes aos impactos das mudanças climáticas na transmissão das arboviroses, aos determinantes ambientais e socioecológicos envolvidos na expansão do vetor, às estratégias de Vigilância em Saúde fundamentadas na abordagem da Saúde Única e às tecnologias voltadas ao monitoramento e controle do *Aedes aegypti*. A síntese das evidências permitiu discutir os principais desafios e perspectivas para o fortalecimento das ações de prevenção e controle dessas doenças no âmbito do Sistema Único de Saúde.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Falar sobre dengue e outras arboviroses pode transmitir a falsa percepção de que se trata de um problema já conhecido e amplamente controlado. Entretanto, a realidade epidemiológica demonstra o oposto: as arboviroses permanecem como um dos principais desafios para a saúde pública brasileira e tendem a assumir uma importância ainda maior diante das alterações ambientais provocadas pelas mudanças climáticas. O aumento expressivo dos casos registrados nos últimos anos, associado à expansão territorial do *Aedes aegypti*, evidencia que essas doenças não representam apenas um problema histórico, mas

constituem uma ameaça presente e uma possível preocupação futura para o Sistema Único de Saúde (SUS) (Gurgel-Gonçalves *et al.*, 2024). A análise da literatura evidencia que a expansão das arboviroses resulta de uma cadeia de eventos interligados. As mudanças climáticas alteram as condições ambientais por meio do aumento das temperaturas, das mudanças nos regimes de precipitação e da maior frequência de eventos extremos, como o El Niño, favorecendo a sobrevivência, reprodução e dispersão do *Aedes aegypti*. Associadas à urbanização desordenada e às vulnerabilidades socioambientais, essas alterações ampliam as áreas de risco e intensificam a transmissão de dengue, zika e chikungunya (Heath *et al*., 2025; Pirani *et al*., 2024; Teixeira *et al*., 2025).

Além das condições ambientais, a elevada capacidade adaptativa do *Aedes aegypti* contribui para sua permanência em diferentes contextos urbanos, favorecendo a colonização de novos territórios e dificultando seu controle (Vinauger *et al*., 2024). Os estudos demonstram que esse processo não ocorre de forma isolada, mas como resultado da interação entre clima, ambiente, vetor e sociedade, exigindo que a Vigilância em Saúde evolua de um modelo predominantemente reativo para uma atuação integrada, preventiva e baseada na perspectiva da Saúde Única. Essa relação é sintetizada na Figura 1.

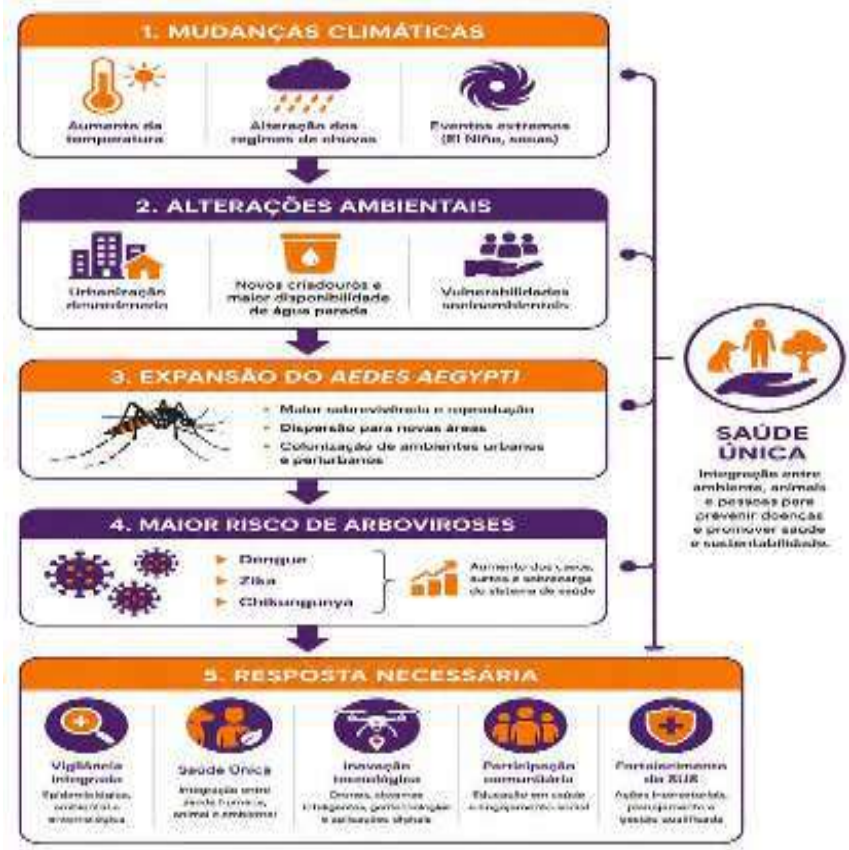


Figura 1 – Relação entre mudanças climáticas, expansão do *Aedes aegypti* e fortalecimento da Vigilância em Saúde sob a perspectiva da Saúde Única.
Fonte:Adaptado de: Heath *et al*., (2025), Pirani *et al*. (2024), Teixeira *et al*. (2025).

Nesse contexto, a Saúde Única surge como uma estratégia essencial para compreender que a transmissão das arboviroses não depende exclusivamente da presença do vetor, mas da interação entre ambiente, condições sociais, comportamento humano e políticas públicas. Segundo Teixeira et al. (2025), os determinantes climáticos e socioecológicos devem ser analisados de forma integrada para compreender a dinâmica do *Aedes spp.* e desenvolver estratégias de controle mais efetivas, como ilustrado na figura 2.

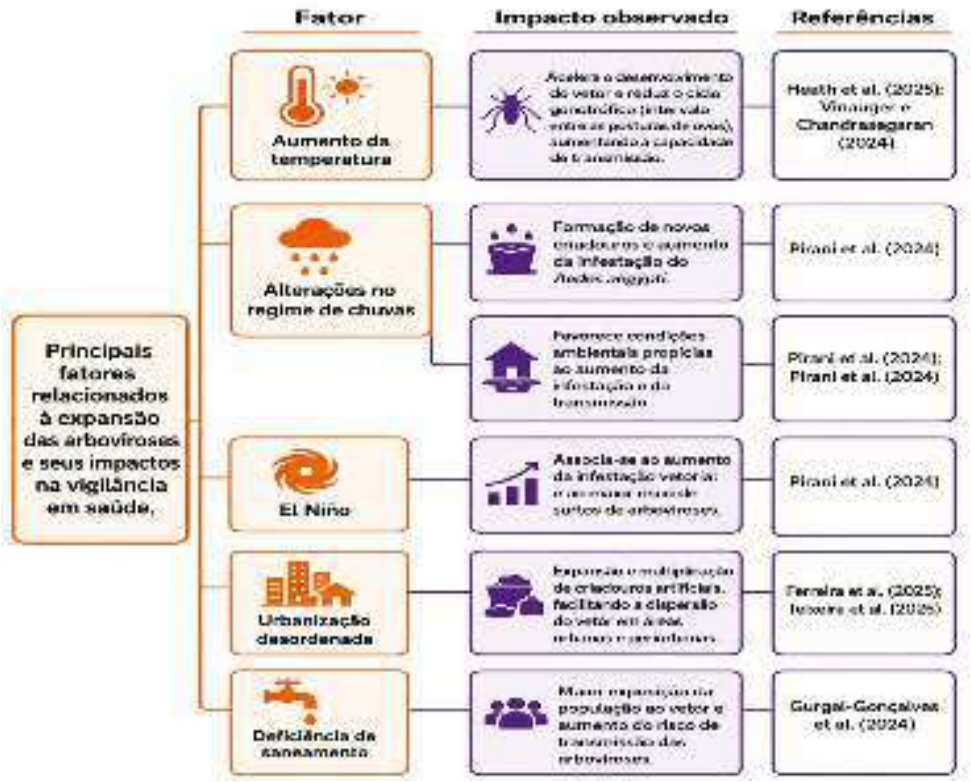


Figura 2 – Determinantes ambientais associados à expansão das arboviroses e seus impactos na Vigilância em Saúde.
Fonte: Elaborado pelos autores com base em: Heath *et al*., (2025); Pirani *et al*. (2024); Ferreira *et al*. (2025); Teixeira *et al*. (2025); Gurgel-Gonçalves *et al*., (2024).

Entre os estudos analisados, um dos achados mais relevantes é que o fortalecimento da Vigilância em Saúde não depende exclusivamente da incorporação de tecnologias de alta complexidade. Soluções simples, acessíveis e de baixo custo também demonstram elevado potencial para ampliar o monitoramento vetorial quando associadas à participação comunitária e à educação em saúde (Fite *et al*., 2024; Teixeira *et al*., 2025; Gurgel-Gonçalves *et al*., 2024).

Nesse contexto, destacam-se as armadilhas para monitoramento do *Aedes aegypti*, que representam uma estratégia de baixo custo, fácil implementação e elevada aplicabilidade em ações de vigilância. Modelos confeccionados com garrafas PET demonstram que materiais simples podem ser utilizados tanto para o monitoramento do vetor quanto para atividades de educação em saúde, estimulando o envolvimento da comunidade na identificação precoce de áreas de risco (Cabral *et al*., 2016). Da mesma forma, armadilhas desenvolvidas para fins científicos permitem ampliar a vigilância entomológica e fornecer informações que subsidiam ações mais direcionadas de controle (Li *et al*., 2016; Vitry *et al*., 2025).

Paralelamente às soluções comunitárias, armadilhas mais sofisticadas vêm sendo desenvolvidas para ampliar a capacidade de monitoramento entomológico. Li *et al*. (2016) demonstraram a importância de ferramentas de captura e vigilância para acompanhamento das populações de mosquitos, enquanto Vitry *et al*., (2025) destacam o potencial de métodos inovadores de monitoramento como suporte às estratégias de controle vetorial.

Essa combinação entre tecnologias acessíveis e ferramentas avançadas representa um dos principais caminhos para a modernização da Vigilância em Saúde. Enquanto armadilhas comunitárias permitem ampliar a cobertura territorial e estimular a participação social, drones, inteligência artificial e sistemas baseados em dados climáticos possibilitam uma atuação mais

preditiva e direcionada.

Além das armadilhas, a literatura destaca outras tecnologias capazes de fortalecer a Vigilância em Saúde por meio da antecipação de riscos, do monitoramento contínuo e da identificação mais rápida de áreas vulneráveis. As principais ferramentas identificadas nesta revisão estão sintetizadas na Figura 3.

Figura 3 – Tecnologias aplicadas ao monitoramento e controle integrado do *Aedes aegypti*. Fonte: Elaborado pelos autores com base em: Li *et al*. (2016), Vitry *et al*. (2025), Lima *et al*. (2025) e Lima *et al*. (2024).

Entre as tecnologias identificadas destacam-se os drones para inspeção de áreas de difícil acesso, sistemas inteligentes capazes de integrar dados climáticos à previsão de surtos, aplicativos voltados à vigilância participativa e ferramentas de geoprocessamento para identificação de áreas prioritárias (Lima *et al*., 2025; Lima *et al*., 2024; Herbuela *et al*., 2020). Mais do que substituir as estratégias tradicionais, essas ferramentas ampliam a capacidade de antecipação da Vigilância em Saúde e reforçam a necessidade de integração entre ciência, tecnologia e participação social, princípio fundamental da Saúde Única.

Quadro 1 – Tecnologias e estratégias integradas para o fortalecimento da vigilância do *Aedes aegypti*.

ESTRATÉGIA	APLICAÇÃO	PRINCIPAL BENEFÍCIO
Drones	Inspeção de áreas de difícil acesso.	Rapidez e redução do tempo de inspeção.
Sistemas inteligentes	Predição de surtos utilizando dados climáticos.	Vigilância preditiva.
Geoprocessamento	Mapeamento de áreas de risco.	Priorização das ações de controle.
Aplicativos móveis	Notificação e educação em saúde.	Participação da população.
Armadilhas inteligentes	Monitoramento da população de mosquitos.	Vigilância contínua.
Armadilhas confeccionadas com garrafas PET	Captura e monitoramento de vetores com baixo custo.	Redução de custos.
Educação ambiental e participação comunitária	Participação da população nas ações de prevenção e controle.	Vigilância contínua.
Estratégias integradas	Priorização das ações de controle.	Priorização das ações de controle.

Fonte: Elaborado pelos autores com base em: Li *et al.* (2016); Vitry *et al* (2025); Lima *et al.* (2025); Lima *et al*. (2024); Fite *et al.* (2024); Herbuela *et al*. (2020).

4 CONCLUSÃO

A presente revisão evidenciou que as arboviroses permanecem como um desafio atual e crescente para o SUS, especialmente diante dos impactos das mudanças climáticas sobre as dinâmica do *Aedes aegypti*. Os estudos analisados demonstram que o controle dessas doenças exige estratégias integradas, capazes de unir vigilância ambiental, participação comunitária e inovação tecnológica sob a perspectiva da Saúde Única.

Embora ferramentas como armadilhas de monitoramento, drones, sistemas inteligentes e aplicativos apresentem grande potencial para ampliar a capacidade de resposta, sua efetividade depende da integração com políticas públicas contínuas e ações intersetoriais. Como limitação, destaca-se o caráter bibliográfico do estudo, que não permite avaliar diretamente a aplicação dessas estratégias em diferentes territórios.

Dessa forma, torna-se essencial fortalecer uma Vigilância em Saúde mais preditiva, participativa e adaptada aos novos cenários ambientais**.** O combate às arboviroses não pertence apenas ao passado: diante de um clima em transformação, prevenir hoje significa, diante de um clima em constante transformação, fortalecer uma Vigilância em Saúde integrada, preditiva e baseada na Saúde Única. Afinal, se o clima mudou, a vigilância também precisa mudar.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, F. A.; BUENO, M. J. C.; SANTOS, W. S. **Como a utilização de drones poderá contribuir na diminuição de focos de mosquitos da dengue.** *Revista Fatec Zona Leste*, São Paulo, 2024. Disponível em: https://revista.fateczl.edu.br/index.php/engetec_revista/article/view/366.

FERREIRA, D. A. C.; FREITAS, L. P.; LOWE, R.; SOUZA, G. D.; FUJIWARA, R. T.; LANA, R. M. **Introduction, establishment and distribution of *Aedes aegypti* and dengue in a temperate-climate capital of Brazil: a surveillance-based retrospective study.** 2025. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40620879/.

FITE, J.; BALDET, T.; LUDWIG, A.; MANGUIN, S.; SAEGERMAN, C.; SIMARD, F.; QUÉNEL, P. **A One Health approach for integrated vector management monitoring and evaluation.** *One Health*, 2024. Disponível em:

https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11732561/.

GOMES, H.; JESUS, A. G.; QUARESMA, J. A. S. **Identification of risk areas for *Aedes aegypti*-borne arboviruses in Northern Brazil: a One Health analysis.** *Frontiers in Public Health*, 2023. Disponível em: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9945760/.

GURGEL-GONÇALVES, R.; OLIVEIRA, W. K.; CRODA, J. **The largest dengue epidemic in Brazil: surveillance, prevention and control.** *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, 2024. Disponível em: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11415067/.

HEATH, K.; ALVES, L. M.; BONSALL, M. B. **Climate change, urbanisation and transmission potential: projections of *Aedes aegypti* mosquito predict future arbovirus outbreaks in Brazil.** 2025. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40966207/.

HERBUELA, V. R. D. M.; KARITA, T.; FRANCISCO, M. E.; WATANABE, K. **An integrated mobile health application for dengue case notification and mapping, health communication, and behavior modification: development and evaluation of Mozzify.** *BMC Medical Informatics and Decision Making*, v. 20, 2020. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31913128/.

LI, Y.; SU, X.; ZHOU, G.; ZHANG, H.; PUTHIYAKUNNON, S.; SHUAI, S.; CAI, S.; GU, J.; ZHOU, X.; YAN, G.; CHEN, X. G. **Field evaluation of mosquito traps for surveillance and control of *Aedes aegypti*.** 2016. Disponível em: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4983048/.

LIMA, C. L.; SANCHO, K. A.; SILVA, A. C. G.; VITAL, R.; SILVA, C. C.; MENDONÇA, M. F. S.; BORGES, F. T.; SIQUEIRA, C. E. G.; SANTOS, W. P. **Harnessing climate data through intelligent systems for predicting arbovirus transmission by *Aedes aegypti*.** 2025. Disponível em: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12840595/.

LIMA, G. A.; COTRIN, R. O.; BELAN, P. A.; ARAÚJO, S. A. **Sistema de Visão Computacional para Identificação Automática de Potenciais Focos do Mosquito *Aedes aegypti* Usando Drones.** *RISTI – Revista Ibérica de Sistemas e Tecnologias de Informação*, 2024. Disponível em: https://scielo.pt/pdf/rist/n43/1646-9895-rist-43-93.pdf.

PIRANI, M.; LORENZ, C.; AZEVEDO, T. S.; BARBOSA, G. L.; BLANGIARDO, M.; CHIARAVALLOTI-NETO, F. **Effects of El Niño–Southern Oscillation and seasonal climatic conditions on *Aedes aegypti* infestation in São Paulo State (Brazil): a Bayesian spatio-temporal study.** 2024. Disponível em: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11392405/.

TEIXEIRA, A. I. P.; ARAÚJO, G. R.; CARDOSO, D. T.; BARBOSA, D. S.; PETTAN-BREWER, C.; NUNES NETO, J. P.; DELAI, R. R.; PIMPÃO, C. T.; CASSEB, L. M. N. **Climatic, socioecological and environmental determinants of *Aedes* spp. dynamics at the community interface: a systematic review with reflections from a One Health perspective.** 2025. Disponível em: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC13331526/.

VINAUGER, C.; CHANDRASEGARAN, K. **Contextual variation in life-history traits and behavior of *Aedes aegypti* mosquitoes.** 2024. Disponível em:

https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11461241/.

VITRY, C.; BROUAZIN, R.; HERBIN, A.; WHITESIDE, M.; BRENGUES, C.; BALDET, T.; LANCELOT, R.; BOUYER, J. **Evaluation of innovative mosquito traps for *Aedes aegypti* surveillance and control.** 2025. Disponível em: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12470308/.

DA NOTIFICAÇÃO À MUDANÇA INSTITUCIONAL: EXPERIÊNCIA DO NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE NA QUALIFICAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM UM HOSPITAL MUNICIPAL

GABRIELLA RODRIGUES SANT ANNA; GABRIELLA RODRIGUES SANT ANNA; DANIELE DE CARVALHO LIMA; JULIANO BARBOZA

Introdução: O Hospital Municipal Prefeito Aurelino Gonçalves Barbosa, localizado no município de Pinheiral (RJ), é um hospital de pequeno porte integrante da rede pública do Sistema Único de Saúde (SUS). Nesse contexto, o Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) desempenha papel estratégico na identificação de riscos, investigação de eventos adversos e implementação de ações voltadas à melhoria contínua da qualidade assistencial. A experiência teve início após a ocorrência de dois eventos adversos consecutivos relacionados ao desenvolvimento de lesão por pressão em pacientes com fratura de fêmur internados enquanto aguardavam transferência para hospital de referência em ortopedia, situação que evidenciou fragilidades no processo assistencial. **Objetivo**: Relatar a experiência do Núcleo de Segurança do Paciente do Hospital Municipal Prefeito Aurelino Gonçalves Barbosa na utilização da investigação de eventos adversos como estratégia para implantação de mudanças institucionais voltadas ao fortalecimento da segurança do paciente. **Relato da experiência**: A investigação realizada pelo NSP identificou ausência de protocolo institucional, falta de padronização das condutas durante a mudança de decúbito, insegurança da equipe e escassez de referências específicas para pacientes com fratura de fêmur aguardando tratamento cirúrgico em hospitais sem serviço de ortopedia. Como resposta, foi elaborado, de forma multiprofissional, um Protocolo Institucional de Prevenção de Lesão por Pressão e um Procedimento Operacional Padrão (POP) para mudança de decúbito. Em seguida, foi desenvolvida ação de Educação Permanente em Saúde com discussão de casos clínicos e simulação prática, envolvendo 74 profissionais. Após a implantação das ações, observou-se aumento do conhecimento e da segurança da equipe, além da ausência de novas notificações de lesão por pressão em pacientes com fratura de fêmur no período de acompanhamento institucional. **Conclusão**: A experiência demonstrou que a investigação de eventos adversos pode transcender o caráter notificatório e constituir uma ferramenta efetiva de gestão da qualidade. A atuação do NSP possibilitou transformar fragilidades identificadas em protocolos, padronização de processos e ações de educação permanente, fortalecendo a cultura de segurança e qualificando a assistência. O método apresenta potencial de replicação em outros hospitais municipais do SUS, especialmente aqueles com características semelhantes.

Palavras-chave: **SEGURANÇA DO PACIENTE; GESTÇAOD E QUALIDADE; EDUCAÇÃO PERMANETE**

DOI: 10.51161/iv-conasus/87055

DA PRESCRIÇÃO AO MEIO AMBIENTE: UMA ABORDAGEM DA RESISTÊNCIA ANTIMICROBIANA SOB A PERSPECTIVA DA SAÚDE ÚNICA E SEUS DESAFIOS PARA A VIGILÂNCIA EM SAÚDE NO SUS

MARIANA CHAVES DA CRUZ; RAYSSA LANNES DA SILVA LOPES; PRISCILLA BRAGA ANTUNES BEDOR

RESUMO

A resistência antimicrobiana (RAM) constitui um dos principais desafios da saúde pública, comprometendo a eficácia dos tratamentos, elevando a morbimortalidade e pressionando os sistemas de saúde, incluindo o Sistema Único de Saúde (SUS). O uso e a prescrição inadequados de antimicrobianos intensificam a pressão seletiva sobre os microrganismos, favorecendo o surgimento e a disseminação de bactérias resistentes e genes de resistência que, após sua excreção, alcançam diferentes compartimentos ambientais. Como os processos convencionais de tratamento de esgoto apresentam eficiência limitada para sua remoção, estes compostos permanecem no ambiente. Atualmente, a RAM é reconhecida como um fenômeno complexo que envolve a interação entre saúde humana, animal e ambiental, conforme a abordagem Saúde Única (One Health). Nesse contexto, este estudo teve como objetivo analisar as evidências científicas sobre a resistência antimicrobiana sob a perspectiva da Saúde Única e discutir suas implicações para o fortalecimento da Vigilância em Saúde no SUS. Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, incluindo artigos publicados entre 2021 e 2025. Foram selecionados estudos que abordaram resistência antimicrobiana, Saúde Única, vigilância integrada, uso racional de antimicrobianos e o papel do ambiente na manutenção e disseminação de bactérias e genes de resistência. Os resultados demonstraram que a circulação de microrganismos resistentes ultrapassa os serviços de saúde e envolve efluentes, corpos hídricos, solos, animais e alimentos, favorecendo a persistência da resistência em diferentes ecossistemas. Conclui-se que o fortalecimento da Vigilância em Saúde no SUS depende da integração entre os setores humano, animal e ambiental, aliada ao uso racional de antimicrobianos, contribuindo para políticas públicas mais efetivas e sustentáveis no enfrentamento da resistência antimicrobiana.

Palavras-chave: Contaminantes emergentes; Intersetorialidade; Resistoma.

1 INTRODUÇÃO

A resistência antimicrobiana (RAM) representa uma das maiores ameaças à saúde pública mundial, comprometendo a eficácia dos tratamentos, aumentando a morbimortalidade e elevando os custos dos sistemas de saúde. O uso inadequado e excessivo de antimicrobianos na medicina humana, medicina veterinária e na produção animal acelera a seleção de microrganismos resistentes, favorecendo a disseminação de genes de resistência em diferentes ecossistemas (Woolhouse, 2024; Ajose *et al.*, 2024).

Evidências recentes demonstram que a resistência antimicrobiana extrapola o ambiente hospitalar, envolvendo a interação entre saúde humana, saúde animal e meio ambiente, conforme os princípios da abordagem Saúde Única (Ajayi *et al.*, 2024; Martak *et al.*, 2024).

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) desempenha papel estratégico na vigilância, prevenção e controle de agravos à saúde. Entretanto, diante da complexidade da

DOI: 10.51161/iv-conasus/87057

resistência antimicrobiana, estratégias baseadas exclusivamente na vigilância clínica e hospitalar mostram-se insuficientes. Estudos recentes indicam que a integração entre vigilância epidemiológica, ambiental, laboratorial e veterinária fortalece a detecção precoce da circulação de genes de resistência e subsidia políticas públicas mais efetivas (Delpy *et al.*, 2024; Knight *et al.*, 2024; Wachino, 2025).

2 MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, de natureza qualitativa e caráter descritivo, desenvolvida para sintetizar evidências sobre a resistência antimicrobiana sob a perspectiva da Saúde Única e suas implicações para a Vigilância em Saúde no SUS.

A busca bibliográfica foi realizada na base de dados PubMed, por ser uma das principais fontes internacionais de literatura científica na área da saúde. Para a estratégia de busca, foram utilizados os termos "antimicrobial resistance", "One Health", "integrated surveillance", "environmental resistance", "antibiotic resistance genes", "wastewater", "environment", "public health surveillance" e "SUS", empregados de forma isolada e em combinação, conforme a temática investigada. Foram incluídos artigos publicados entre 2021 e 2025, disponíveis na íntegra em inglês ou português.

Foram selecionados estudos de revisão e artigos originais que abordassem diretamente a resistência antimicrobiana, a abordagem Saúde Única, a vigilância integrada e a participação do ambiente na manutenção e disseminação de bactérias resistentes e genes de resistência. Foram excluídas publicações duplicadas, estudos sem relação direta com o objetivo da pesquisa e trabalhos que não apresentavam informações suficientes para subsidiar a análise proposta.

A análise dos estudos selecionados permitiu organizar as evidências científicas em cinco eixos temáticos que refletem os principais componentes da resistência antimicrobiana sob a perspectiva da Saúde Única: (I) resistência antimicrobiana como problema global; (II) integração entre saúde humana, saúde animal e saúde ambiental; (III) participação do ambiente na disseminação de bactérias resistentes e genes de resistência; (IV) vigilância integrada baseada na abordagem Saúde Única; e (V) aplicações e desafios para o fortalecimento da Vigilância em Saúde no Sistema Único de Saúde (SUS). Essa organização possibilitou uma análise sequencial da cadeia de disseminação da resistência antimicrobiana, desde a prescrição e o uso dos antimicrobianos até suas implicações ambientais e para a Vigilância em Saúde.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Observou-se em revisões publicadas nos últimos anos o crescente interesse científico pela incorporação da abordagem Saúde Única nas estratégias de enfrentamento da resistência antimicrobiana. Embora os estudos apresentem diferentes delineamentos metodológicos, todos convergem para um aspecto central: a resistência antimicrobiana deixou de ser compreendida como um problema restrito aos ambientes hospitalares e passou a ser reconhecida como um fenômeno ecológico, dinâmico e intersetorial, resultante da interação contínua entre seres humanos, animais e meio ambiente (Woolhouse, 2024; Ajose *et al.*, 2024; Ajayi *et al.*, 2024; Martak *et al.*, 2024).

Outro aspecto recorrente foi o reconhecimento de que estratégias tradicionais de vigilância, fundamentadas exclusivamente em dados clínicos, apresentam limitações para detectar precocemente a circulação de genes de resistência em diferentes compartimentos ambientais. Diversos autores defendem que a integração entre vigilância epidemiológica, ambiental, laboratorial e veterinária amplia significativamente a capacidade de monitoramento e de resposta frente à resistência antimicrobiana (Delpy *et al.*, 2024; Knight *et al.*, 2024; Wachino, 2025).

DOI: 10.51161/iv-conasus/87057

Historicamente, a resistência antimicrobiana (RAM) foi investigada principalmente no ambiente hospitalar, onde o uso intensivo de antimicrobianos favorece a seleção de microrganismos resistentes. Contudo, evidências recentes demonstram que essa abordagem é insuficiente, pois a circulação de bactérias resistentes e genes de resistência extrapola os serviços de saúde e envolve um fluxo contínuo entre seres humanos e meio ambiente (Woolhouse, 2024; Ajose *et al*., 2024).

Estudos realizados no município do Rio de Janeiro identificaram a presença frequente de antimicrobianos, como ciprofloxacina e sulfametoxazol, tanto em águas superficiais quanto em efluentes tratados, evidenciando que os sistemas convencionais de tratamento não promovem sua completa remoção. Esses resultados reforçam o papel dos ambientes aquáticos como reservatórios ambientais da resistência antimicrobiana e destacam a necessidade do monitoramento contínuo desses contaminantes (Sousa-Carmo; Lincopan, 2025).

Os estudos analisados mostram que, após a administração de antimicrobianos, parte desses compostos é excretada na forma inalterada ou como metabólitos ativos, alcançando sistemas de esgotamento sanitário, efluentes hospitalares e resíduos da produção animal. Bactérias resistentes e genes de resistência também são liberados nesses efluentes, contaminando ambientes aquáticos e terrestres, transformando-os em importantes reservatórios da resistência antimicrobiana, como ilustrado na Figura 1. (Fatimazahra *et al.*, 2023; Ji; Zhao, 2023; Punch *et al*., 2025).

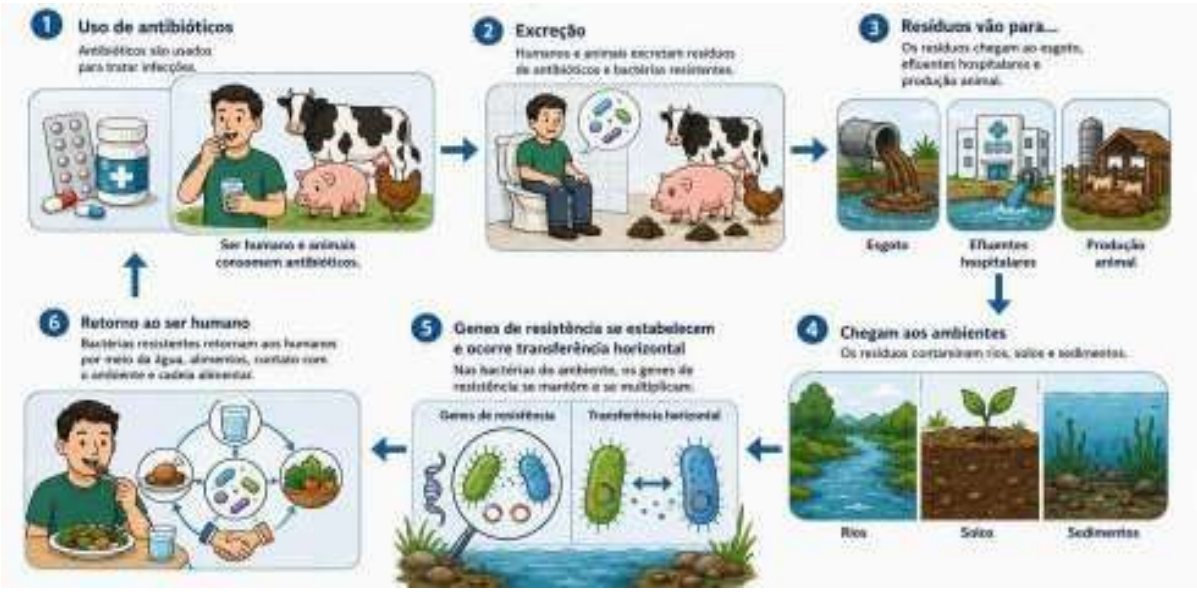


Figura 1. Fluxo de disseminação da resistência antimicrobiana sob a perspectiva da Saúde Única.
Fonte: Adaptado de Woolhouse (2024), Punch *et al*. (2025), Fatimazahra *et al*. (2023), Ji e Zhao (2023), Sousa-Carmo e Lincopan (2025) e Ajayi *et al.* (2024).

Entre os principais mecanismos de disseminação destaca-se a transferência horizontal de genes, pela qual diferentes espécies bacterianas compartilham material genético por meio de plasmídeos, transposons e integrons. Esse processo favorece a rápida disseminação de genes de resistência entre bactérias ambientais e patogênicas, mesmo sem exposição direta aos antimicrobianos, ampliando sua propagação em diferentes ecossistemas (Emadikhiav *et al.*, 2024; Ji; Zhao, 2023; Sousa-Carmo; Lincopan, 2025).

A persistência ambiental dos antimicrobianos está relacionada às suas características físico-químicas, como baixa biodegradabilidade e resistência aos processos convencionais de

degradação. Dessa forma, permanecem por longos períodos em corpos hídricos e solos, exercendo pressão seletiva sobre as comunidades microbianas e favorecendo a manutenção do resistoma ambiental, conjunto de genes de resistência presentes em microrganismos ambientais que atua como importante reservatório para a transferência desses genes entre diferentes espécies bacterianas. Assim, o ambiente deixa de ser apenas um receptor da contaminação e passa a desempenhar papel ativo na manutenção e disseminação da resistência antimicrobiana (Ji; Zhao, 2023; Sousa-Carmo; Lincopan, 2025).

Nesse contexto, a vigilância integrada proposta pela abordagem Saúde Única amplia o escopo tradicional da Vigilância em Saúde ao incorporar dados provenientes da vigilância epidemiológica, ambiental, laboratorial e veterinária. Essa integração possibilita acompanhar a circulação de microrganismos resistentes em diferentes ambientes, identificar rotas de transmissão e subsidiar intervenções mais direcionadas, fortalecendo as ações de prevenção e controle, como ilustrado na Tabela 1 (Oberin *et al.*, 2022; Wachino, 2025).

Tabela 1. Comparação entre os principais modelos de vigilância da resistência antimicrobiana descritos na literatura sob a perspectiva da Saúde Única.

Estudo	Vigilância Humana	Animal	Ambiental	Integração
Delpy	✓	✓	✓	Alta
Knight	✓	✓	✓	Alta
Oberin	✓	✓	◐	Média
Wachino	✓	✓	✓	Alta

✓ Presente ◐ Parcial Alta Integração Média Integração

Fonte: Adaptado de: Delpy *et al*. (2024), Oberin *et al*. (2022), Knight *et al*. (2024) e Wachino (2025).

A comparação dos estudos demonstra que a vigilância integrada complementa os sistemas tradicionais ao incorporar informações ambientais e veterinárias, ampliando a capacidade de monitoramento e subsidiando políticas públicas mais eficazes.

Embora o Brasil possua legislação consolidada para o controle da qualidade dos recursos hídricos e do lançamento de efluentes, ainda existem lacunas quanto ao monitoramento específico de contaminantes emergentes, incluindo resíduos de antimicrobianos. Instrumentos como a Política Nacional do Meio Ambiente (Lei nº 6.938/1981), a Política Nacional de Recursos Hídricos (Lei nº 9.433/1997) e as Resoluções CONAMA nº 357/2005 e nº 430/2011 estabelecem parâmetros para lançamento de efluentes, porém não contemplam limites específicos para resíduos farmacêuticos. Essa limitação evidencia a necessidade de atualização das políticas públicas frente ao avanço da resistência antimicrobiana e à crescente contaminação ambiental (Superbac, 2024; Sousa-Carmo; Lincopan, 2025).

Nesse cenário, a abordagem Saúde Única apresenta potencial para ampliar a capacidade de resposta do SUS, favorecendo a identificação precoce de áreas de risco, o

monitoramento da circulação de genes de resistência e o planejamento de ações preventivas baseadas em evidências científicas. Além disso, a integração entre vigilância epidemiológica, vigilância ambiental, vigilância sanitária e laboratórios de saúde pública pode contribuir para intervenções mais rápidas e efetivas, reduzindo a disseminação de microrganismos resistentes, como ilustrado na Tabela 2 (Jaffer *et al*., 2024; Amirfard *et al*., 2024).

Tabela 2. Principais estratégias para o fortalecimento da Vigilância em Saúde no SUS com base na abordagem Saúde Única

PROBLEMA IDENTIFICADO	ESTRATÉGIA PROPOSTA
Vigilância predominantemente hospitalar	Incorporar monitoramento ambiental
Dados fragmentados	Integração entre saúde, meio ambiente e veterinária
Baixo monitoramento ambiental	Vigilância de rios e efluentes
Uso inadequado de antimicrobianos	Fortalecer programas de stewardship
Pouca integração entre setores	Ampliar ações intersetoriais no SUS

Fonte: Adaptado de: Jaffer *et al*. (2024), Amirfard *et al*. (2024), Shin *et al*. (2023) e Sousa, Lourenço e Gordo (2023).

Em conjunto, as evidências analisadas indicam que a incorporação da abordagem Saúde Única representa uma oportunidade para ampliar a efetividade das ações desenvolvidas pelo Sistema Único de Saúde frente à resistência antimicrobiana. A integração entre vigilância epidemiológica, ambiental, laboratorial e veterinária favorece a antecipação de riscos, a identificação de fontes de disseminação e a elaboração de políticas públicas baseadas em evidências, fortalecendo a capacidade do SUS de prevenir e responder a esse importante desafio de saúde pública.

4 CONCLUSÃO

A resistência antimicrobiana configura-se como um fenômeno complexo e multifatorial, cuja dinâmica ultrapassa os limites dos serviços de saúde e se estabelece na interação contínua entre seres humanos, animais e meio ambiente. As evidências analisadas demonstram que a persistência de antimicrobianos e genes de resistência em efluentes, corpos hídricos e demais compartimentos ambientais transforma o ambiente em um importante reservatório e disseminador da resistência, reforçando a necessidade de superar modelos de vigilância centrados exclusivamente na assistência hospitalar. Nesse contexto, a incorporação efetiva da abordagem Saúde Única representa uma estratégia indispensável para o fortalecimento da Vigilância em Saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da integração entre vigilância epidemiológica, ambiental, laboratorial e veterinária. Além disso, torna-se imprescindível ampliar o monitoramento de contaminantes emergentes, investir em tecnologias mais eficientes para o tratamento de efluentes e aperfeiçoar a legislação ambiental brasileira, de modo a incorporar parâmetros específicos para resíduos farmacêuticos. Mais do que responder a um desafio sanitário contemporâneo, integrar saúde, meio ambiente e

políticas públicas representa um compromisso estratégico para preservar a eficácia dos antimicrobianos, proteger os ecossistemas e assegurar a sustentabilidade das futuras ações de saúde pública. Enfrentar a resistência antimicrobiana exige reconhecer que proteger o meio ambiente também significa proteger a saúde humana. Fortalecer a abordagem Saúde Única deixa de ser apenas uma estratégia técnica e passa a representar uma condição indispensável para garantir a eficácia futura dos antimicrobianos e a sustentabilidade dos sistemas de saúde.

REFERÊNCIAS

AJAYI, A. O.; ODEYEMI, A. T.; AKINJOGUNLA, O. J.; ADEYEYE, A. B.; AYO-AJAYI, I. One Health approach to antimicrobial resistance. 2024. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38371518/.

AJOSE, D. J.; ADEKANMBI, A. O.; KAMARUZZAMAN, N. F.; ATEBA, C. N.; SAEED, S. I. Antimicrobial resistance: mechanisms, transmission and global public health implications. 2024. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39487542/.

AMIRFARD, K. D.; MORIYAMA, M.; SUZUKI, S.; SANO, D. Wastewater surveillance and antimicrobial resistance: environmental perspectives. 2024. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38830804/.

BRASIL**.** Lei nº 6.938, de 31 de agosto de 1981. Dispõe sobre a Política Nacional do Meio Ambiente, seus fins e mecanismos de formulação e aplicação, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: Brasília, DF, 2 set. 1981. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l6938.htm.

BRASIL**.** Lei nº 9.433, de 8 de janeiro de 1997. Institui a Política Nacional de Recursos Hídricos, cria o Sistema Nacional de Gerenciamento de Recursos Hídricos e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: Brasília, DF, 9 jan. 1997. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9433.htm.

BRASIL. Conselho Nacional do Meio Ambiente (CONAMA). Resolução nº 357, de 17 de março de 2005. Dispõe sobre a classificação dos corpos de água e diretrizes ambientais para o seu enquadramento, bem como estabelece as condições e padrões de lançamento de efluentes, e dá outras providências. Brasília, DF: CONAMA, 2005. Disponível em: https://conama.mma.gov.br/?option=com_sisconama&task=arquivo.download&id=450.

BRASIL. Conselho Nacional do Meio Ambiente (CONAMA). Resolução nº 430, de 13 de maio de 2011. Dispõe sobre as condições e padrões de lançamento de efluentes, complementa e altera a Resolução CONAMA nº 357, de 17 de março de 2005. Brasília, DF: CONAMA, 2011. Disponível em: https://conama.mma.gov.br/?option=com_sisconama&task=arquivo.download&id=646.

DELPY, L. et al. Integrated One Health surveillance for antimicrobial resistance. 2024. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38937706/.

.

EMADIKHIAV, A. et al. Environmental dissemination of antimicrobial resistance: challenges and perspectives. 2024. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39154115/.

FATIMAZAHRA, S. et al. Antibiotic resistance genes in aquatic environments. 2023. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36780024/.

JAFFER, Y. D. et al. Environmental dimensions of antimicrobial resistance and public health. 2024. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39426452/.

JI, B.; ZHAO, Y. Occurrence and dissemination of antibiotic resistance genes in aquatic environments. Science of the Total Environment, 2023. Disponível em: https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0048969723060965.

KNIGHT, M. E. et al. Wastewater surveillance for antimicrobial resistance within a One Health framework. 2024. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39018584/.

MARTAK, D.; HENRIOT, C. P.; HOCQUET, D. One Health surveillance of antimicrobial resistance. 2024. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38548016/.

OBERIN, M. et al. Integrated surveillance systems for antimicrobial resistance: a systematic review. 2022. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34983786/.

PUNCH, R. et al. Environmental pathways linking hospitals and antimicrobial resistance dissemination. 2025. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40727444/.

SHIN, H. et al. Environmental antimicrobial resistance and wastewater treatment. 2023. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36655280/.

SOUSA, J. M.; LOURENÇO, M.; GORDO, I. Antimicrobial resistance beyond hospitals: environmental transmission. 2023. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37054673/.

SOUSA-CARMO, R.; LINCOPAN, N. Ocorrência de antimicrobianos em águas superficiais e residuais do município do Rio de Janeiro: uma questão de vulnerabilidade ambiental e de saúde pública. Revista de Saúde Pública, 2025. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/41042695/.

SUPERBAC. Confira as principais leis ambientais brasileiras para o tratamento de efluentes. Disponível em: https://www.superbac.com.br/blog/confira-as-principais-leis-ambientais-brasileiras-para-o-tratamento-de-efluentes/.

WACHINO, J.-I. Integrated surveillance strategies for antimicrobial resistance. 2025. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40370256/.

WOOLHOUSE, M. E. J. Antimicrobial resistance as a global health threat. 2024. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39559453/.

VIGILÂNCIA INTEGRADA E ACOMPANHAMENTO MULTIPROFISSIONAL DE GESTANTE COM FEBRE DO OROPOUCHE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: RELATO DE EXPERIÊNCIA

JÚLIA MARQUES DOS SANTOS

Introdução: A Febre do Oropouche é uma arbovirose emergente que representa desafio para a Atenção Primária à Saúde (APS), especialmente em gestantes, devido às recentes evidências de transmissão vertical e possíveis repercussões fetais. Nesse contexto, a vigilância oportuna, associada ao acompanhamento multiprofissional, é fundamental para o manejo clínico e para a redução de riscos maternos e neonatais. **Objetivo:** Relatar o acompanhamento de uma gestante com diagnóstico confirmado de Febre do Oropouche, destacando a atuação integrada da APS e da Vigilância em Saúde na condução do caso. **Relato de caso:** Gestante de 29 anos iniciou o pré-natal com 10 semanas de gestação e apresentou quadro de febre, mal-estar, coriza, congestão nasal, artralgia, dor retro-orbitária e mialgia na 17ª/18ª semana gestacional. Após exclusão de outras hipóteses diagnósticas, foi realizada coleta de RT-PCR para arboviroses, com resultado detectável para Febre do Oropouche, seguido de notificação imediata e acionamento da Vigilância em Saúde. A investigação incluiu avaliação ambiental pelos Agentes de Vigilância em Saúde e monitoramento compartilhado entre a unidade, vigilância local e municipal. Foi instituído Projeto Terapêutico Singular com encaminhamento ao pré-natal de alto risco, consultas quinzenais, acompanhamento multiprofissional, hemogramas e ultrassonografias mensais, além de visitas semanais da Agente Comunitária de Saúde. Durante o seguimento, foram identificados anemia leve e redução progressiva do percentil fetal, permitindo intervenções oportunas. A gestante realizou 21 consultas de pré-natal, manteve estabilidade clínica e evoluiu para parto vaginal com 39 semanas, sem intercorrências. O recém-nascido apresentou boas condições ao nascimento e RT-PCR para Febre do Oropouche não detectável. **Conclusão:** O caso evidencia a importância da identificação precoce de eventos de interesse em saúde pública e da integração entre assistência e vigilância para o manejo seguro de gestantes com arboviroses. A atuação multiprofissional, o monitoramento contínuo e a comunicação efetiva entre os níveis de vigilância favoreceram a adesão ao pré-natal, a tomada de decisões oportunas e um desfecho materno-fetal favorável, reforçando o papel estratégico da APS no enfrentamento de doenças emergentes.

Palavras-chave: **FEBRE DE OROPUCHE; ACOMPANHAMENTO; VIGILÂNCIA EM SAÚDE**

DOI: 10.51161/iv-conasus/87094

A UTILIZAÇÃO DO MINDFUL EATING NO TRATAMENTO DOS TRANSTORNOS ALIMENTARES: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

ANA LUÍZA SILVA TÔRRES; JAMILLY JULLY FERNANDES COSTA

Introdução: Os transtornos alimentares constituem um importante problema de saúde pública por comprometerem a saúde física, nutricional e mental dos indivíduos. Diante das limitações das abordagens convencionais, o *mindful eating* tem sido estudado como estratégia complementar por estimular a alimentação consciente, baseada na percepção dos sinais internos de fome e saciedade e na redução de comportamentos alimentares disfuncionais. **Objetivo:** Avaliar a utilização do *mindful eating* no tratamento dos transtornos alimentares e analisar sua relação com a mudança do comportamento alimentar. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, de caráter exploratório, realizada por meio de buscas nas bases Google Acadêmico, SciELO, PubMed e Biblioteca Virtual em Saúde. Foram incluídos artigos publicados entre 2019 e 2021, nos idiomas português e inglês, relacionados ao tema proposto, sendo considerados estudos de revisão e estudos experimentais. Foram excluídos artigos duplicados, capítulos de livros, trabalhos indisponíveis na íntegra e publicações que não atendiam ao objetivo da pesquisa. **Resultados:** Os estudos analisados evidenciaram que intervenções baseadas em *mindful eating* promoveram melhora do comportamento alimentar, redução de episódios de compulsão alimentar e menor tendência à restrição alimentar. Também foram observados maior reconhecimento dos sinais de fome e saciedade, melhora da regulação emocional, aumento da satisfação corporal e desenvolvimento de uma relação mais saudável com a alimentação. Os benefícios foram mais consistentes entre indivíduos com transtorno da compulsão alimentar periódica, embora resultados positivos também tenham sido identificados em outros transtornos alimentares. **Conclusão:** O *mindful eating* mostrou-se uma estratégia promissora como complemento às abordagens cognitivo-comportamentais no tratamento dos transtornos alimentares, favorecendo mudanças positivas no comportamento alimentar e na relação com a comida. Entretanto, são necessários mais estudos clínicos que fortaleçam as evidências sobre sua aplicação em diferentes transtornos alimentares.

Palavras-chave: **ATENÇÃO PLENA; COMPORTAMENTO ALIMENTAR; TRANSTORNOS ALIMENTARES**

DOI: 10.51161/iv-conasus/87126

REDE ALYNE E PLANEJAMENTO REPRODUTIVO INTEGRAL: DESAFIOS PARA SUPERAR O ENFOQUE PREDOMINANTEMENTE ANTICONCEPCIONAL NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

EDVANIA HONÓRIO BRAZ MÁXIMO; ADOLFO ITALO VIEIRA FERREIRA; CLAUDIO IGOR MÁXIMO MENDES; CLARA MARIA ALENCAR GOMES; HELOÍSA FIRMEZA DE OLIVEIRA; JOSÉ LUIGI SARAIVA PETROLE.

RESUMO

A Rede Alyne foi instituída pelo Ministério da Saúde em 2024 com o propósito de reorganizar a atenção materna e infantil no Sistema Único de Saúde, incorporando o planejamento reprodutivo como componente estruturante da linha de cuidado em saúde sexual e reprodutiva. Embora a política apresente uma proposta fundamentada nos princípios da integralidade, equidade e autonomia, observa-se que as ações de planejamento reprodutivo desenvolvidas nos serviços de saúde tendem a concentrar-se na prevenção da gravidez não planejada e na ampliação do acesso aos métodos contraceptivos. Nesse contexto, o presente estudo teve como objetivo analisar os desafios da Rede Alyne para a efetivação do planejamento reprodutivo integral no Sistema Único de Saúde, com ênfase na discrepância entre a proposta normativa de integralidade e a predominância de práticas assistenciais centradas na anticoncepção. Trata-se de uma revisão bibliográfica integrativa, de abordagem qualitativa, realizada nas bases Biblioteca Virtual em Saúde, SciELO e PubMed/MEDLINE, complementada pela análise de documentos oficiais do Ministério da Saúde publicados entre 2024 e 2026. Foram incluídos artigos científicos e documentos normativos relacionados à Rede Alyne, ao planejamento reprodutivo e às políticas públicas de saúde sexual e reprodutiva. Os resultados evidenciaram que, apesar da ampliação do acesso aos métodos contraceptivos representar um avanço relevante para a saúde pública, a operacionalização do planejamento reprodutivo ainda apresenta forte centralidade na dimensão anticoncepcional, com menor ênfase em ações de aconselhamento reprodutivo, planejamento pré-concepcional, atenção à infertilidade, participação dos parceiros e promoção dos direitos reprodutivos. Identificaram-se também desafios relacionados à qualificação das equipes, à organização dos processos de trabalho e à integração entre os níveis da Rede de Atenção à Saúde. Conclui-se que a efetivação do planejamento reprodutivo integral na Rede Alyne exige a superação de práticas assistenciais predominantemente anticoncepcionais, o fortalecimento do aconselhamento reprodutivo e a incorporação efetiva dos princípios da autonomia, integralidade e justiça reprodutiva na organização dos serviços do Sistema Único de Saúde.

Palavras-chave: Direitos Reprodutivos; Políticas Públicas de Saúde; Saúde Reprodutiva.

1 INTRODUÇÃO

O planejamento reprodutivo constitui um direito assegurado pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pela Lei nº 9.263/1996, compreendendo o conjunto de ações que possibilitam às pessoas decidir, de forma livre, informada e responsável, se desejam ter filhos, quando tê-los e em que condições exercer sua reprodução. No âmbito do Sistema Único de

DOI: 10.51161/iv-conasus/87131

Saúde (SUS), esse conceito ultrapassa a simples disponibilização de métodos contraceptivos, incorporando ações de aconselhamento, atenção pré-concepcional, prevenção de infecções sexualmente transmissíveis, manejo da infertilidade e promoção da autonomia reprodutiva (BRASIL, 1996; BRASIL, 2022).

Em 2024, o Ministério da Saúde instituiu a Rede Alyne como estratégia de reorganização da atenção materna e infantil no SUS, substituindo e ampliando diretrizes anteriormente vinculadas à Rede Cegonha. A nova política propõe um modelo de cuidado fundamentado nos princípios da integralidade, equidade e continuidade da assistência, reconhecendo o planejamento reprodutivo como componente estruturante da linha de cuidado em saúde sexual e reprodutiva (BRASIL, 2024a; BRASIL, 2024b). Além disso, documentos técnicos recentes reforçam que o aconselhamento em planejamento reprodutivo deve ser realizado de forma contínua e baseado na autonomia e no consentimento informado dos usuários (BRASIL, 2026).

Apesar desse avanço normativo, a literatura recente aponta que as práticas de planejamento reprodutivo nos serviços de saúde ainda apresentam forte centralidade na prevenção da gravidez não planejada e na ampliação do acesso aos métodos contraceptivos, especialmente aos métodos reversíveis de longa duração. Embora essas estratégias sejam importantes para a redução de desfechos maternos adversos, sua predominância pode restringir a abordagem integral dos direitos sexuais e reprodutivos, reduzindo a atenção a aspectos como o desejo reprodutivo, o planejamento da gestação, a infertilidade, a participação masculina e os determinantes sociais que influenciam as escolhas reprodutivas (BRASIL, 2026; CARVALHO, 2026).

A análise crítica da transição da Rede Cegonha para a Rede Alyne evidencia justamente a existência de uma tensão entre a proposta normativa de integralidade e a forma como o planejamento reprodutivo tende a ser operacionalizado na prática assistencial. Segundo Carvalho (2026), a incorporação da perspectiva da justiça reprodutiva representa um avanço importante da política, porém sua efetivação ainda enfrenta limitações relacionadas às desigualdades sociais, territoriais e organizacionais do SUS, o que pode contribuir para a manutenção de um modelo predominantemente anticoncepcional.

Diante desse cenário, o presente estudo tem como objetivo analisar os desafios da Rede Alyne para a efetivação do planejamento reprodutivo integral no Sistema Único de Saúde, com ênfase na discrepância entre a proposta normativa de integralidade e a predominância de práticas assistenciais centradas na anticoncepção.

2 MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, do tipo revisão bibliográfica integrativa, realizado com o objetivo de analisar os desafios da Rede Alyne para a efetivação do planejamento reprodutivo integral no Sistema Único de Saúde (SUS), com ênfase na discrepância entre a proposta normativa de integralidade e a predominância de práticas assistenciais centradas na anticoncepção.

A pesquisa foi desenvolvida entre os meses de agosto e setembro de 2026, por meio de levantamento bibliográfico nas bases de dados Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Scientific Electronic Library Online (SciELO) e PubMed/MEDLINE, por concentrarem produções científicas relevantes nas áreas de saúde coletiva, saúde sexual e reprodutiva e políticas públicas de saúde. Complementarmente, foram consultados documentos oficiais do Ministério da Saúde relacionados à Rede Alyne, incluindo portarias, notas técnicas e linhas de cuidado vigentes.

Para a estratégia de busca, utilizaram-se os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e Medical Subject Headings (MeSH): Saúde Reprodutiva, Direitos Reprodutivos e Políticas Públicas de Saúde, combinados pelos operadores booleanos AND e OR.

DOI: 10.51161/iv-conasus/87131

Foram incluídos artigos científicos publicados em português, inglês e espanhol, disponíveis na íntegra, priorizando-se os artigos publicados entre 2021 e 2026, além de documentos normativos e técnicos oficiais relacionados à temática. Excluíram-se estudos duplicados, editoriais, cartas ao editor, resumos simples de eventos, dissertações, teses e publicações que não abordassem diretamente o planejamento reprodutivo no contexto das políticas públicas de saúde ou da Rede Alyne.

O processo de seleção ocorreu em três etapas: leitura dos títulos, análise dos resumos e leitura integral dos textos potencialmente elegíveis. Após a aplicação dos critérios de elegibilidade, os estudos selecionados foram organizados em um instrumento elaborado pelos pesquisadores, contendo as seguintes variáveis: autor, ano de publicação, tipo de estudo, objetivo, principais resultados e contribuições para a compreensão da integralidade do planejamento reprodutivo na Rede Alyne.

A análise dos dados foi realizada por meio da técnica de análise temática de conteúdo, permitindo a identificação de categorias relacionadas à integralidade do cuidado, enfoque anticoncepcional, aconselhamento reprodutivo, autonomia dos usuários, participação masculina e desafios organizacionais do SUS. Os achados foram posteriormente comparados e interpretados à luz da literatura científica recente e dos documentos oficiais do Ministério da Saúde, buscando compreender as convergências e divergências entre a proposta normativa da Rede Alyne e sua operacionalização nos serviços de saúde.

Por se tratar de uma revisão bibliográfica baseada em fontes de domínio público e sem envolvimento direto de seres humanos, o estudo dispensa apreciação por Comitê de Ética em Pesquisa, conforme a Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O levantamento bibliográfico identificou estudos científicos e documentos normativos relacionados ao planejamento reprodutivo, aos direitos reprodutivos e à organização da Rede Alyne no Sistema Único de Saúde (SUS). Após a aplicação dos critérios de elegibilidade, foram selecionados artigos e documentos que permitiram analisar criticamente a discrepância entre a proposta normativa de integralidade da Rede Alyne e a predominância de práticas assistenciais centradas na anticoncepção.

Tabela 1 – Síntese dos estudos e documentos selecionados

Autor/Ano	Tipo de estudo	Principais contribuições
BRASIL (2024a)	Portaria ministerial	Institui a Rede Alyne e define seus princípios de integralidade e equidade
BRASIL (2026)	Nota técnica	Prioriza aconselhamento reprodutivo e ampliação do acesso aos LARC
CARVALHO (2026)	Análise crítica	Discute justiça reprodutiva e a transição da Rede Cegonha para a Rede Alyne
PADILHA; SANCHES (2020)	Revisão integrativa	Evidencia baixa participação masculina no planejamento familiar
TRINDADE et al. (2021)	Estudo epidemiológico	Analisa desigualdades no acesso e uso de contraceptivos no Brasil
SANTOS; FREITAS (2011)	Ensaio crítico	Questiona a redução do planejamento familiar ao controle da fecundidade

DOI: 10.51161/iv-conasus/87131

SILVA et al. (2011)	Estudo qualitativo	Mostra que mulheres associam o planejamento familiar principalmente ao uso de métodos anticoncepcionais

Fonte: Máximo et al, (2026).

Os documentos oficiais demonstram que a Rede Alyne foi concebida como uma política de cuidado integral em saúde sexual e reprodutiva, articulando ações de planejamento reprodutivo, pré-natal, parto, puerpério e atenção à criança (BRASIL, 2024a). A Nota Técnica Conjunta nº 31/2026 reforça que o aconselhamento reprodutivo deve ser contínuo, baseado em evidências científicas e orientado pela autonomia e pelo consentimento informado dos usuários (BRASIL, 2026).

Entretanto, os estudos analisados indicam que o planejamento reprodutivo no SUS historicamente tem sido operacionalizado de forma predominantemente anticoncepcional. Santos e Freitas (2011) argumentam que os programas de planejamento familiar frequentemente priorizam o número de filhos e o controle da fecundidade, desconsiderando dimensões socioculturais, afetivas e familiares que influenciam as decisões reprodutivas. Essa crítica permanece atual diante da forte centralidade das ações voltadas à prevenção da gravidez não planejada.

Os achados de Silva et al. (2011) corroboram essa interpretação ao demonstrarem que muitas mulheres associam o planejamento familiar principalmente ao acesso a métodos anticoncepcionais, revelando uma compreensão restrita do conceito de planejamento reprodutivo e uma assistência fortemente direcionada à contracepção. Além disso, o estudo evidenciou baixa participação dos parceiros nas decisões relacionadas ao uso dos métodos, indicando que a responsabilidade reprodutiva continua concentrada nas mulheres.

A revisão integrativa conduzida por Padilha e Sanches (2020) reforça essa problemática ao identificar que as ações de planejamento familiar permanecem majoritariamente direcionadas ao público feminino, com escassa inclusão dos homens nas atividades educativas e no processo de tomada de decisão reprodutiva. Os autores apontam que barreiras culturais, organizacionais e profissionais dificultam a corresponsabilização masculina, limitando a efetivação de um cuidado verdadeiramente integral.

Outro aspecto relevante refere-se às desigualdades no acesso às ações de planejamento reprodutivo. Trindade et al. (2021), ao analisarem indicadores nacionais de demanda por planejamento familiar satisfeita, demonstraram importantes diferenças segundo escolaridade, renda e região de residência, evidenciando que a disponibilidade de métodos contraceptivos não garante, por si só, acesso equitativo às ações de saúde sexual e reprodutiva. Esses achados dialogam diretamente com a proposta da Rede Alyne, que reconhece a necessidade de enfrentar desigualdades territoriais e sociais na organização da atenção.

Nesse contexto, Carvalho (2026) oferece uma contribuição central para a compreensão da Rede Alyne ao analisar a política sob a perspectiva da justiça reprodutiva. A autora demonstra que a transição da Rede Cegonha para a Rede Alyne representa um avanço normativo importante ao incorporar determinantes sociais, equidade racial e direitos reprodutivos na formulação da política. Contudo, ressalta que a implementação ainda enfrenta limitações estruturais e organizacionais que dificultam a tradução dessa concepção ampliada em práticas assistenciais efetivamente integrais.

Os resultados desta revisão evidenciam, portanto, uma tensão entre o desenho normativo da Rede Alyne e sua execução prática. Enquanto os documentos oficiais propõem um planejamento reprodutivo que contemple aconselhamento, pré-concepção, desejo reprodutivo, infertilidade, participação do parceiro e promoção dos direitos sexuais e reprodutivos, a operacionalização observada na literatura tende a privilegiar a ampliação da oferta de métodos contraceptivos, especialmente os métodos reversíveis de longa duração (BRASIL, 2026).

Essa predominância do enfoque anticoncepcional apresenta vantagens importantes, como a redução de gestações não planejadas e a ampliação do acesso a métodos de alta eficácia contraceptiva. No entanto, quando essa dimensão se torna predominante, há o risco de invisibilizar outras necessidades reprodutivas, como o planejamento da gravidez, a atenção à infertilidade, o acompanhamento pré-concepcional e o suporte às mulheres com perdas gestacionais recorrentes ou outras condições que impactam sua trajetória reprodutiva.

Do ponto de vista das limitações, observou-se escassez de estudos empíricos específicos sobre a implementação da Rede Alyne, uma vez que sua instituição ocorreu apenas em 2024. A maior parte das evidências disponíveis concentra-se em documentos normativos e análises reflexivas, o que restringe a avaliação de seus impactos concretos sobre os serviços e usuários do SUS. Ainda assim, a convergência entre os estudos sobre planejamento familiar, participação masculina, desigualdades reprodutivas e justiça reprodutiva permitiu identificar elementos consistentes que sustentam a hipótese central deste trabalho: a existência de uma discrepância entre a integralidade prevista pela Rede Alyne e a persistência de práticas assistenciais predominantemente anticoncepcionais no planejamento reprodutivo desenvolvido no SUS.

Figura 1 – Representação da discrepância entre a proposta normativa da Rede Alyne e a prática assistencial observada na literatura

Fonte: Máximo et al, (2026).

4 CONCLUSÃO

A presente revisão bibliográfica permitiu analisar os desafios da Rede Alyne para a efetivação do planejamento reprodutivo integral no Sistema Único de Saúde. Os resultados demonstraram que a política apresenta uma concepção normativa ampliada, fundamentada nos princípios da integralidade, equidade, autonomia e justiça reprodutiva. Contudo, observou-se que sua operacionalização nos serviços de saúde ainda tende a priorizar ações voltadas à prevenção da gravidez não planejada e à oferta de métodos contraceptivos, especialmente os métodos reversíveis de longa duração.

A análise dos documentos oficiais e da literatura científica evidenciou uma discrepância entre a proposta de cuidado integral prevista na Rede Alyne e a prática assistencial predominantemente anticoncepcional. Essa limitação reduz a abrangência do planejamento reprodutivo, dificultando a incorporação de ações relacionadas ao planejamento pré-concepcional, ao desejo reprodutivo, à infertilidade, à participação dos parceiros e à promoção efetiva dos direitos sexuais e reprodutivos.

DOI: 10.51161/iv-conasus/87131

O percurso da pesquisa permitiu compreender que a ampliação do acesso aos contraceptivos representa um avanço importante para a saúde pública, mas não é suficiente para garantir a integralidade do planejamento reprodutivo. Para que os objetivos da Rede Alyne sejam efetivamente alcançados, torna-se necessário fortalecer o aconselhamento reprodutivo, qualificar as equipes de saúde, reorganizar os processos de trabalho na Atenção Primária à Saúde e ampliar estratégias de cuidado centradas na autonomia e nas necessidades reprodutivas dos usuários.

Como limitação do estudo, destaca-se a escassez de pesquisas empíricas específicas sobre a implementação da Rede Alyne, em razão de sua recente instituição, o que restringiu a análise a documentos normativos e publicações ainda incipientes sobre o tema.

Diante disso, recomenda-se o desenvolvimento de estudos de campo, pesquisas avaliativas e investigações multicêntricas que analisem a implementação da Rede Alyne em diferentes contextos regionais do SUS. Essas pesquisas poderão contribuir para identificar barreiras organizacionais, avaliar a efetividade das ações de planejamento reprodutivo e subsidiar o aprimoramento de políticas públicas voltadas à consolidação de um modelo de cuidado verdadeiramente integral em saúde sexual e reprodutiva.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Presidência da República, 1988.

BRASIL. **Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996**. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. *Diário Oficial da União: seção 1*, Brasília, DF, 15 jan. 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Linha de cuidado para atenção integral à saúde sexual e à saúde reprodutiva**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 5.350, de 12 de setembro de 2024**. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede Alyne. *Diário Oficial da União: seção 1*, Brasília, DF, 13 set. 2024a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota Técnica Conjunta nº 220/2024-DGCI/SAPS/MS e DAHU/SAES/MS**. Orientações sobre a Rede Alyne instituída pela Portaria GM/MS nº 5.350/2024. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota Técnica Conjunta nº 31/2026-DAHUD/SAES/DGCI/SAPS/MS**. Diretrizes para o aconselhamento em planejamento reprodutivo e ampliação do acesso aos métodos contraceptivos reversíveis de longa duração no âmbito da Rede Alyne. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2026.

CARVALHO, Mariana de. **(In)justiça reprodutiva e atenção ao ciclo gravídico-puerperal: da Rede Cegonha à Rede Alyne**. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 30, e250293, 2026.

PADILHA, Tainara; SANCHES, Mario Antonio. **Participação masculina no planejamento familiar: revisão integrativa da literatura**. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 24, e190119, 2020.

SANTOS, José Carlos; FREITAS, Paulo Magalhães. **Planejamento familiar na perspectiva do desenvolvimento**. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 1813-1820, 2011

SILVA, Rosângela de Melo et al. **Planejamento familiar: significado para mulheres em idade reprodutiva**. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 5, p. 2415-2424, 2011.

TRINDADE, Rafaela de Estefani et al. **Uso de contracepção e desigualdades do planejamento reprodutivo no Brasil**. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 26, supl. 2, p. 3493-3504, 2021.

RELATO DE EXPERIÊNCIA SOBRE QUALIFICAÇÃO DA FILA DE ESPERA PARA CIRURGIAS ELETIVAS DO SUS

VIVIANE COSTA DE OLIVEIRA

Introdução: A fila de espera por cirurgia eletivas do SUS tem a qualificação (QF) como determinante da justiça, transparência e organização. **Objetivo:** Descrever a experiência como qualificadora de fila cirúrgica, no SUS. **Relato de experiência:** A experiência retrata e experiência com qualificações realizadas no período de novembro/2023 a junho/2026 com pacientes de cinco especialidades listados nas planilhas de fila de espera de um hospital público, seguindo as normas do estabelecimento e Secretaria de Saúde do Estado (SESA-CE). Inicialmente as planilhas recebidas foram configuradas para atender às necessidades da qualificação e ajustadas em ordem conforme determinação estadual. Antes de abordar o paciente, era realizada avaliação do prontuário e dos sistemas de informação para conferir a situação do paciente e as demandas necessárias, sendo identificadas seis possibilidades de fluxo de ingresso conforme as demandas do paciente. Foram incluídos, sequencialmente, na rotina o agendamento de consultas, exames, checagem de OPME, inserção em mapa, convocação entre outras demandas institucionais necessárias ao preparo do paciente. As dificuldades, divergências e pendências de qualificação eram registradas e foram categorizadas conforme o assunto, sendo os mais frequentes relacionados com: cadastros, registros, recursos, listagem utilizada, fragmentação(informações, contatos e acompanhamento), fluxos de trabalho, rotatividade de profissionais, operação/configuração dos sistemas, situação dos pacientes, fluxo de preparo pré operatório, comunicação inter/intra institucional e com o paciente, e regras da fila. **Conclusão:** Observou-se necessidade de: padronização dos processos de trabalho com integração da qualificação em rede; revisão da elaboração de relatórios; acompanhamento do pré - operatório completo pelo qualificador como centro do processo; priorização do paciente em fluxo pré-operatório; redução da fragmentação existente; melhor integração entre as equipes envolvidas; capacitação para qualificadores com participação nas tecnologias disponíveis. Produtos: projeto de pesquisa ao Comitê de Ética em Pesquisa; planilha padronizada para qualificação; ferramenta para qualificação integrada; padronização de rotinas conforme o fluxo; estratégias e instrumentos para agilizar o trabalho do qualificador. A experiência revelou que na prática, a qualificação é um processo complexo onde capacitação profissional e apoio dos gestores são indispensáveis, pois as demandas encontradas comprometem a qualidade da assistência, registros e dados para a gestão de filas.

Palavras-chave: **CIRURGIAS ELETIVAS; FILA CIRÚRGICA; QUALIFICAÇÃO DE FILA**

DOI: 10.51161/iv-conasus/87193

IMPLANTAÇÃO DE PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO DE ENFERMAGEM EM AMBULATÓRIO ESPECIALIZADO DE ENDOCRINOLOGIA: EXPERIÊNCIA NA ORGANIZAÇÃO DO CUIDADO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

FRANCISCA DIANA DA SILVA NEGREIROS; FERNANDA MARA SANTANA SALES; FRANCISCA CLAUDETE MARTINS ALVES; FRANCISCA STERMIZIA RABELO; IRISNEIDE MOREIRA NOGUEIRA; LORENA DE FÁTIMA SOUSA DA ROCHA; MARCOS OLIVEIRA NASCIMENTO

Introdução: A organização do acolhimento nos serviços ambulatoriais especializados constitui estratégia relevante para promover acesso qualificado, segurança e continuidade da assistência no Sistema Único de Saúde (SUS). Nesse contexto, enfermeiros e técnicos de enfermagem desempenham papel fundamental na identificação precoce de alterações clínicas, na educação em saúde e na preparação do usuário para o atendimento multiprofissional. A padronização dessas ações contribui para organizar o processo de trabalho e favorecer uma assistência segura, integral e resolutiva. **Objetivo:** Relatar a experiência de implantação de um protocolo de acolhimento pela equipe de enfermagem em ambulatório especializado de endocrinologia, com ênfase na organização do cuidado e na segurança do paciente. **Relato de experiência:** A experiência foi desenvolvida em ambulatório especializado de endocrinologia de um hospital público integrante do SUS, envolvendo enfermeiros e técnicos de enfermagem na organização e execução do acolhimento. O fluxo assistencial contempla identificação e abordagem inicial do usuário, aferição do peso corporal, verificação da glicemia capilar e identificação de alterações que possam demandar intervenção antes da consulta. Nos casos de hipoglicemia com indicação de correção imediata, são adotadas medidas conforme avaliação e rotina assistencial, incluindo oferta de mel, monitoramento da resposta e orientações para prevenção de novos episódios. Durante o acolhimento, também são realizadas orientações sobre prevenção de quedas e disponibilizada a Carta dos Direitos da Pessoa Usuária da Saúde, ampliando o conhecimento sobre direitos e participação no cuidado. Os dados clínicos, procedimentos, intercorrências e condutas são registrados no prontuário eletrônico institucional, favorecendo a rastreabilidade das ações e a comunicação com a equipe multiprofissional. A organização das etapas e responsabilidades possibilitou maior uniformidade das práticas desenvolvidas por enfermeiros e técnicos de enfermagem e melhor integração do fluxo assistencial. **Conclusão:** A experiência demonstra que a organização sistematizada do acolhimento possibilita integrar avaliação clínica, identificação precoce de riscos, educação em saúde e registro assistencial. A atuação articulada de enfermeiros e técnicos de enfermagem mostra-se relevante para qualificar a atenção especializada, promover a segurança do paciente e contribuir para a integralidade e continuidade do cuidado no SUS.

Palavras-chave: **ACOLHIMENTO; ENFERMAGEM; SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

DOI: 10.51161/iv-conasus/87210

GAMIFICAÇÃO COMO TECNOLOGIA PARA O PROCESSO DE ENFERMAGEM: RELATO DE EXPERIÊNCIA

JULIANA DE OLIVEIRA NUNES DA SILVA; ALESSANDRA CONCEIÇÃO LEITE FUNCHAL CAMACHO

Introdução: O Processo de Enfermagem é o método que gerencia e respalda o cuidado de enfermagem, necessitando do raciocínio crítico e embasamento científico para tomada de decisões que garantam a qualidade da assistência. Para isso é necessário que logo na graduação a informação seja ofertada de forma efetiva estimulando a compreensão e prática de suas etapas. Assim, a gamificação surge como metodologia ativa educacional tornando a aprendizagem lúdica, dinâmica e participativa. **Objetivo:** Relatar a utilização do jogo educativo como estratégia de gamificação para o ensino do Processo de Enfermagem para graduandos de enfermagem. **Relato de experiência:** Acerca da aplicação de um jogo educativo como avaliação formativa confeccionado pela plataforma WORDWALL no estilo de jogo de labirinto, onde existiam perguntas acerca do conteúdo que foi ministrado em aula, os alunos fizeram duplas, usaram o telefone para responder corretamente dentro do tempo, não sendo atingido pelos perseguidores e mantendo suas vidas. Ao final, um ranking foi gerado com o nome de quem atingiu melhor os critérios de pontuação, sendo visto bom engajamento dos graduandos durante a atividade, evidenciado pela participação ativa, repetição do jogo para subir no ranking, comunicação entre as duplas para resolução dos desafios propostos, sendo assim uma forma lúdica de estimular o raciocínio clínico com protagonismo dos alunos mediado pelos professores. Ao final, tinham-se as respostas das questões para conferência e estudos. **Conclusão:** A gamificação demonstrou-se como inovadora e promissora para o ensino do Processo de Enfermagem, estimulando participação dos graduandos, fortalecimento da aprendizagem que podem desenvolver competências essenciais para a prática profissional.

Palavras-chave: **GAMIFICAÇÃO; PROCESSO DE ENFERMAGEM; ENFERMAGEM**

DOI: 10.51161/iv-conasus/87233

GAMIFICAÇÃO COMO TECNOLOGIA EDUCACIONAL LÚDICA: REVISÃO DE ESCOPO

JULIANA DE OLIVEIRA NUNES DA SILVA; ALESSANDRA CONCEIÇÃO LEITE FUNCHAL CAMACHO

Introdução: O envelhecimento da população associado ao aumento das Doenças Crônicas Não transmissíveis, isolamento social, diversos tipos de violência e peculiaridades dos cuidados das pessoas acima dos 60 anos, sendo estes motivadores de produções e pesquisas inovadoras que consigam contemplar a promoção da saúde do público, estimulando o envelhecimento ativo, bem como estratégias educadoras capazes de influenciar positivamente a adesão da população e a intervenção nos problemas analisados. À Gamificação tem emergido como uma tecnologia educacional favorável, ao incorporar elementos de jogos como estimulantes da participação, protagonismo e autonomia dos envolvidos, trazendo interesse no conteúdo proposto, ambiente de competição saudável com desafios e ranking para progressão da atividade. **Objetivo**: Mapear evidências científicas sobre o uso da gamificação como tecnologia de inovação para a educação em saúde. **Metodologia:** Trata-se de revisão de escopo realizada nas bases BVS, PUBMED, SCOPUS, LILACS, PORTAL CAPES, MEDLINE, BENF usando descritores de saúde conectados pelos operador booleano AND no espaço temporal entre 2016 e 2026. **Resultados:** foram achados um total de 12 artigos, que foram divididos em 3 eixos temáticos, em que convergiram sobre a gamificação complementando o cuidado e ensino ao divergir do método tradicional pouco interativo, ao abordar técnicas lúdicas de competição saudável, dinâmicas participativas, protagonismo do participante, cooperação e interação das equipes, sendo bem recebida pelo público, além de ter sido validada em diferentes situações, público áreas de atuação. **Conclusão:** Os estudos evidenciaram que a estrutura gamificada, favorece o engajamento, trabalho em equipe, aproximação entre os participantes e mediadores, bem como um impacto positivo para educação e capacitação profissional, tendo como recomendação novos estudos de validação para diferentes áreas além de uma continuidade desses estudos para uma avaliação longitudinal do seu impacto clínico e social.

Palavras-chave: **GAMIFICAÇÃO; EDUCAÇÃO EM SAÚDE; ENFERMAGEM**

DOI: 10.51161/iv-conasus/87235

BARREIRAS DE ACESSIBILIDADE FÍSICA E ATITUDINAL NA ATENÇÃO À PESSOA COM DEFICIÊNCIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

MARIANA TIEMI UMADA; FILIPE KENZO MARUBAYASHI KAGUE; RAFAELA MOZZATTO; LUIS ANDRES VENTURA SALINAS; PATRICIA CARLA ZANELATTO GONÇALVES

Introdução: A Atenção Primária à Saúde (APS) é a principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS) e deve garantir acesso e cuidado integral a toda a população, incluindo pessoas com deficiência. Apesar das diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Pessoa com Deficiência (PNAISPD) preconizarem esses direitos, ainda existem barreiras físicas e atitudinais nos serviços de APS que dificultam o acesso e a qualidade do atendimento a essa população. Reconhecer esses obstáculos é fundamental para promover um cuidado mais acessível e inclusivo. **Objetivo**: Este estudo tem como objetivo identificar, na literatura científica nacional, as principais barreiras de acessibilidade física e atitudinais enfrentadas por pessoas com deficiência nos serviços de APS. **Metodologia**: Trata-se de uma revisão de literatura, realizada por meio de levantamento bibliográfico nas bases de dados Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), utilizando os descritores "Pessoas com Deficiência" e "Acessibilidade aos Serviços de Saúde" combinados por meio do operador booleano AND. Foram priorizados estudos nacionais, publicados nos últimos dez anos, disponíveis na íntegra e em língua portuguesa, que abordam barreiras físicas e atitudinais enfrentadas por pessoas com deficiência nos serviços de APS. **Resultados**: Os resultados indicam que as barreiras físicas mais recorrentes envolvem arquitetura inadequada, ausência de equipamentos apropriados para exame e mobiliário não adaptado. Já as barreiras atitudinais estão relacionadas à formação insuficiente dos profissionais para lidar com as especificidades dessa população, resultando em atendimento pouco resolutivo e, em alguns casos, discriminatório. Verificou-se ainda que a falta de capacitação continuada das equipes compromete a implementação efetiva do cuidado integral preconizado pela política nacional vigente. **Conclusão**: As barreiras físicas e atitudinais identificadas evidenciam a distância entre o que é preconizado nas políticas públicas e a realidade dos serviços da APS. A superação desses obstáculos depende de investimentos em infraestrutura acessível e em educação permanente dos profissionais, de modo a assegurar um cuidado verdadeiramente inclusivo às pessoas com deficiência no SUS.

Palavras-chave: **ACESSIBILIDADE AOS SERVIÇOS DE SAÚDE; ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE; PESSOAS COM DEFICIÊNCIA**

DOI: 10.51161/iv-conasus/87247

USO DA INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL NA FISIOTERAPIA: UM ESTUDO BIBLIOMÉTRICO

CHRISTIANO BITTENCOURT MACHADO; FERNANDA MENDONÇA TRANNIN; LORENA PEIXOTO CALVÃO; PEDRO PAULO MOREIRA FILHO

RESUMO

A aplicação da inteligência artificial (IA) na Fisioterapia tem crescido de forma acelerada nas últimas décadas, acompanhando a expansão da IA em saúde como um todo. No entanto, ainda são escassos levantamentos quantitativos que descrevam a evolução temporal das publicações, a distribuição por áreas clínicas e tipos de estudo, bem como o grau de maturidade metodológica da evidência disponível. O objetivo desse estudo foi descrever e modelar a evolução anual das publicações envolvendo IA e Fisioterapia no PubMed, comparando especialidades clínicas, tipos de estudo e filtros de idioma/espécie. Utilizamos séries temporais completas, categorizadas por área clínica, tipo de estudo e características de indexação, aplicando modelos de regressão — incluindo ajuste exponencial — para identificar padrões de crescimento. Os resultados revelam expansão marcadamente exponencial da produção científica desde 2000, com aceleração acentuada após 2015 e pico aproximado de 938 artigos em 2025. A projeção para 2030 indica potencial de ultrapassar 2.000 publicações anuais, evidenciando consolidação e maturidade do campo. Entre as áreas clínicas, respiratória e ortopedia apresentam maior dinamismo, enquanto cardíaca, neurologia e cuidados intensivos mostram crescimento consistente, porém menos volumoso. Observou-se também aumento expressivo de estudos experimentais, como ensaios clínicos randomizados, especialmente após 2010, além de forte expansão de revisões, revisões sistemáticas e metanálises, indicando acúmulo de evidências e maior rigor metodológico. A produção é predominantemente em inglês e centrada em estudos com humanos, embora pesquisas com animais apresentem tendência de crescimento. Concluímos que a IA em Fisioterapia evoluiu de forma acelerada, diversificada e metodologicamente robusta, configurando-se como área estratégica para inovação clínica, desenvolvimento tecnológico e integração interdisciplinar, com perspectivas de expansão contínua nos próximos anos.

Palavras-chave: tendências; modelagem estatística; Pubmed.

1 INTRODUÇÃO

A inteligência artificial (IA) vem transformando a pesquisa e a prática clínica em saúde, impulsionada por avanços em aprendizado de máquina, visão computacional e processamento de sinais. Na Fisioterapia, aplicações potenciais incluem avaliação automatizada de movimento, predição de desfechos funcionais, personalização de exercícios, monitoramento remoto e suporte à decisão clínica. Apesar do crescimento percebido, ainda é limitada a quantificação sistemática da evolução temporal das publicações e de como esse crescimento se distribui entre especialidades clínicas e desenhos de estudo (Jiang et al., 2017; Topol, 2019; He et al., 2019; Sumner et al., 2023).

DOI: 10.51161/iv-conasus/87254

Análises bibliométricas permitem caracterizar tendências, identificar áreas de maior expansão e inferir o grau de maturidade metodológica de um campo (Donthu et al., 2021). Em áreas emergentes, é comum observar crescimento não linear, frequentemente aproximado por modelos exponenciais em fases iniciais de adoção científica. Além disso, a proporção de ensaios clínicos, ensaios randomizados, revisões sistemáticas e metanálises pode indicar consolidação e robustez da evidência (Bornmann e Mutz, 2015).

Assim, este estudo teve como objetivo descrever e modelar a evolução anual das publicações envolvendo IA e Fisioterapia no PubMed, comparando especialidades clínicas, tipos de estudo e filtros de idioma/espécie, além de estimar tendências futuras por modelagem exponencial.

2 MATERIAL E MÉTODOS

Foi realizado um estudo bibliométrico baseado em consultas ao PubMed. Foram realizadas buscas com o núcleo: (*physical therapy* OR *physiotherapy*) AND *artificial intelligence*, com filtros adicionais para especialidades clínicas (*cardiac*, *intensive care*, *neurology*, *orthopedic* OR *orthopaedic*, *respiratory* OR *pulmonary*), tipos de estudo (*clinical trial*, *randomized clinical trial*, *review*, *systematic review*, *meta-analysis*) e filtros de idioma/espécie (*english*, *spanish*, *humans*, *other animals*).

Para cada consulta, obteve-se uma série temporal anual com duas variáveis: "ano" (ano de publicação) e "count**" (**número de publicações naquele ano para a consulta). Para cada série, foram calculados: número de anos (n), publicação máxima anual, e soma total de publicações. Ajustou-se o modelo para cada observação n (total de 41 observações): Count $= a \cdot e^{b \cdot n}$, onde a é o nível inicial e b a taxa de crescimento exponencial. Foram geradas previsões para 2030, considerando n = 41. Para cada modelo, foi calculado o coeficiente de R^2, para medir a proporção da variância na variável dependente explicada pelo modelo de regressão. Esse coeficiente varia entre 0 e 1, indicando o ajuste do modelo aos dados: valores altos (próximos a 1) sugerem melhor ajuste.

Foram gerados gráficos de linha por série, com curva exponencial ajustada, além de gráficos comparativos por grupos: especialidades clínicas, tipos de estudo e filtros de idioma/espécie. Os cálculos foram realizados usando Microsoft® Excel.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

As figuras 1 e 2 mostram, respectivamente, a soma total de artigos desde 1964 e a quantidade de publicações máximas (em 2025), para cada filtro usado. Desde 1964 (1 publicação) até valores muito altos em 2024–2025 (centenas de publicações), observando os resultados para Fisioterapia (geral), nota-se um aparente pico em 2025 (n = 938). No mesmo ano, identificam-se 762 estudos em humanos.

DOI: 10.51161/iv-conasus/87254

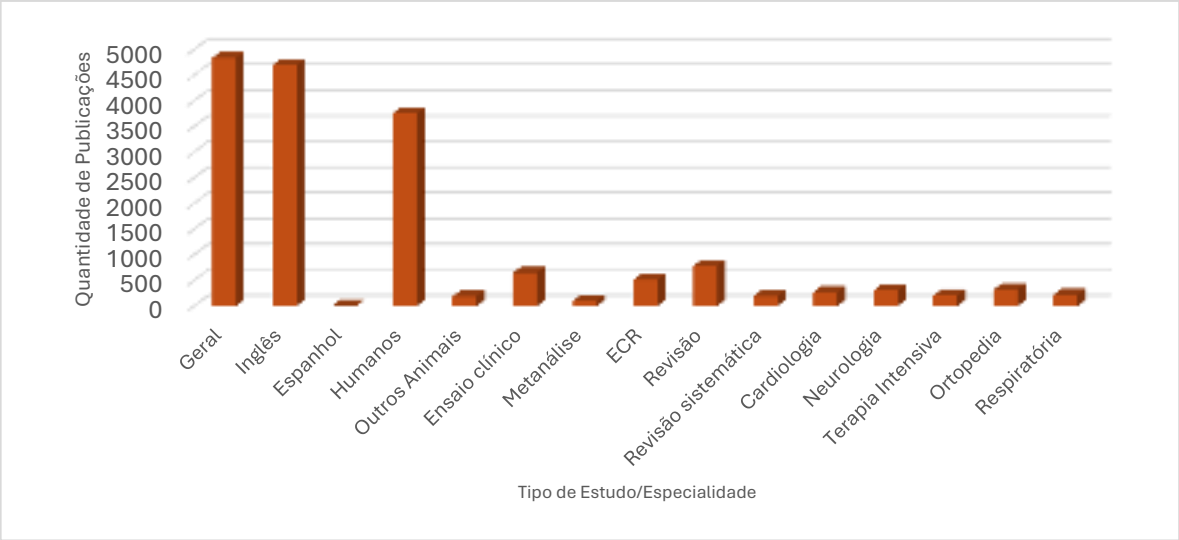


Figura 1 – Soma total de artigos, desde 1964, para cada filtro usado.

Figura 2 – Quantidade de publicações máximas (em 2025), para cada filtro usado.

Na Figura 3, tem-se uma curva com os dados reais (azul) e modelo de regressão exponencial (vermelho) para a bibliometria geral (Fisioterapia e IA), com $R^2 = 0{,}94$. O padrão é claramente exponencial a partir dos anos 2000, com aceleração acentuada após 2015. O modelo exponencial ajusta bem a curva recente, indicando um crescimento consistente ao longo das últimas duas décadas e uma forte concentração da produção nos anos mais recentes. A previsão para 2030 segundo regressão exponencial foi 2.068 artigos no ano. A ciência em IA aplicada à Fisioterapia saiu de um estado quase inexistente para um patamar de alta produção, com crescimento muito rápido, especialmente na última década.

DOI: 10.51161/iv-conasus/87254

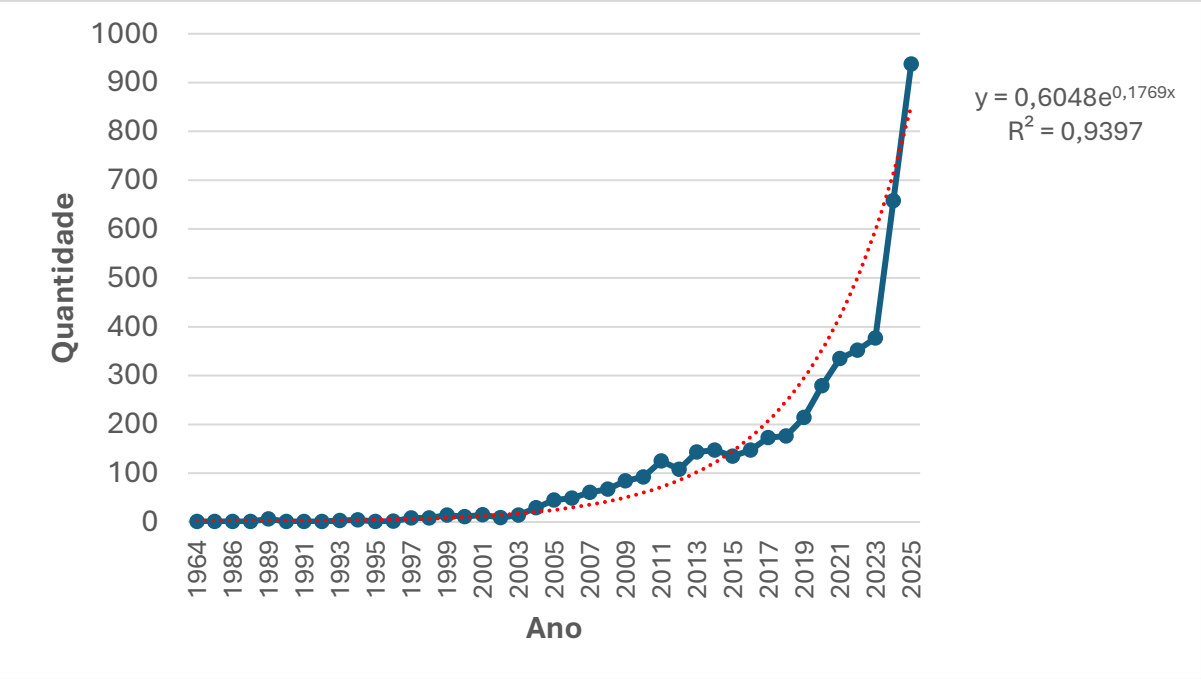


Figura 3 - Curva com os dados reais (azul) e modelo de regressão exponencial (vermelho) para a bibliometria geral (Fisioterapia e IA), com $R^2 = 0,94$.

As taxas de crescimento exponencial anual (parâmetro *b* na regressão) podem ser observadas na Figura 4. A Fisioterapia apresentou uma taxa de 17,69%. Estudos humanos apresentam 15,50%. Aparentemente, a ortopedia tem crescimento mais rápido (curvas mais inclinadas e maior aumento absoluto recente). As demais áreas crescem, mas com menor intensidade.

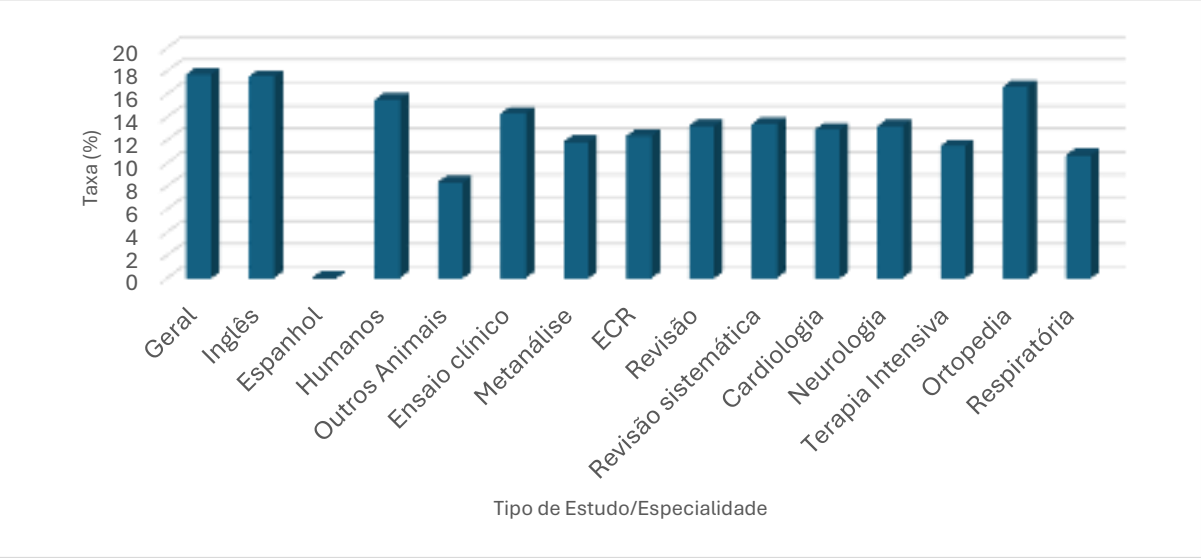


Figura 4 - Taxa de crescimento anual (%) para cada filtro usado.

A liderança de áreas respiratória e ortopédica pode refletir tanto a alta prevalência de condições nessas áreas quanto a maior disponibilidade de sinais e medidas passíveis de automação (p.ex., biomecânica, sensores vestíveis, análise de movimento, parâmetros respiratórios). Em contraste, cardiologia, neurologia e cuidados intensivos apresentam crescimento, mas com volumes menores, sugerindo oportunidades para expansão e maior padronização de dados e desfechos.

O aumento de ensaios clínicos, ensaios randomizados, revisões sistemáticas e metanálises sugere amadurecimento metodológico. Ainda assim, a predominância de revisões pode também refletir um campo em rápida produção, no qual sínteses são publicadas em paralelo ao crescimento de estudos primários.

A concentração em inglês e em humanos reforça a centralidade de países e periódicos anglófonos e a orientação clínica da área. A baixa produção em espanhol aponta espaço para internacionalização e fortalecimento regional da pesquisa.

4 CONCLUSÃO

A produção científica sobre IA aplicada à Fisioterapia cresce rapidamente, com aceleração marcante após 2015 e sinais de consolidação metodológica (aumento de ensaios e sínteses de evidência). Respiratória e ortopedia lideram em volume recente, e a literatura permanece concentrada em inglês e em estudos com humanos. Esses achados sustentam que a área está em franca expansão e deve continuar crescendo nos próximos anos, com necessidade de estudos clínicos robustos e avaliação de implementação.

Vale destacar que estudos bibliométricos apresentam limitações, como: (1) dependência de estratégias de busca e indexação do PubMed; (2) contagens não distinguem qualidade metodológica individual dos estudos; (3) modelagem exponencial é apropriada para tendência recente, mas pode superestimar em longo prazo se houver saturação.

Este levantamento bibliométrico evidencia que a literatura sobre IA aplicada à Fisioterapia encontra-se em fase de expansão acelerada, com padrão compatível com crescimento exponencial no período recente. A aceleração após 2015 é coerente com a popularização de métodos de aprendizado profundo, maior disponibilidade de dados e disseminação de ferramentas computacionais na pesquisa clínica.

REFERÊNCIAS

BORNMANN, L.; MUTZ, R. Growth rates of modern science: A bibliometric analysis based on the number of publications and cited references. **Journal of the Association for Information Science and Technology**, vol. 66, n. 11, p. 2215-2222, 2015.

DONTHU, N.; KUMAR, S.; MUKHERJEE, D.; PANDEY, N.; LIM, W.M. How to conduct a bibliometric analysis: An overview and guidelines. **Journal of Business Research**, vol. 133, p. 285-296, 2021.

HE, J.; BAXTER, S.L.; XU, J.; XU, J.; ZHOU, X.; ZHANG, K. The practical implementation of artificial intelligence technologies in medicine. **Nature Medicine,** vol. 25, p. 30-36, 2019.

JIANG, F.; JIANG, Y.; ZHI, H.; DONG, Y.; LI, H.; MA, S.; WANG, Y.; DONG, Q.; SHEN, H.; WANG, Y. Artificial intelligence in healthcare: past, present and future. **Stroke and Vascular Neurology**, vol. 2, n. 4, p. 230-243, 2017.

TOPOL, E.J. High-performance medicine: the convergence of human and artificial intelligence. **Nature Medicine**, vol. 25, p. 44-56, 2019.

SUMNER, J.; LIM, H.W.; CHONG, L.S.; BUNDELE, A.; MUKHOPADHYAY, A.; KAYAMBU, G. Artificial intelligence in physical rehabilitation: A systematic review. **Artificial Intelligence in Medicine,** vol.146, p. 102693, 2023.

INTERNAÇÕES POR GASTROENTERITES INFECCIOSAS COMO CONDIÇÃO SENSÍVEL À ATENÇÃO PRIMÁRIA NO SUS ENTRE 2014 E 2024: TENDÊNCIA TEMPORAL, DISTRIBUIÇÃO REGIONAL E IMPACTO DA PANDEMIA DE COVID-19

CAROLINA GUIMARÃES SOFFIATTI; BEATRIZ GONÇALVES ANDRADE DOS SANTOS; LAÍS GONÇALVES ANDRADE DOS SANTOS

RESUMO

Introdução: As gastroenterites infecciosas constituem historicamente a principal causa de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) no Brasil. A redução dessas hospitalizações é considerada importante indicador do desempenho da atenção primária e das condições sanitárias da população.

Objetivo: Analisar a tendência temporal das internações por gastroenterites infecciosas como ICSAP no SUS entre 2014 e 2024, identificando padrões por subgrupo diagnóstico, faixa etária, sexo, região geográfica e o impacto da pandemia de COVID-19.

Metodologia: Estudo ecológico de série temporal, com dados secundários do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), obtidos por meio do TABNET/DATASUS. Foram incluídas as internações do Grupo 02 da Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (Portaria MS nº 221/2008), no período de 2014 a 2024. As taxas de internação foram calculadas por 10.000 habitantes utilizando estimativas populacionais do IBGE. A tendência temporal foi analisada por regressão de Prais-Winsten com correção para autocorrelação de primeira ordem (AR1) e pelo teste não paramétrico de Mann-Kendall, adotando-se nível de significância de 5%.

Resultados: Foram registradas 2.491.573 internações por gastroenterites como ICSAP no período, com média anual de 226.507 ± 76.258 internações (taxa média: 10,99 ± 3,90/10.000 hab). A regressão de Prais-Winsten identificou tendência decrescente estatisticamente significativa de −19.984 internações/ano (IC95%: −28.056 a −11.912; $p < 0,001$; $\rho = 0,266$). O teste de Mann-Kendall corroborou a tendência ($S = -35$; $\tau = -0,636$; $p = 0,008$). A variação total foi de −48,8% (365.948 em 2014 para 187.469 em 2024). O perfil etário foi marcadamente pediátrico: menores de 5 anos responderam por 34,6% dos casos. A pandemia de COVID-19 provocou queda adicional de 40,8% nas internações em 2020–2021, sem recuperação plena no pós-pandemia (−29,7% em relação ao pré-pandêmico). Todas as regiões apresentaram tendências decrescentes significativas, com o Norte partindo das maiores taxas (36,93/10.000 em 2014) e mantendo os maiores valores em 2024 (16,35/10.000).

Conclusão: As internações por gastroenterites como ICSAP apresentaram redução sustentada e estatisticamente significativa no período, refletindo possíveis avanços na cobertura da Estratégia Saúde da Família, melhoria do saneamento básico e expansão da cobertura vacinal. A persistência de desigualdades regionais, especialmente no Norte, indica que o caminho para a equidade em saúde ainda requer investimentos estruturais nas regiões mais vulneráveis.

Palavras-chave: Doenças Diarreicas; Desigualdades em Saúde; Hospitalização.

DOI: 10.51161/iv-conasus/87258

1 INTRODUÇÃO

As doenças diarreicas agudas constituem importante causa de morbimortalidade em crianças menores de cinco anos, especialmente em países de baixa e média renda (GBD 2019 Diarrhoeal Diseases Collaborators, 2022; World Health Organization, 2023). No Brasil, as gastroenterites infecciosas figuram historicamente entre as principais causas de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP). Embora hoje ocupem a terceira posição em volume absoluto entre as hospitalizações evitáveis do SUS — atrás de pneumonias bacterianas e infecções do trato urinário —, permanecem um marcador clássico e sensível da qualidade da atenção básica, do saneamento e da cobertura vacinal (Alfradique et al., 2009; Caldas; Santos Júnior; Sampaio, 2021).

A Lista Brasileira de ICSAP (Portaria SAS/MS n° 221/2008) inclui as gastroenterites infecciosas no Grupo 02, abrangendo diarreia e gastroenterite de origem infecciosa presumível, outras doenças infecciosas intestinais, cólera, febres tifóide e paratifóide, shiguelose, amebíase e depleção de volume associada (Brasil, 2008). Sua inclusão como ICSAP reflete a premissa de que o diagnóstico e manejo adequados na atenção primária — hidratação oral, reconhecimento precoce de sinais de alerta e vacinação — podem evitar a progressão para desidratação grave e hospitalização (Alfradique et al., 2009; Macinko; Starfield; Erinosho, 2009).

No Brasil, a redução das internações por gastroenterites é documentada desde o início dos anos 2000, associada à expansão da Estratégia Saúde da Família (ESF), à universalização do acesso à água tratada e ao esgotamento sanitário, e à introdução da vacina contra rotavírus em 2006 (Nedel et al., 2008; Carmo et al., 2011). Persistem, porém, desigualdades regionais, com Norte e Nordeste apresentando taxas sistematicamente mais elevadas (Caldas; Santos Júnior; Sampaio, 2021).

O período de 2014 a 2024 é de particular interesse por abranger o impacto da pandemia de COVID-19 (2020–2021), que reorganizou os serviços de saúde e pode ter afetado tanto a busca por atendimento quanto a transmissão de patógenos entéricos, por efeito protetor do distanciamento social (Guimarães et al., 2022). Até o momento, inexistem estudos ecológicos nacionais que analisem as internações por gastroenterites como ICSAP ao longo desse período completo, com abordagem de série temporal e estratificação regional.

2 MATERIAIS E MÉTODOS

Estudo ecológico, quantitativo e observacional de série temporal, com dados secundários do SIH/SUS, acessados via TABNET/DATASUS (Brasil, [s.d.]), referentes ao Grupo 02 da Lista Brasileira de ICSAP (Portaria MS n° 221/2008) (Brasil, 2008) — gastroenterites infecciosas e doenças diarreicas —, de janeiro de 2014 a dezembro de 2024. Os subgrupos incluídos foram: diarreia e gastroenterite de origem infecciosa presumível, outras doenças infecciosas intestinais, cólera (A00), febres tifóide e paratifóide (A01), shiguelose (A03), amebíase (A06) e depleção de volume associada (E86). Cada Autorização de Internação Hospitalar (AIH) foi contabilizada como internação única.

2.1 Variáveis e indicadores

As variáveis analisadas foram: número anual de internações por gastroenterites como ICSAP, taxa de internações por 10.000 habitantes (denominadores IBGE), distribuição por subgrupo diagnóstico, sexo, faixa etária e região geográfica. A análise temporal foi estratificada nos períodos pré-pandêmico (2018–2019), pandêmico (2020–2021) e pós-pandêmico (2022–2024).

2.2 Análise estatística

A análise estatística compreendeu regressão de Prais-Winsten com correção de autocorrelação AR(1) (procedimento de Cochrane-Orcutt), estimando-se β, IC95%, erro padrão, estatística t, valor de p e ρ. Complementarmente, o teste de Mann-Kendall avaliou tendência monotônica não paramétrica (S, τ, z), e o coeficiente de Pearson (r) mediu a correlação entre tempo e internações (IC95% via transformação z de Fisher), com significância de 5%. As análises foram conduzidas em Python 3.12 (numpy, pandas, scipy, statsmodels). Dados públicos desidentificados, dispensando aprovação por CEP (Resolução CNS n° 510/2016) (Brasil, 2016).

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 Tendência temporal — Brasil total

No período de 2014 a 2024, foram registradas 2.491.573 internações por gastroenterites infecciosas como ICSAP no SUS. A média anual foi de 226.507 ± 76.258 internações (mediana: 233.834), com redução absoluta de 48,8% ao longo da série (365.948 em 2014 para 187.469 em 2024) — a maior variação decrescente entre todos os 16 grupos de ICSAP analisados no período. A taxa de internação por 10.000 habitantes reduziu de 18,22 em 2014 para 8,82 em 2024, com média de 10,99 ± 3,90/10.000 hab.

A regressão de Prais-Winsten identificou tendência decrescente estatisticamente significativa de −19.984 internações/ano (IC95%: −28.056 a −11.912; EP = 4.118; t = −4,852; p < 0,001; ρ = 0,266). Para a taxa por 10.000 habitantes, a tendência foi igualmente significativa (β = −1,031/ano; IC95%: −1,508 a −0,554; EP = 0,211; t = −4,893; p < 0,001). O teste de Mann-Kendall corroborou a tendência decrescente para o número absoluto (S = −35; τ = −0,636; z = −2,647; p = 0,008) e para a taxa (S = −35; τ = −0,636; z = −2,647; p = 0,008). A correlação de Pearson entre o tempo e o número de internações foi de r = −0,889 (IC95%: −0,971 a −0,618; p < 0,001) (Tabelas 1 e 2).

Tabela 1 — Estatísticas descritivas das internações por gastroenterites como ICSAP, Brasil, 2014–2024

Variável	Média ± DP	Mediana	Mínimo	Máximo	Δ% (2014→2024)
Internações (n)	226.507 ± 76.258	233.834	133.964	365.948	−48,8%
Taxa /10.000 hab	10,99 ± 3,90	11,25	6,38	18,22	−51,6%

Tabela 2 — Regressão de Prais-Winsten e teste de Mann-Kendall: internações por gastroenterites como ICSAP, Brasil, 2014–2024

Variável	β (por ano)	IC 95%	EP	t	p-valor	Sig.	ρ AR(1)	τ Kendall	p MK
Internações (n)	−19.984	[−28.056; −11.912]	4.118	−4,852	<0,001	***	0,266	−0,636	0,0081**
Taxa /10.000 hab	−1,0310	[−1,5077; −0,5543]	0,211	−4,893	<0,001	***	0,314	−0,636	0,0081**

β = coeficiente angular; EP = erro padrão; ρ = coeficiente AR(1); τ = tau de Kendall. ** p < 0,01; *** p < 0,001.

3.2 Série histórica e impacto da pandemia de COVID-19

A série histórica evidenciou queda progressiva das internações ao longo de todo o período pré-pandêmico (365.948 em 2014 a 233.834 em 2019; −36,1%). O biênio pandêmico (2020–2021) provocou queda adicional expressiva de 40,8% em relação à média pré-pandêmica de 238.444/ano (2018–2019), atingindo o menor valor da série em 2021 (133.964 internações). Diferentemente dos demais grupos de ICSAP, as internações por gastroenterites não recuperaram o patamar pré-pandêmico no período pós-pandêmico (média de 167.540/ano em

2022–2024; −29,7% em relação ao pré-pandêmico), sugerindo que as medidas de higiene e distanciamento social adotadas durante a pandemia produziram efeito protetor duradouro sobre a transmissão de patógenos entéricos, ou que mudanças comportamentais permanentes reduziram a exposição a fontes de contaminação (Tabela 3).

Tabela 3 — Série histórica das internações por gastroenterites como ICSAP e taxa por 10.000 habitantes, Brasil, 2014–2024

Ano	Internações (n)	Taxa /10.000 hab	Δ anual	Observação
2014	365.948	18,22	—	—
2015	299.497	14,80	−18,2%	—
2016	305.780	15,00	+2,1%	—
2017	258.705	12,61	−15,4%	—
2018	243.054	11,77	−6,0%	—
2019	233.834	11,25	−3,8%	—
2020	148.172	7,08	−36,6%	COVID-19 ⚠
2021	133.964	6,38	−9,6%	COVID-19 ⚠
2022	155.954	7,40	+16,4%	—
2023	159.196	7,52	+2,1%	—
2024	187.469	8,82	+17,8%	—

2020–2021: impacto da pandemia de COVID-19. Δ anual = variação percentual em relação ao ano anterior. Fonte: SIH/SUS/DATASUS; IBGE.

3.3 Distribuição por subgrupo diagnóstico

Os dois subgrupos de maior volume responderam por 89,5% das internações: diarreia e gastroenterite de origem infecciosa presumível (49,2%; Δ=−34,4%) e outras doenças infecciosas intestinais (40,3%; Δ=−61,5%). A depleção de volume associada representou 9,3% (Δ=−59,4%). As doenças de transmissão hídrica e fecal-oral — cólera, febre tifoide, shiguelose e amebíase — somaram apenas 1,2%, com quedas expressivas (−54,9% a −69,3%), refletindo melhoras no saneamento e na qualidade da água (Tabela 4).

Tabela 4 — Distribuição das internações por gastroenterites como ICSAP segundo subgrupo diagnóstico, Brasil, 2014–2024

Subgrupo	Total período	% do total	2014	2024	Δ% (2014→2024)
Diarreia e gastroenterite infecciosa presumível	1.226.746	49,2%	168.478	110.469	−34,4%
Outras doenças infecciosas intestinais	1.004.558	40,3%	157.313	60.561	−61,5%
Depleção de volume	232.193	9,3%	35.708	14.511	−59,4%
Amebíase	14.258	0,6%	2.552	783	−69,3%
Cólera	8.424	0,3%	1.028	768	−25,3%
Febre tifoide e paratifóide	3.818	0,2%	599	270	−54,9%
Shiguelose	1.576	0,1%	270	107	−60,4%
TOTAL	2.491.573	100%	365.948	187.469	−48,8%

Fonte: SIH/SUS/DATASUS.

3.4 Distribuição por faixa etária

O perfil etário foi marcadamente pediátrico: menores de 5 anos responderam por 34,6% das internações (9,1% menores de 1 ano; 25,5% de 1 a 4 anos), totalizando, com a faixa de 5 a 9 anos (11,1%), 45,7% em menores de 10 anos. As faixas adultas e idosas, com menor peso proporcional, cresceram relativamente ao longo da série, à medida que as internações pediátricas declinaram mais intensamente (Tabela 5).

Tabela 5 — Distribuição das internações por gastroenterites como ICSAP segundo faixa etária, Brasil, 2014–2024 (acumulado)

Faixa etária	Internações (n)	% do total
Menor 1 ano	227.899	9,1%
1 a 4 anos	636.033	25,5%
5 a 9 anos	277.006	11,1%
10 a 14 anos	122.941	4,9%
15 a 19 anos	99.957	4,0%
20 a 29 anos	175.912	7,1%
30 a 39 anos	155.924	6,3%
40 a 49 anos	144.259	5,8%
50 a 59 anos	151.530	6,1%
60 a 69 anos	162.660	6,5%
70 a 79 anos	169.739	6,8%
80 anos e mais	167.713	6,7%
TOTAL	2.491.573	100%

Fonte: SIH/SUS/DATASUS.

3.5 Distribuição por sexo

A distribuição por sexo foi praticamente equilibrada, com leve predominância masculina (52,1% vs. 47,9%). Ambos os sexos apresentaram tendências decrescentes estatisticamente significativas e de magnitude semelhante (Mann-Kendall $\tau = -0{,}636$; $p = 0{,}008$ para ambos), com variações percentuais quase idênticas (−48,9% e −48,7%).

3.6 Análise regional

Todas as cinco regiões apresentaram tendências decrescentes estatisticamente significativas (Prais-Winsten e Mann-Kendall). O Norte partiu das maiores taxas do país (36,93/10.000 em 2014, mais que o dobro da taxa nacional), compatível com desigualdades históricas de saneamento e acesso a serviços, e registrou queda de −51,4% — mantendo, ainda assim, a maior taxa em 2024 (16,35/10.000). O Sudeste apresentou as menores taxas, absolutas e em 2024 (4,57/10.000). O Nordeste, segunda maior taxa, também caiu significativamente (−52,1%; $\tau = -0{,}636$; $p = 0{,}008$) (Tabela 6).

Tabela 6 — Internações por gastroenterites como ICSAP segundo região geográfica, Brasil, anos selecionados

Região	2014	2019	2020	2021	2024	Δ% (2014→2024)	β (n/ano)	p PW	τ MK	p MK
Norte	62.876	38.344	25.742	25.138	30.527	−51,4%	−3.308	0,001**	−0,636	0,008**
Nordeste	166.358	102.503	66.719	59.471	79.753	−52,1%	−9.429	0,002**	−0,636	0,008**
Sudeste	72.538	48.458	29.320	26.461	40.528	−44,1%	−3.535	0,008**	−0,600	0,013*
Sul	37.155	26.296	15.986	12.799	19.473	−47,6%	−2.064	0,003**	−0,673	0,005**
Centro-Oeste	27.021	18.233	10.405	10.095	17.188	−36,4%	−1.156	0,022*	−0,564	0,020*

β = coeficiente angular anual (Prais-Winsten); PW = Prais-Winsten; MK = Mann-Kendall. * $p < 0{,}05$; ** $p < 0{,}01$; *** $p < 0{,}001$. Taxas /10.000 em 2014: Norte 36,93; Nordeste 30,30; Sul 12,90; Centro-Oeste 17,78; Sudeste 8,54. Em 2024: Norte 16,35; Nordeste 13,96; Centro-Oeste 10,07; Sul 6,26; Sudeste 4,57. Fonte: SIH/SUS/DATASUS; IBGE.

Tendência decrescente e seus determinantes

A redução de 48,8% nas internações por gastroenterites como ICSAP, confirmada pela regressão de Prais-Winsten ($\beta = -19.984$/ano; $p < 0{,}001$) e pelo teste de Mann-Kendall ($\tau = -0{,}636$; $p = 0{,}008$), representa o maior declínio absoluto entre os grupos de ICSAP e é consistente com a literatura (Nedel et al., 2008; Carmo et al., 2011). Três determinantes explicam essa trajetória: (i) a expansão da Estratégia Saúde da Família, com melhora no manejo ambulatorial e orientação sobre sinais de desidratação (Caldas; Santos Júnior; Sampaio, 2021; Macinko; Starfield; Erinosho, 2009); (ii) o progresso no saneamento básico, reduzindo a

exposição a patógenos entéricos (Instituto Trata Brasil, 2024); e (iii) a Vacina Oral de Rotavírus Humano (VORH), introduzida em 2006, associada a expressiva redução nas hospitalizações por gastroenterite viral em crianças (Carmo et al., 2011).

Perfil pediátrico e implicações para a atenção primária

A concentração de 45,7% das internações em menores de 10 anos — com destaque para 1 a 4 anos (25,5%) — é consistente com o perfil epidemiológico global das doenças diarreicas, que afetam desproporcionalmente crianças pequenas pela imaturidade imunológica e maior exposição a fontes de contaminação (GBD 2019 Diarrhoea Diseases Collaborators, 2022; World Health Organization, 2023), reforçando o papel da puericultura na atenção básica (Macinko; Starfield; Erinosho, 2009). Esse achado também é um alerta político-sanitário: o declínio das coberturas vacinais infantis do PNI na última década pode reverter parte dos ganhos obtidos com a VORH, criando bolsões de suscetibilidade imunológica. A persistência de internações em idosos (6,7%) também preocupa, pois, a desidratação nessa faixa etária progride mais rapidamente para disfunção renal aguda, exigindo protocolos de manejo rápido na APS.

Impacto da pandemia de COVID-19 e efeito protetor duradouro

A queda de 40,8% nas internações durante a pandemia (2020–2021) é consistente com outros estudos brasileiros, que identificaram a gastroenterite entre as causas de ICSAP com maior redução no período, ao lado da hipertensão (Imperador et al., 2025). Essa redução pode refletir o efeito protetor do distanciamento social e da higiene intensificada, o represamento de demanda por medo de contágio, e a menor circulação de agentes entéricos com o fechamento de escolas (Guimarães et al., 2022). A permanência das internações abaixo do patamar pré-pandêmico sugere efeito duradouro desses fatores, embora não seja possível, com os dados disponíveis, isolar a contribuição de cada mecanismo.

Desigualdades regionais persistentes

Embora as desigualdades regionais permaneçam relevantes, a razão entre as taxas do Norte e do Sudeste reduziu-se de 4,3 (2014) para 3,6 (2024), sugerindo convergência gradual. O Norte manteve em 2024 a maior taxa do país (16,35/10.000 habitantes), 3,6 vezes a do Sudeste (4,57/10.000), padrão compatível com desigualdades históricas de saneamento e acesso a serviços de saúde. A redução adicional dependerá de ações integradas em infraestrutura sanitária, atenção primária e vigilância de doenças de transmissão hídrica e alimentar.

Limitações

Este estudo apresenta limitações inerentes ao delineamento ecológico e ao uso de dados administrativos secundários. O SIH/SUS registra internações, não pacientes, e a ausência de variáveis clínicas individuais impede o controle de fatores como gravidade da desidratação, agente etiológico e condição socioeconômica. O impacto isolado de cada determinante — ESF, saneamento, vacinação — não pôde ser estimado neste delineamento, objetivo para estudos analíticos futuros. Os dados pós-pandêmicos podem ainda refletir efeito residual das medidas de higiene adotadas durante a pandemia, dificultando a interpretação da tendência mais recente.

4 CONCLUSÃO

Entre 2014 e 2024, as internações por gastroenterites como ICSAP apresentaram redução expressiva e sustentada no SUS brasileiro, o maior declínio absoluto entre os grupos de ICSAP analisados, embora ainda concentradas na população pediátrica e desigualmente distribuídas, com taxas persistentemente mais elevadas no Norte e Nordeste. A persistência dessas diferenças reforça a necessidade de investimentos contínuos em saneamento, vigilância epidemiológica e fortalecimento da atenção primária nas áreas mais vulneráveis.

REFERÊNCIAS

ALFRADIQUE, Maria Eugênia et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP-Brasil). *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, p. 1337-1349, 2009.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016**. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. *Diário Oficial da União*: Brasília, DF, 24 maio 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS)**. *Morbidade Hospitalar do SUS (SIH/SUS), por local de internação*. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sia/cnv/qauf.def. Acesso em: 4 jun. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria SAS/MS nº 221, de 17 de abril de 2008**. Publica a Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária. *Diário Oficial da União*: Brasília, DF, 18 abr. 2008.

CALDAS, A. D. R.; SANTOS JÚNIOR, M. R.; SAMPAIO, L. F. R. Taxa de internações por condições sensíveis à atenção primária no Brasil: 2010 a 2019. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, DF, v. 30, n. 3, e2020575, 2021.

CARMO, G. M. I. do et al. Decline in diarrhea mortality and admissions after routine childhood rotavirus immunization in Brazil: a time-series analysis. *PLoS Medicine*, San Francisco, v. 8, n. 4, e1001024, 2011. DOI: https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001024.

GBD 2019 DIARRHOEAL DISEASES COLLABORATORS. Quantifying risks and interventions that have affected the burden of diarrhoea among children younger than 5 years: an analysis of the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet Infectious Diseases*, London, v. 22, n. 2, p. 255-272, 2022.

GUIMARÃES, R. A. et al. Analysis of the impact of coronavirus disease 19 on hospitalization rates for chronic non-communicable diseases in Brazil. *PLoS ONE*, San Francisco, v. 17, n. 3, e0265458, 2022.

IMPERADOR, A. C. et al. O impacto da pandemia da COVID-19 nos níveis de internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP). *Aracê*, v. 7, n. 11, e10500, 2025.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Estimativas da população residente para os municípios e para as Unidades da Federação brasileiras*. Rio de Janeiro: IBGE, 2024. Disponível em: https://www.ibge.gov.br. Acesso em: 4 jun. 2026.

INSTITUTO TRATA BRASIL. *Ranking do saneamento 2024*. São Paulo: Instituto Trata Brasil, 2024. Disponível em: https://tratabrasil.org.br. Acesso em: 4 jun. 2026.

MACINKO, James; STARFIELD, Barbara; ERINOSHO, Taye. The impact of primary healthcare on population health in low- and middle-income countries. *Journal of Ambulatory Care Management*, Hagerstown, v. 32, n. 2, p. 150-171, 2009.

NEDEL, F. B. et al. Family Health Program and ambulatory care-sensitive conditions in Southern Brazil. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 42, n. 6, p. 1041-1052, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Diarrhoeal disease: key facts*. Geneva: WHO, 2023. Disponível em: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diarrhoeal-disease.. Acesso em: 4 jun. 2026.

BARREIRAS DE ACESSO E ADESÃO DO HOMEM ADULTO À ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UMA REVISÃO DA LITERATURA

RAFAELA MOZZATTO; LUIS ANDRES VENTURA SALINAS; MARIANA TIEMI UMADA; FILIPE KENZO MARUBAYASHI KAGUE

Introdução: A população masculina apresenta menor expectativa de vida que a feminina e maiores índices de morbimortalidade por causas evitáveis, associados à menor procura pelos serviços de saúde. Apesar da instituição, em 2009, da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), que buscou reduzir as barreiras que afastam esse público da Atenção Primária à Saúde (APS), os homens ainda a utilizam menos do que as mulheres, buscando atendimento apenas em agravamento clínico, o que compromete o vínculo e a longitudinalidade do cuidado. Fatores culturais que associam o cuidado à fragilidade somam-se a barreiras organizacionais dos serviços, estruturados em torno de programas voltados a mulheres e crianças. Compreender esses obstáculos é essencial para ampliar o acesso masculino à APS. **Objetivo:** Identificar, a partir da literatura científica, as principais barreiras de acesso e adesão do homem adulto à APS no Brasil, bem como estratégias para superá-las. **Metodologia:** Trata-se de revisão narrativa da literatura, com busca na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS/LILACS) e na SciELO. Empregaram-se os descritores "Saúde do Homem", "Atenção Primária à Saúde" e "Acessibilidade aos Serviços de Saúde", combinados pelos operadores booleanos AND e OR. Foram incluídos estudos em português, disponíveis na íntegra, publicados entre 2018 e 2026. Após leitura de títulos e resumos, selecionaram-se cinco estudos. **Resultados:** A literatura aponta que as barreiras são multifatoriais e distribuem-se em três dimensões inter-relacionadas. As socioculturais associam-se à masculinidade hegemônica, que vincula o cuidado à fragilidade e sustenta a percepção de invulnerabilidade. As institucionais incluem horários incompatíveis com o trabalho, demora, acolhimento inadequado, rotatividade de profissionais e serviços voltados a demandas materno-infantis. As individuais abrangem baixa percepção de risco, automedicação e desconhecimento da PNAISH e das ações disponíveis. Em contrapartida, os estudos destacam estratégias promissoras: ações educativas, flexibilização de horários, qualificação das equipes e fortalecimento do vínculo longitudinal. **Conclusão:** As barreiras de acesso do homem adulto à APS persistem apesar da PNAISH e resultam da interação entre fatores socioculturais, institucionais e individuais. Superá-las exige reorganização dos serviços, educação em saúde e ações intersetoriais que reconheçam as especificidades masculinas, fortalecendo o acompanhamento e reduzindo agravos evitáveis.

Palavras-chave: **ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE; ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE; SAÚDE DO HOMEM**

DOI: 10.51161/iv-conasus/87264

INTERNAÇÕES POR DOENÇAS CEREBROVASCULARES COMO CONDIÇÃO SENSÍVEL À ATENÇÃO PRIMÁRIA NO SUS ENTRE 2014 E 2024: TENDÊNCIA TEMPORAL, DISTRIBUIÇÃO REGIONAL E IMPACTO DA PANDEMIA DE COVID-19

BEATRIZ GONÇALVES ANDRADE DOS SANTOS; CAROLINA GUIMARÃES SOFFIATTI; LAÍS GONÇALVES ANDRADE DOS SANTOS; PATRÍCIA CARLA ZANELATTO GONÇALVES

Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR), Curitiba, PR, Brasil

RESUMO

Introdução: As doenças cerebrovasculares (DCV) constituem uma das principais causas de morbimortalidade e incapacidade funcional no Brasil. Como Condição Sensível à Atenção Primária (ICSAP), as internações por DCV sinalizam falhas no controle de fatores de risco modificáveis na atenção básica, como hipertensão arterial, diabetes mellitus e dislipidemia.

Objetivo: Analisar a tendência temporal das internações por DCV como ICSAP no SUS entre 2014 e 2024, identificando padrões por subgrupo diagnóstico, sexo, faixa etária, região geográfica e o impacto da pandemia de COVID-19.

Método: Estudo ecológico de série temporal com dados do SIH/SUS (TABNET/DATASUS), Grupo 12 da Lista Brasileira de ICSAP (Portaria MS n° 221/2008). Análise por regressão de Prais-Winsten com correção AR(1) e teste de Mann-Kendall. Taxas por 10.000 habitantes (IBGE).

Resultados: Foram registradas 2.455.761 internações por DCV como ICSAP (média anual de 223.251 ± 23.896; taxa média 10,75 ± 0,97/10.000 hab). A regressão de Prais-Winsten identificou tendência crescente significativa (+6.553 internações/ano; IC95%: 4.213 a 8.892; $p < 0,001$), com variação de +34,8% entre 2014 e 2024, corroborada pelo Mann-Kendall ($\tau = +0,855$; $p < 0,001$). O subgrupo de maior volume foi o AVC não especificado (I64; 73,4%), seguido pelo infarto cerebral (I63; 9,6%, maior crescimento relativo: +62,0%). O sexo feminino concentrou 52,0% das internações. Faixas acima de 60 anos responderam por 70,9% dos casos. Todas as regiões apresentaram tendências crescentes significativas, com maiores taxas no Sul e menor no Norte. A pandemia provocou redução de apenas 3,6%, menor impacto que o observado no conjunto das ICSAP.

Conclusão: As internações por DCV como ICSAP apresentaram crescimento sustentado e significativo entre 2014 e 2024, com tendência crescente em todas as regiões, sugerindo persistência de falhas no controle de fatores de risco cerebrovasculares na atenção primária. Estratégias de vigilância e manejo longitudinal de hipertensão, diabetes e fibrilação atrial são prioritárias para reverter essa tendência.

Palavras-chave: Acidente Vascular Cerebral; Hipertensão; Envelhecimento.

1 INTRODUÇÃO

As doenças cerebrovasculares (DCV) representam uma das principais causas de mortalidade e incapacidade funcional no mundo e no Brasil (Feigin et al., 2022; Sociedade Brasileira de Neurologia, 2022). O Brasil, apesar da redução de 40,4% na taxa padronizada de mortalidade cardiovascular entre 1990 e 2015, ainda apresenta uma das maiores cargas cerebrovasculares da América Latina, com impacto expressivo sobre o SUS em internações, custos e sequelas (Brant et al., 2017).

DOI: 10.51161/iv-conasus/87265

No contexto das ICSAP, as DCV ocupam papel peculiar: apesar da alta complexidade assistencial, sua ocorrência pode ser reduzida mediante controle efetivo de fatores de risco modificáveis na atenção básica — hipertensão arterial sistêmica, diabetes, dislipidemia e fibrilação atrial (Alfradique et al., 2009; Macinko; Starfield; Erinosho, 2009). A Lista Brasileira de ICSAP (Portaria SAS/MS n° 221/2008) inclui as DCV no Grupo 12, reconhecendo-as como condição potencialmente evitável mediante cuidado oportuno na atenção primária (Brasil, 2008).

A hipertensão, presente em cerca de 70% dos casos de AVC (Sociedade Brasileira de Neurologia, 2022), é o principal alvo das intervenções da Estratégia Saúde da Família. Paradoxalmente, enquanto as internações por hipertensão como ICSAP têm tendência histórica de queda na literatura brasileira (Macinko; Starfield; Erinosho, 2009), as internações por DCV exibiram trajetória crescente no mesmo intervalo, sugerindo dissociação entre o controle pressórico registrado e o desfecho cerebrovascular efetivo.

O período de 2014 a 2024 abrange a expansão pré-pandêmica da ESF, o biênio pandêmico de COVID-19 (2020–2021), com impacto particular sobre condições crônicas (Guimarães et al., 2022), e a retomada pós-pandêmica. Este estudo analisa a tendência temporal, a distribuição regional e o impacto da pandemia sobre as internações por DCV como ICSAP no SUS entre 2014 e 2024, identificando padrões por subgrupo diagnóstico, sexo, faixa etária e região geográfica.

2 MATERIAIS E MÉTODOS

Estudo ecológico, quantitativo e observacional de série temporal, com dados secundários do SIH/SUS, acessados via TABNET/DATASUS (Brasil, [s.d.]), referentes ao Grupo 12 da Lista Brasileira de ICSAP (Portaria MS n° 221/2008) (Brasil, 2008) — doenças cerebrovasculares (CID-10: G45–G46, I63, I64, I65–I67, I69) —, de janeiro de 2014 a dezembro de 2024. Os diagnósticos incluíram acidente isquêmico transitório (G45–G46), infarto cerebral (I63), AVC não especificado (I64), outras DCV (I65–I67) e sequelas (I69). Cada Autorização de Internação Hospitalar (AIH) foi contabilizada como internação única.

2.1 Variáveis e indicadores

As variáveis analisadas foram: número anual de internações, taxa por 10.000 habitantes (IBGE, 2024), distribuição por subgrupo diagnóstico, sexo, faixa etária e região geográfica. A análise temporal foi estratificada nos períodos pré-pandêmico (2018–2019), pandêmico (2020–2021) e pós-pandêmico (2022–2024).

2.2 Análise estatística

A análise compreendeu regressão de Prais-Winsten com correção de autocorrelação AR(1) (Cochrane-Orcutt), estimando-se β, IC95%, erro padrão, estatística t, valor de p e ρ. Complementarmente, o teste de Mann-Kendall avaliou tendência monotônica não paramétrica (S, τ, z), e os coeficientes de Pearson (r) e Spearman (rs) mediram a correlação entre tempo e internações (IC95% via transformação z de Fisher para Pearson), com significância de 5%. Análises conduzidas em Python 3.12 (numpy, pandas, scipy, statsmodels). Dados públicos desidentificados, dispensando aprovação por CEP (Brasil, 2016).

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 Tendência temporal — Brasil total

No período de 2014 a 2024, foram registradas 2.455.761 internações por DCV como ICSAP no SUS, com média anual de 223.251 ± 23.896 (mediana: 217.940) e crescimento de 34,8% (195.556 em 2014 para 263.666 em 2024). A taxa por 10.000 habitantes subiu de 9,74 para 12,40, média de 10,75 ± 0,97. A regressão de Prais-Winsten identificou tendência crescente significativa ($\beta = +6.553$/ano; IC95%: +4.213 a +8.892; $p < 0,001$; $\rho = 0,275$), confirmada para a taxa ($\beta = +0,2561$/ano; $p = 0,0036$). O teste de Mann-Kendall corroborou a tendência para o número absoluto ($\tau = +0,855$; $p < 0,001$) e a taxa ($\tau = +0,782$; $p = 0,0011$). A correlação de Pearson foi $r = +0,902$ ($p < 0,001$) e de Spearman $rs = +0,927$ ($p < 0,001$) (Tabelas 1 e 2).

DOI: 10.51161/iv-conasus/87265

Tabela 1 — Estatísticas descritivas das internações por DCV como ICSAP, Brasil, 2014–2024

Variável	Média ± DP	Mediana	Mínimo	Máximo	Δ% (2014→2024)
Internações (n)	223.251 ± 23.896	217.940	195.556	263.666	+34,8%
Taxa /10.000 hab	10,75 ± 0,97	10,37	9,74	12,40	+27,4%

DP = desvio padrão; Δ% = variação percentual entre 2014 e 2024. Fonte: SIH/SUS/DATASUS; IBGE.

Tabela 2 — Regressão de Prais-Winsten e teste de Mann-Kendall: internações por DCV como ICSAP, Brasil, 2014–2024

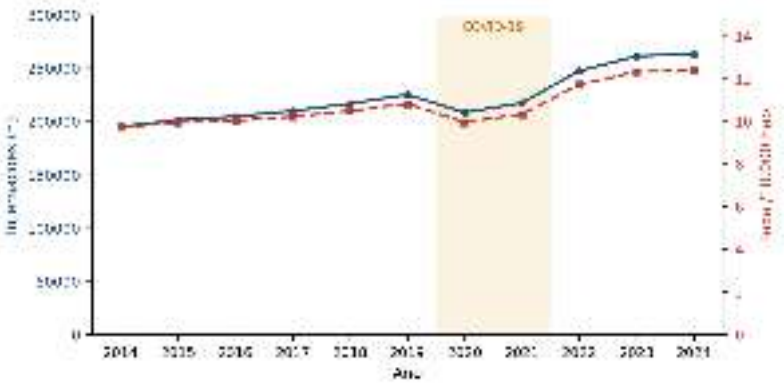
Variável	β (por ano)	IC 95%	EP	t	p-valor	Sig.	ρ AR(1)	τ Kendall	p MK
Internações (n)	+6.553	[+4.213; +8.892]	1.194	5,489	0,0004	***	0,275	+0,855	0,0003***
Taxa /10.000 hab	+0,2561	[+0,1075; +0,4047]	0,066	3,899	0,0036	**	0,424	+0,782	0,0011**

β = coeficiente angular (Prais-Winsten); EP = erro padrão; ρ = coeficiente AR(1); τ = tau de Kendall. ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

3.2 Série histórica e impacto da pandemia de COVID-19

A série evidenciou crescimento progressivo pré-pandêmico (195.556 em 2014 a 225.685 em 2019), redução modesta no biênio pandêmico (−3,6% frente à média pré-pandêmica) e aceleração marcante no pós-pandemia (+16,4% acima do pré-pandêmico). Diferentemente do padrão de quedas acentuadas observado para outras ICSAP durante a pandemia, as DCV mostraram maior resistência ao impacto — magnitude inferior, inclusive, à redução de cerca de 15% nas internações cardiovasculares agudas em geral no país (Normando et al., 2021) —, sugerindo menor possibilidade de adiamento assistencial para eventos cerebrovasculares agudos (Figura 1).

Figura 1 — Série histórica das internações por DCV como ICSAP e taxa por 10.000 habitantes, Brasil, 2014–2024



Fonte: SIH/SUS/DATASUS; IBGE.

3.3 Distribuição por subgrupo diagnóstico

O subgrupo de maior volume foi o AVC não especificado (I64), com 73,4% das internações (Δ=+38,2%). O infarto cerebral (I63) representou 9,6% e exibiu o maior crescimento relativo (+62,0%), possivelmente refletindo tanto aumento real da incidência quanto maior especificação diagnóstica pela ampliação do acesso à neuroimagem. O acidente isquêmico transitório (G45–G46) correspondeu a 9,3%, com variação praticamente nula (−0,7%). Outras DCV e sequelas somaram 7,8% (Δ=+26,0%) (Tabela 3).

Tabela 3 — Distribuição das internações por DCV como ICSAP segundo subgrupo diagnóstico, Brasil, 2014–2024

Subgrupo (CID-10)	Total período	% do total	2014	2024	Δ% (2014→2024)

AVC não especificado (I64)	1.802.791	73,4%	141.909	196.086	+38,2%
Infarto cerebral (I63)	234.695	9,6%	15.655	25.359	+62,0%
AIT e síndromes correlatas (G45–G46)	227.330	9,3%	21.119	20.963	−0,7%
Outras DCV e sequelas (I65–I67; I69)	190.945	7,8%	16.873	21.258	+26,0%
TOTAL	2.455.761	100%	195.556	263.666	+34,8%

AVC = acidente vascular cerebral; AIT = acidente isquêmico transitório; DCV = doenças cerebrovasculares. Fonte: SIH/SUS/DATASUS.

3.4 Distribuição por sexo

O sexo feminino concentrou 52,0% das internações, contra 48,0% do masculino. Ambos os sexos apresentaram tendências crescentes significativas (Mann-Kendall: feminino τ=+0,891, masculino τ=+0,818; p<0,001 para ambos), com crescimento ligeiramente maior no feminino (+36,6% vs. +32,9%).

3.5 Distribuição por faixa etária

As internações concentraram-se nas faixas mais avançadas: 70–79 anos (26,0%), 60–69 anos (25,2%) e 80 anos e mais (19,6%) somaram 70,9% do total. A faixa de 50–59 anos representou 16,0%. As faixas abaixo de 40 anos somaram apenas 5,1% dos casos (Tabela 4).

Tabela 4 — Distribuição das internações por DCV como ICSAP segundo faixa etária, Brasil, 2014–2024 (acumulado)

Faixa etária	Internações (n)	% do total
< 1 ano	1.632	0,1%
1–4 anos	1.667	0,1%
5–9 anos	1.886	0,1%
10–14 anos	3.255	0,1%
15–19 anos	7.924	0,3%
20–29 anos	32.575	1,3%
30–39 anos	77.427	3,2%
40–49 anos	196.273	8,0%
50–59 anos	393.126	16,0%
60–69 anos	618.362	25,2%
70–79 anos	639.147	26,0%
80 anos e mais	482.487	19,6%
TOTAL	2.455.761	100%

Fonte: SIH/SUS/DATASUS. Valores ajustados proporcionalmente (fator 0,8771) para excluir registros de 2025–2026 incluídos na extração acumulada do TABNET; ver Limitações.

3.6 Análise regional

Todas as cinco regiões apresentaram tendências crescentes estatisticamente significativas (Mann-Kendall e Prais-Winsten). O Sudeste registrou o maior volume absoluto e a tendência mais expressiva (β=+3.173/ano; p<0,001), em função da densidade populacional. Em taxas por 10.000 habitantes, o Sul apresentou os maiores valores ao longo de toda a série (13,61 em 2014 a 16,44 em 2024), possivelmente associado ao maior envelhecimento regional. O Norte registrou as menores taxas (6,84 a 8,80), embora com tendência crescente significativa (τ=+0,600; p=0,013) (Tabela 5).

Tabela 5 — Internações por DCV como ICSAP segundo região geográfica, Brasil, anos selecionados

Região	2014	2019	2020	2021	2024	Δ%	β (n/ano)	p PW	τ MK	p MK
Norte	11.646	12.033	10.656	12.091	16.425	+41,0%	+454	0,013*	+0,600	0,013*
Nordeste	52.016	61.739	53.485	57.479	68.457	+31,6%	+1.438	0,001**	+0,709	0,003**

Sudeste	80.402	94.618	90.203	94.697	111.525	+38,7%	+3.173	<0,001***	+0,891	0,0002***
Sul	39.201	43.458	41.215	40.599	51.157	+30,5%	+1.078	0,005**	+0,636	0,008**
Centro-Oeste	12.291	13.837	13.268	13.074	16.102	+31,0%	+389	<0,001***	+0,855	0,0003***

β = coeficiente angular anual (Prais-Winsten); PW = Prais-Winsten; MK = Mann-Kendall. * p < 0,05; ** p < 0,01; *** p < 0,001. Taxas /10.000: Norte 6,84→8,80; Nordeste 9,48→11,99; Sudeste 9,47→12,58; Sul 13,61→16,44; Centro-Oeste 8,09→9,43. Fonte: SIH/SUS/DATASUS; IBGE.

Discussão

Tendência crescente e suas implicações para a atenção primária

O crescimento de 34,8% nas internações por DCV, confirmado pela regressão de Prais-Winsten (p<0,001) e pelo Mann-Kendall (p<0,001), contrasta com a tendência decrescente historicamente observada para a maioria das ICSAP no Brasil (Alfradique et al., 2009). Esse paradoxo sugere que o controle pressórico registrado na atenção básica pode não estar se traduzindo em redução efetiva do risco cerebrovascular, possivelmente pela persistência de hipertensão não controlada fora do ambiente clínico, sub-reconhecimento de fibrilação atrial e baixa adesão à anticoagulação (Sociedade Brasileira de Neurologia, 2022; Brant et al., 2017). O crescimento acelerado pós-pandêmico (+16,4%) pode refletir tanto o impacto do próprio SARS-CoV-2 sobre o sistema cardiovascular quanto a interrupção do acompanhamento crônico durante a pandemia (Guimarães et al., 2022).

Subgrupos diagnósticos, perfil etário e fibrilação atrial

A predominância do AVC não especificado (I64; 73,4%) sobre o infarto cerebral especificado (I63; 9,6%) pode refletir limitações diagnósticas — ausência de neuroimagem disponível no momento da internação, sobretudo em serviços de menor complexidade nas regiões Norte e Nordeste (Brant et al., 2017) —, e o crescimento do I63 (+62,0%) sugere melhoria diagnóstica ao longo da série. A concentração de 80,4% das internações em maiores de 60 anos é consistente com o perfil epidemiológico global das DCV, cuja incidência dobra a cada década após os 55 anos (Feigin et al., 2022), reforçando a necessidade de rastreamento de fibrilação atrial na atenção primária (Sociedade Brasileira de Neurologia, 2022). O manejo dessa arritmia no idoso enfrenta barreiras práticas — monitoramento laboratorial frequente com varfarina e receio de sangramento em pacientes com quedas e polifarmácia —, e a ausência de transição estruturada para anticoagulantes diretos (DOACs) na rede básica perpetua uma janela de vulnerabilidade embólica que sobrecarrega a urgência hospitalar.

Desigualdades regionais e impacto da pandemia

As maiores taxas de internação por DCV concentraram-se no Sul ao longo de toda a série, e as menores no Norte, padrão relacionado a diferenças demográficas e de acesso a serviços (Oliveira et al., 2017); porém, o maior crescimento relativo ocorreu no Norte, indicando que a expansão das hospitalizações tem caráter nacional. A relativa resistência das internações à pandemia (−3,6%) — inferior à redução de cerca de 15% relatada para internações cardiovasculares agudas em geral (Normando et al., 2021) — reflete o caráter de urgência dos eventos cerebrovasculares, que não permitem adiamento assistencial como ocorre em condições eletivas.

Limitações

Este estudo apresenta limitações inerentes ao delineamento ecológico e a dados administrativos secundários, sujeitos a inconsistências de codificação (Alfradique et al., 2009). A alta proporção do código I64 limita a análise etiológica, e o delineamento impossibilita o controle de variáveis individuais — comorbidades, gravidade do AVC, tempo porta-agulha, acesso a trombólise ou trombectomia. O envelhecimento populacional não foi ajustado por padronização direta. A distribuição por faixa etária (Tabela 4) foi ajustada proporcionalmente (fator 0,8771) para excluir registros de 2025–2026 incluídos na extração acumulada do TABNET, aproximação razoável mas não uma extração direta.

4 CONCLUSÃO

Entre 2014 e 2024, as internações por DCV como ICSAP apresentaram crescimento sustentado no SUS brasileiro, em todas as regiões, com predomínio em idosos e discreta redução durante a pandemia seguida de recuperação acelerada. A predominância do AVC não especificado e o crescimento das formas etiologicamente definidas sugerem transformações simultâneas no perfil epidemiológico e na capacidade diagnóstica dos serviços. Os achados indicam que avanços no manejo de fatores de risco cardiovasculares podem não estar se traduzindo integralmente em redução das hospitalizações por DCV, reforçando a importância do fortalecimento da prevenção, do acompanhamento longitudinal de condições crônicas e da identificação precoce de fatores de risco na atenção primária.

REFERÊNCIAS

ALFRADIQUE, Maria Eugênia et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP-Brasil). Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, p. 1337-1349, 2009.

BRANT, Luisa C. C. et al. Variações e diferenciais da mortalidade por doença cardiovascular no Brasil e em seus estados, em 1990 e 2015: estimativas do Estudo Carga Global de Doença. Revista Brasileira de Epidemiologia, v. 20, supl. 1, p. 116-128, 2017.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n° 510, de 7 de abril de 2016. Brasília: CNS, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS (DATASUS). Morbidade Hospitalar do SUS (SIH/SUS), por local de internação. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br. Acesso em: 4 jun. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS n° 221, de 17 de abril de 2008. Publica a Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 18 abr. 2008.

FEIGIN, Valery L. et al. World Stroke Organization (WSO): Global Stroke Fact Sheet 2022. International Journal of Stroke, v. 17, n. 1, p. 18-29, 2022.

GUIMARÃES, Rafael Alves et al. Analysis of the impact of coronavirus disease 19 on hospitalization rates for chronic non-communicable diseases in Brazil. PLoS One, San Francisco, v. 17, n. 3, e0265458, 2022.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Estimativas da população residente para os municípios e para as Unidades da Federação brasileiras. Rio de Janeiro: IBGE, 2024. Disponível em: https://www.ibge.gov.br. Acesso em: 4 jun. 2026.

MACINKO, James; STARFIELD, Barbara; ERINOSHO, Taye. The impact of primary healthcare on population health in low- and middle-income countries. Journal of Ambulatory Care Management, Hagerstown, v. 32, n. 2, p. 150-171, 2009.

NORMANDO, Paulo G. et al. Reduction in Hospitalization and Increase in Mortality Due to Cardiovascular Diseases during the COVID-19 Pandemic in Brazil. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, v. 116, n. 3, p. 371-380, 2021.

OLIVEIRA, Ana Paula C. et al. Challenges for ensuring availability and accessibility to health care services under Brazil's Unified Health System (SUS). Ciência & Saúde Coletiva, v. 22, n. 4, p. 1165-1180, 2017.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEUROLOGIA. Diretrizes para o Manejo do Acidente Vascular Cerebral Isquêmico. São Paulo: SBN, 2022.

DOI: 10.51161/iv-conasus/87265

ENXAQUECA CRÔNICA REFRATÁRIA ASSOCIADA A TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA: RELATO DE CASO NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

HANNIEL GOMES SILVA

Introdução: A enxaqueca crônica é uma condição incapacitante que pode comprometer significativamente a funcionalidade e a qualidade de vida, especialmente quando associada a transtornos psiquiátricos. Nesse contexto, a articulação entre a atenção psicossocial e a atenção especializada é fundamental para garantir a integralidade do cuidado no Sistema Único de Saúde (SUS). **Objetivo:** Relatar um caso de enxaqueca crônica refratária associada a transtorno de ansiedade generalizada, destacando a importância do acompanhamento interdisciplinar entre saúde mental e neurologia. **Relato de caso/experiência:** Paciente adulta em acompanhamento psiquiátrico em Centro de Atenção Psicossocial (CAPS I) por transtorno de ansiedade generalizada associado a cefaleia, mantendo acompanhamento longitudinal em saúde mental. Diante da persistência e intensidade do quadro doloroso, passou também a ser acompanhada pela neurologia, sendo caracterizada enxaqueca crônica refratária, com cefaleia em mais de 15 dias ao mês e importante prejuízo funcional, social e ocupacional. Foram previamente utilizados propranolol, amitriptilina, venlafaxina e topiramato como terapias profiláticas, sem resposta clínica satisfatória. Medidas não farmacológicas, incluindo adequação do estilo de vida, atividade física regular e orientações dietéticas, também não proporcionaram melhora significativa. A persistência das crises levou à utilização frequente de analgésicos e anti-inflamatórios e a atendimentos recorrentes em serviços de urgência, aumentando o risco de cefaleia por abuso de medicação. Diante da refratariedade terapêutica e do impacto funcional, a neurologia indicou fremanezumabe 225 mg por via subcutânea, mensalmente, inicialmente por 12 meses, com reavaliações periódicas. **Conclusão:** O caso evidencia a importância da articulação entre o CAPS e a atenção neurológica especializada no cuidado de pacientes com condições crônicas complexas. A abordagem interdisciplinar permite considerar simultaneamente os aspectos psiquiátricos, neurológicos e funcionais, favorecendo a integralidade do cuidado e a qualificação da assistência no SUS.

Palavras-chave: **CEFALEIA; INTERDISCIPLINARIDADE; SAÚDE MENTAL.**

DOI: 10.51161/iv-conasus/87270

PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO E GOVERNANÇA NA GESTÃO HOSPITALAR DO SUS: ANÁLISE DO HC-UFMG APÓS A IMPLEMENTAÇÃO DA EBSERH

TATIANE THAIS DA SILVA IZIDORO ROCHA

Introdução: A gestão dos hospitais universitários federais traz consigo dificuldades em conectar o cuidado em saúde, o ensino, a pesquisa e a extensão. Com o advento da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), o modelo de administração dessas instituições mudou, introduzindo ferramentas para planejar, fiscalizar e acompanhar resultados. No Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (HC-UFMG), essa alteração permite examinar as mudanças na governança e no planejamento da instituição, dentro do contexto do Sistema Único de Saúde (SUS). **Objetivo:** Examinar as mudanças no planejamento estratégico e na governança do HC-UFMG após a chegada da EBSERH, contrastando o período antes e depois da adoção do novo método de gestão. **Metodologia:** Este é um estudo de caso, exploratório e descritivo, com uma perspectiva mista (qualitativa e quantitativa). A investigação abrange o período de 2000 a 2025, dividido em duas fases: 2000–2012 e 2013–2025. Serão examinados documentos da instituição, ferramentas de planejamento, relatórios de gestão, regulamentos administrativos e métricas ligadas à administração hospitalar. A análise contemplará a estrutura de tomada de decisões, o planejamento estratégico, a coordenação interna, os sistemas de acompanhamento e o controle administrativo. **Resultados:** Uma análise inicial indica que a implantação da EBSERH representa um ponto chave na reorganização da gestão hospitalar, com maior uso de ferramentas de planejamento, acompanhamento e avaliação. Contudo, percebe-se que a mudança institucional não pode ser creditada somente à EBSERH, já que o HC-UFMG já passava por reorganizações antes de sua chegada. A investigação também sinaliza a importância de entender como as ferramentas de planejamento se encaixam nas funções de cuidado, acadêmicas e administrativas do hospital. **Conclusão:** O estudo poderá ajudar a entender as conexões entre planejamento estratégico e governança na gestão de hospitais universitários federais, evidenciando as dificuldades em harmonizar métodos de gestão e acompanhamento de resultados com os propósitos públicos, acadêmicos e de cuidado do SUS.

Palavras-chave: **GOVERNANÇA; PLANEJAMENTO ESTRATEGICO; SERVIÇOS DE SAUDE**

DOI: 10.51161/iv-conasus/87282

MONITORAMENTO DA LIMPEZA E DESINFECÇÃO DE SUPERFÍCIES EM SERVIÇO DE SAÚDE AMBULATORIAL

FERNANDA ZACANINI LOTITTO; BEATRIZ APARECIDA REIS CATROCHO; ANDREA ANDRADE BARROS OLIVEIRA; BRUNA CAVALCANTE MOREIRA; EMILY FERREIRA ALVES; NAYANE OLIVEIRA DA SILVA; ALEXSSANDRA DE SOUZA RIBEIRO

RESUMO

Introdução: A limpeza e desinfecção ambientais são práticas essenciais nos serviços de saúde para a prevenção e controle de infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS), promovendo bem-estar, segurança e conforto. Diante disso, práticas de monitoramento desses processos são ferramentas que podem auxiliar no diagnóstico situacional em busca da melhoria contínua. **Objetivo:** Monitorar a efetividade da limpeza terminal de áreas críticas com a metodologia de marcador fluorescente, possibilitando a elaboração de indicadores de desempenho e com promoção de melhorias para a segurança dos pacientes atendidos. **Metodologia:** A metodologia do trabalho baseou-se em um estudo descritivo, de abordagem mista, com intervenção prática e comparação dos indicadores antes e depois da ação. **Resultados:** Em outubro de 2024, a adesão à limpeza e desinfecção de superfícies pela equipe da higiene terceira estava em 78,58% e a adesão pela equipe de enfermagem estava em 83,3%. Ao longo dos meses, foram realizadas reuniões de alinhamentos, treinamentos para as equipes envolvidas. No ano de 2025, com a amostra de 48 pontos auditados mensalmente, no mínimo, a adesão da equipe de higiene terceira se manteve acima de 85% e da equipe de enfermagem acima de 90%, mantendo adesão sustentada nos últimos 12 meses. Esses resultados estão em conformidade com o indicador estratégico da instituição, o BSC - Balanced Scorecard de adesão maior ou igual a 83,3% para garantir a segurança no processo. **Conclusão:** O estudo evidenciou a importância de mantermos procedimentos padronizados descritos e gerenciados, com capacitação contínua das equipes envolvidas no processo. O monitoramento do processo de limpeza e desinfecção de superfícies com feedback às equipes trouxe melhoria nos indicadores de conformidade com foco na segurança dos pacientes atendidos. Esses resultados são reflexo de um trabalho sistemático e de parceria entre o Serviço de Controle às Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde, equipe de enfermagem e equipe de higiene, que deverá ser contínuo para a manutenção da qualidade e segurança dos serviços prestados aos pacientes.

Palavras-chave: Auditoria; Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde; Higiene.

DOI: 10.51161/iv-conasus/87312

1 INTRODUÇÃO

A limpeza e desinfecção ambientais são práticas essenciais nos serviços de saúde para a prevenção e controle de infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS), promovendo bem-estar, segurança e conforto (Anvisa, 2013).

Florence Nightingale foi pioneira nessas práticas durante a Guerra da Crimeia, em 1853, reduzindo significativamente a mortalidade.

Para otimizar essas práticas, as áreas dos serviços de saúde foram classificadas conforme o risco de transmissão de microrganismos: críticas, semicríticas e não críticas (Anvisa, 2012). No AMEI – Ambulatório de Especialidades de Interlagos, a limpeza e desinfecção de superfícies fazem parte da rotina da equipe multiprofissional, especialmente das equipes de higiene terceira e de enfermagem. No entanto, garantir a qualidade desse processo requer recursos adequados, estrutura, rotinas padronizadas, capacitação da equipe e ferramentas de monitoramento.

Diante disso, o trabalho tem por objetivo monitorar a efetividade da limpeza terminal de áreas críticas, como centro cirúrgico e endoscopia do ambulatório de especialidades, por meio de diagnóstico situacional e elaboração de indicadores de desempenho, com foco na promoção de melhorias contínuas para a segurança dos pacientes atendidos.

2 RELATO DE CASO OU EXPERIÊNCIA

A metodologia do trabalho baseou-se em um estudo descritivo, de abordagem mista, com intervenção prática e comparação dos indicadores antes e depois da ação. O estudo foi realizado em um ambulatório de especialidades do Sistema único de Saúde (SUS), localizado na cidade de São Paulo. Inicialmente, foi realizada a revisão dos documentos institucionais relacionados ao processo de limpeza e desinfecção de superfícies realizados pela equipe assistencial e equipe terceira de higiene. Em paralelo à revisão dos documentos foi realizado estudo com levantamento dos pontos altamente tocados e prioritários nas duas salas de procedimentos cirúrgicos e na sala de exames da endoscopia.

Para auxiliar no processo de monitoramento, foi realizada a revisão do instrumento de coleta de dados utilizado na auditoria observacional, para a realidade ambulatorial e aquisição de produto simulador de contaminação (luminol), com auxílio de lanterna de luz ultravioleta.

A auditoria observacional, foi iniciada em outubro de 2024, pela enfermeira do Serviço de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à saúde com a marcação de cinco pontos que deveriam ser higienizados pela equipe de higiene e cinco pontos pela equipe de enfermagem, nas salas cirúrgicas e sala de exame de endoscopia, com validação da efetividade do processo em parceria com a liderança de enfermagem e/ou a encarregada da equipe de higiene, semanalmente.

DOI: 10.51161/iv-conasus/87312

Figura 1- Instrumento de coleta de dados.

Figura 2 - Produto simulador de contaminação e luz negra.

Figura 3 - Estudo com levantamento dos pontos.

A partir de agosto de 2025, o monitoramento do processo de limpeza e desinfecção de superfícies passou a seguir a padronização acordada através do indicador estratégico da instituição, o BSC - Balanced Scorecard, com meta de conformidade igual ou maior a 83,3%,

com no mínimo 48 pontos auditados mensalmente, e se a limpeza terminal for inadequada em mais de 30% dos pontos marcados, a limpeza terminal deverá ser refeita integralmente. Os dados coletados durante as auditorias de monitoramento do processo de limpeza e desinfecção de superfícies foram compilados em planilha Excel com geração de gráficos em barra com número de pontos auditados, taxa de conformidade e número de não conformidades, e inseridos em indicador estratégico matricial em um sistema institucional chamado Interact.

Outra estratégia aplicada neste estudo foi a adoção da prática de feedback educativo às equipes envolvidas, somada à discussão dos indicadores e ações de melhoria em reuniões estratégicas mensais.

3 DISCUSSÃO

Em outubro de 2024, o SCIRAS iniciou as auditorias de limpeza e desinfecção de superfícies nas unidades críticas do AMEI, inicialmente com o monitoramento da equipe de higiene terceira e gradativamente evoluindo com o monitoramento da equipe assistencial da enfermagem, além de auditoria dos carros funcionais da unidade. Inicialmente, a taxa de conformidade da limpeza e desinfecção das superfícies realizada pela equipe de higiene terceira era de 78,58% e os dados começaram a ser reportados na reunião mensal da CCIRAS (Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde e enviados em relatório mensal às áreas envolvidas e serviço de hotelaria matricial do Instituto de Responsabilidade Social Sírio Libanês - IRSSL. A auditoria realizada pelo SCIRAS envolve, observação direta com avaliação visual e auxílio de marcador fluorescente, com norteamento por instrumento de coleta de dados (check list).

Em janeiro de 2025, o indicador de taxa de conformidade total das auditorias de monitoramento pelo SCIRAS da limpeza e desinfecção de superfícies da higiene passou a ser matricial com meta de 90% de conformidade, como indicador estratégico BSC - Balanced Scorecard.

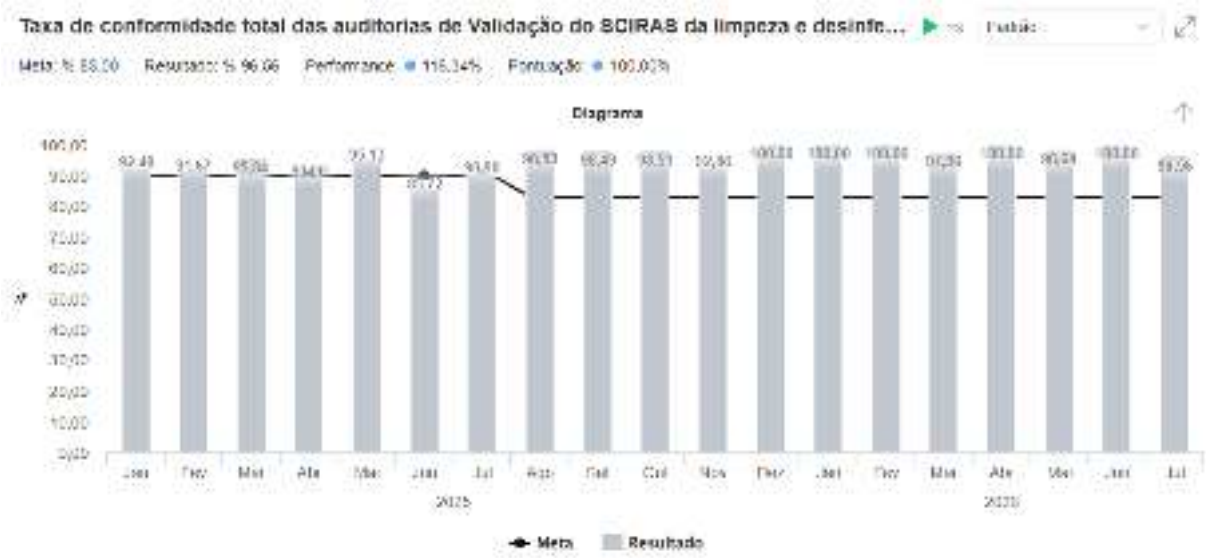


Figura 4 – Taxa de conformidade das auditorias de validação da limpeza e desinfecção de superfícies pela equipe de higiene.

Foram realizadas reuniões de alinhamento com a encarregada da higiene terceira e a líder administrativa do AMEI, para melhoria dos processos de limpeza ambiental.

Em agosto de 2025, após reunião matricial de discussão do indicador estratégico BSC, a meta de conformidade passou a ser 83,3%, com no mínimo 48 pontos auditados da equipe da

higiene. Se a limpeza terminal for inadequada em mais de 30% dos pontos marcados, a limpeza terminal deverá ser refeita integralmente.

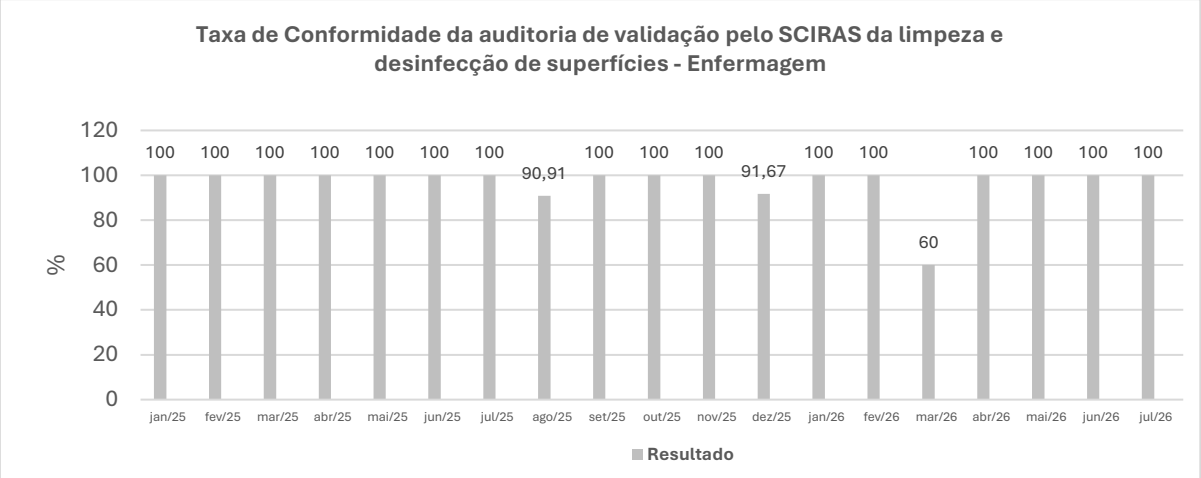


Figura 5 – Taxa de conformidade das auditorias de validação da limpeza e desinfecção de superfícies pela equipe de enfermagem.

A taxa de conformidade da limpeza e desinfecção das superfícies realizada pela equipe de enfermagem estava 83,3% em novembro de 2024. Foi realizado treinamento sobre limpeza e desinfecção de superfícies com a equipe assistencial em novembro de 2025, com eficácia prática comprovada.

A partir de agosto de 2025, foi estipulada a meta de conformidade de 83,3% para a equipe de enfermagem, baseada no indicador estratégico BSC da equipe da higiene.

Em setembro de 2025, a coordenação assistencial e o SCIRAS realizaram um estudo com levantamento dos pontos para a marcação na auditoria da limpeza e desinfecção de superfícies pela equipe de higiene terceira e equipe assistencial, nas áreas críticas do AMEI, e adequação do instrumento de auditoria (check list) matricial para serviço ambulatorial.

No mês de março de 2026, a taxa de conformidade da limpeza e desinfecção das superfícies realizada pela equipe de enfermagem ficou em 60%, não atendendo a meta matricial. Foi observada a fragilidade na sala de procedimentos nas mesas cirúrgicas, com sinalização imediata à equipe, com orientação de refazer o procedimento de limpeza e desinfecção. Também, foi realizada reunião de alinhamento com o enfermeiro líder do setor com sensibilização da equipe de quanto à importância do procedimento para a segurança da assistência aos pacientes.

Esse desempenho está em conformidade com as recomendações da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa, 2012), que destaca que a limpeza e a desinfecção de superfícies são medidas essenciais para a prevenção e o controle das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS). A Anvisa reforça que a padronização dos processos, a capacitação contínua das equipes, a validação dos procedimentos e o monitoramento por meio de indicadores são fundamentais para garantir a efetividade das práticas e promover a melhoria contínua da qualidade e da segurança do paciente.

4 CONCLUSÃO

As superfícies ambientais dos serviços de saúde onde o contato com as mãos é maior devem ser higienizadas com maior frequência para a prevenção de transmissão cruzada de

IRAS e segurança dos pacientes atendidos. Observamos escassez de estudos científicos publicados sobre o tema em serviços ambulatoriais no Brasil.

O estudo evidenciou a importância de mantermos procedimentos padronizados descritos e gerenciados, com capacitação contínua das equipes envolvidas no processo. O monitoramento do processo de limpeza e desinfecção de superfícies com feedback às equipes trouxe melhoria nos indicadores de conformidade com foco na segurança dos pacientes atendidos. Esses resultados são reflexo de um trabalho sistemático e de parceria entre Serviço de Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde equipe de enfermagem e equipe de higiene do nosso serviço de saúde, que deverá ser contínuo para a manutenção da qualidade e segurança dos serviços prestados aos nossos pacientes.

Desejamos que este estudo sirva de estímulo para novas publicações científicas, principalmente em serviços de saúde no âmbito do SUS.

REFERÊNCIAS

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Segurança do paciente em serviços de saúde: limpeza e desinfecção de superfícies/Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Anvisa, 2012.

ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Ministério da Saúde. Protocolo para a prática de higiene das mãos em serviços de saúde. Brasília: Anvisa, 2013.

ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Brasília, 2017.

Centers for Disease Control and Prevention – CDC. Guideline Cleaning, disinfection, and ventilation. Centers for Disease Prevention and Control; 2020.

CVE. Centro de Vigilância Epidemiológica. Manual de Melhores práticas para Higiene e Limpeza em Ambiente Hospitalar". São Paulo, 2019.

DOI: 10.51161/iv-conasus/87312

ATUAÇÃO DO NUTRICIONISTA NA SAÚDE PÚBLICA: RELATO DE EXPERIÊNCIA EM UM MULTICENTRO DE SALVADOR, BAHIA

ANA CLARA SANTOS OLIVEIRA; LAURA LEAL TOURINHO BARRETTO; FLÁVIA LEAL TOURINHO BARRETTO

Introdução: A atuação do nutricionista no Sistema Único de Saúde (SUS) envolve ações de assistência, vigilância alimentar e nutricional, educação em saúde e promoção da alimentação adequada e saudável. A vivência acadêmica nesses diferentes campos possibilita compreender a complexidade do cuidado nutricional e sua articulação com as demandas da população. **Objetivo:** Relatar a experiência do estágio supervisionado em Saúde Pública, destacando as diferentes ações desenvolvidas pelo nutricionista em um serviço de atenção secundária da rede municipal de Salvador, Bahia. **Relato de experiência:** O estágio foi realizado no Multicentro Professor Bezerra Lopes, localizado no bairro da Liberdade, em Salvador, serviço de atenção secundária que integra a rede municipal de saúde e dispõe de atendimento multiprofissional. Durante a experiência, foram desenvolvidas atividades de assistência nutricional, vigilância alimentar e nutricional e educação em saúde. Nos atendimentos nutricionais, foram acompanhados usuários com doenças crônicas e infectocontagiosas, realizando-se avaliação antropométrica, incluindo peso, altura e circunferência da cintura, análise de exames bioquímicos, anamnese e orientações alimentares individualizadas. Também foram acompanhados casos que demandavam suplementação alimentar, incluindo crianças e idosos em situações específicas. No âmbito do Programa Bolsa Família, foram realizadas avaliações antropométricas, acompanhamento de curvas de crescimento, verificação do calendário vacinal e da suplementação de vitamina A e ferro, além do registro das informações nos sistemas e mapas de acompanhamento. As ações educativas incluíram atividades em salas de espera sobre fibras alimentares e doença de Alzheimer, além de mesa expositiva durante o Setembro Amarelo, abordando alimentação e saúde mental. Foram utilizados folders, exposição de alimentos, dinâmica de memória e estratégias de acolhimento. **Conclusão:** A experiência evidenciou a diversidade de atribuições do nutricionista na saúde pública e a necessidade de integrar diferentes dimensões do cuidado. A participação em atendimentos, ações de vigilância e atividades educativas contribuiu para compreender que a atuação profissional ultrapassa a prescrição dietética, envolvendo acompanhamento do estado nutricional, prevenção de agravos, educação em saúde e articulação com políticas públicas. Para a formação acadêmica, a vivência favoreceu o desenvolvimento de competências técnicas, comunicacionais e humanizadas, ampliando a compreensão sobre o papel do nutricionista na efetivação do cuidado integral no SUS.

Palavras-chave: **EDUCAÇÃO ALIMENTAR E NUTRICIONAL; NUTRIÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA; VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL**

DOI: 10.51161/iv-conasus/87355

INTERNAÇÕES POR INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO COMO CONDIÇÃO SENSÍVEL À ATENÇÃO PRIMÁRIA NO SUS ENTRE 2014 E 2024: TENDÊNCIA TEMPORAL, DISTRIBUIÇÃO REGIONAL E IMPACTO DA PANDEMIA DE COVID-19

LAIS GONÇALVES ANDRADE DOS SANTOS; CAROLINA GUIMARÃES SOFFIATTI; BEATRIZ GONÇALVES ANDRADE DOS SANTOS; PATRICIA CARLA ZANELATTO GONÇALVES.

Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR), Curitiba, PR, Brasil

RESUMO

Introdução: A infecção do trato urinário (ITU) é uma das causas mais frequentes de consulta ambulatorial e internação no Brasil. Como Condição Sensível à Atenção Primária (ICSAP), sinaliza falhas no diagnóstico e tratamento precoces, especialmente em idosos, crianças pequenas e pacientes com comorbidades urológicas.

Objetivo: Analisar a tendência temporal das internações por ITU como ICSAP no SUS entre 2014 e 2024, identificando padrões por subgrupo diagnóstico, faixa etária, sexo, região geográfica e o impacto da pandemia de COVID-19.

Método: Estudo ecológico de série temporal com dados do SIH/SUS (TABNET/DATASUS), Grupo 15 da Lista Brasileira de ICSAP (Portaria MS n° 221/2008). Análise por regressão de Prais-Winsten com correção AR(1) e teste de Mann-Kendall. Taxas por 10.000 habitantes (IBGE).

Resultados: Foram registradas 2.638.314 internações por ITU como ICSAP (média anual de 239.847 ± 28.704; taxa média 11,56 ± 1,30/10.000 hab), com crescimento de 28,5% na série (228.291 em 2014 para 293.405 em 2024). Não houve tendência linear significativa (β = +4.332/ano; $p = 0,198$) nem monotônica ($\tau = +0,382$; $p = 0,120$), refletindo comportamento bifásico — crescimento pré-pandêmico, queda em 2020–2021 e recuperação acelerada pós-pandemia (+7,3% acima do pré-pandêmico). O subgrupo 'outras doenças do aparelho urinário' representou 93,1%. Predomínio masculino (61,3%), incomum para ITU. Faixas de 80 anos e mais concentraram o maior volume (15,8%). A pandemia reduziu as internações em 21,1% em 2020–2021.

Conclusão: As internações por ITU como ICSAP não apresentaram tendência linear significativa, com comportamento bifásico determinado pela pandemia. O predomínio masculino e a concentração em idosos sugerem que a ITU hospitalar no SUS representa predominantemente complicações urológicas em homens idosos, questionando sua interpretabilidade direta como marcador de falha da atenção primária.

Palavras-chave: Idoso; Hospitalização; Desigualdades em Saúde.

1 INTRODUÇÃO

A infecção do trato urinário (ITU) é uma das condições infecciosas de maior prevalência mundial, responsável por cerca de 150 milhões de casos anuais e por expressivo volume de consultas ambulatoriais e internações hospitalares (Flores-Mireles et al., 2015; Foxman, 2014). No

DOI: 10.51161/iv-conasus/87364

Brasil, a ITU integra o Grupo 15 da Lista Brasileira de ICSAP (Portaria SAS/MS n° 221/2008), sob o pressuposto de que o diagnóstico precoce e o tratamento ambulatorial adequado podem prevenir a progressão para pielonefrite, urossepse e internação hospitalar (Alfradique et al., 2009; Brasil, 2008).

O espectro clínico da ITU é amplo: da cistite não complicada em mulheres jovens — de baixo risco e tratável na atenção básica — às infecções complicadas em idosos com uropatia obstrutiva, pacientes sondados e imunocomprometidos, que frequentemente exigem suporte hospitalar (Nicolle et al., 2019; Grabe et al., 2015). Essa heterogeneidade tem implicações diretas para a interpretação das ICSAP por ITU, já que nem toda hospitalização reflete necessariamente falha da atenção primária.

O perfil epidemiológico das internações por ITU no SUS é peculiar: predomínio masculino — incomum para a doença na população geral — e concentração em idosos, sugerindo que essas internações representam predominantemente complicações de hiperplasia prostática benigna, uropatia obstrutiva e dispositivos invasivos em homens idosos, e não ITU não complicada típica (Foxman, 2014; Foxman; Brown, 2003).

O período de 2014 a 2024 abrange a pandemia de COVID-19, que impactou o cuidado de condições infecciosas agudas, além dos possíveis efeitos do envelhecimento populacional sobre a ITU complicada pós-pandêmica (Guimarães et al., 2022). Este estudo analisa a tendência temporal, a distribuição regional e o impacto da pandemia sobre as internações por ITU como ICSAP no SUS entre 2014 e 2024, identificando padrões por subgrupo diagnóstico, faixa etária, sexo e região geográfica.

2 MATERIAIS E MÉTODOS

Estudo ecológico, quantitativo e observacional de série temporal, com dados secundários do SIH/SUS, acessados via TABNET/DATASUS (Brasil, [s.d.]), referentes ao Grupo 15 da Lista Brasileira de ICSAP (Portaria MS n° 221/2008) (Brasil, 2008) — infecções do trato urinário (CID-10: N10–N12, N30, N34, N39.0) —, de janeiro de 2014 a dezembro de 2024. Cada Autorização de Internação Hospitalar (AIH) foi contabilizada como internação única.

2.1 Variáveis e indicadores

As variáveis analisadas foram: número anual de internações, taxa por 10.000 habitantes (IBGE, 2024), distribuição por subgrupo diagnóstico, sexo, faixa etária e região geográfica. A análise temporal foi estratificada nos períodos pré-pandêmico (2018–2019), pandêmico (2020–2021) e pós-pandêmico (2022–2024).

2.2 Análise estatística

A análise compreendeu regressão de Prais-Winsten com correção de autocorrelação AR(1) (Cochrane-Orcutt), estimando-se β, IC95%, erro padrão, estatística t, valor de p e ρ. Complementarmente, o teste de Mann-Kendall avaliou tendência monotônica não paramétrica (S, τ, z), e o coeficiente de Pearson (r) mediu a correlação entre tempo e internações (IC95% via transformação z de Fisher), com significância de 5%. A ausência de significância em ambos os métodos foi interpretada como ausência de tendência detectável, consistente com o comportamento bifásico da série. Análises conduzidas em Python 3.12. Dados públicos desidentificados, dispensando aprovação por CEP (Brasil, 2016).

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 Tendência temporal — Brasil total

No período de 2014 a 2024, foram registradas 2.638.314 internações por ITU como ICSAP no SUS — o segundo maior volume entre os grupos de ICSAP —, com média anual de 239.847 ± 28.704 (mediana: 235.438) e crescimento de 28,5% (228.291 em 2014 para 293.405 em 2024). A taxa por 10.000 habitantes subiu de 11,37 para 13,80, média de 11,56 ± 1,30. A regressão de Prais-Winsten não identificou tendência linear significativa (β = +4.332/ano; IC95%: −1.774 a +10.438; p = 0,198), tampouco o Mann-Kendall (τ = +0,382; p = 0,120). A correlação de Pearson foi de r = +0,427 (p = 0,191), não significativa. A ausência de tendência por ambos os métodos reflete o comportamento bifásico da série — crescimento pré-pandêmico, queda em 2020–2021 e recuperação acelerada pós-pandêmica (Tabelas 1 e 2).

Tabela 1 — Estatísticas descritivas das internações por ITU como ICSAP, Brasil, 2014–2024

Variável	Média ± DP	Mediana	Mínimo	Máximo	Δ% (2014→2024)
Internações (n)	239.847 ± 28.704	235.438	196.889	293.405	+28,5%
Taxa /10.000 hab	11,56 ± 1,30	11,45	9,37	13,80	+21,4%

DP = desvio padrão; Δ% = variação percentual entre 2014 e 2024. Fonte: SIH/SUS/DATASUS; IBGE.

Tabela 2 — Regressão de Prais-Winsten e teste de Mann-Kendall: internações por ITU como ICSAP, Brasil, 2014–2024

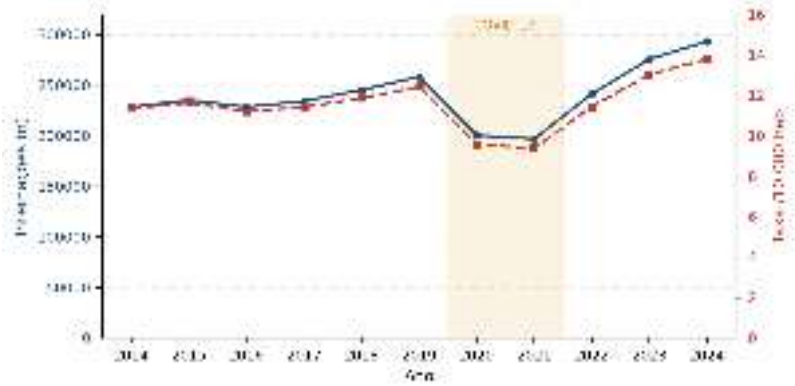
Variável	β (por ano)	IC 95%	EP	t	p-valor	Sig.	ρ AR(1)	τ Kendall	p MK
Internações (n)	+4.332	[−1.774; +10.438]	3.115	+1,391	0,198	ns	0,332	+0,382	0,120 ns
Taxa /10.000 hab	+0,1538	[−0,2191; +0,5266]	0,165	+0,933	0,375	ns	0,442	+0,309	0,213 ns

β = coeficiente angular (Prais-Winsten); EP = erro padrão; ρ = coeficiente AR(1); τ = tau de Kendall. ns = não significativo.

3.2 Série histórica e impacto da pandemia de COVID-19

A série evidenciou crescimento pré-pandêmico (228.291 em 2014 a 258.395 em 2019; +13,2%), queda de 21,1% no biênio pandêmico (mínimo de 196.889 em 2021), e recuperação acelerada no pós-pandemia — média de 270.194/ano, +7,3% acima do pré-pandêmico, com +14,2% em 2023 e +6,4% em 2024. Esse padrão é consistente com represamento de demanda pandêmica associado ao efeito estrutural do envelhecimento populacional (Figura 1).

Figura 1 — Série histórica das internações por ITU como ICSAP e taxa por 10.000 habitantes, Brasil, 2014–2024



Fonte: SIH/SUS/DATASUS; IBGE.

3.3 Distribuição por subgrupo diagnóstico

O subgrupo 'outras doenças do aparelho urinário' (pielonefrite, ITU não especificada e nefrite tubulointersticial) concentrou 93,1% das internações (Δ=+29,2%), evidenciando

predomínio de infecções do trato urinário superior ou não especificadas. A cistite (N30), com apenas 6,9% (Δ=+18,9%), teve crescimento modesto, sugerindo que as formas não complicadas — mais diretamente preveníveis na atenção básica — têm contribuição proporcionalmente menor (Tabela 3).

Tabela 3 — Distribuição das internações por ITU como ICSAP segundo subgrupo diagnóstico, Brasil, 2014–2024

Subgrupo (CID-10)	Total período	% do total	2014	2024	Δ% (2014→2024)
Outras doenças do aparelho urinário (N10–N12; N34; N39.0)	2.456.016	93,1%	212.348	274.447	+29,2%
Cistite (N30)	182.298	6,9%	15.943	18.958	+18,9%
TOTAL	2.638.314	100%	228.291	293.405	+28,5%

Fonte: SIH/SUS/DATASUS.

3.4 Distribuição por faixa etária

O perfil etário foi marcadamente geriátrico: 80 anos e mais (15,8%), 70–79 anos (14,4%) e 60–69 anos (12,0%) somaram 42,2% das internações em maiores de 60 anos. As faixas de 20–29 anos (11,5%) e 15–19 anos (5,7%) também foram relevantes, possivelmente refletindo ITU não complicada em mulheres jovens. Menores de 10 anos responderam por 11,8% (Tabela 4).

Tabela 4 — Distribuição das internações por ITU como ICSAP segundo faixa etária, Brasil, 2014–2024 (acumulado)

Faixa etária	Internações (n)	% do total
Menor 1 ano	116.168	4,4%
1 a 4 anos	121.468	4,6%
5 a 9 anos	73.361	2,8%
10 a 14 anos	55.821	2,1%
15 a 19 anos	150.637	5,7%
20 a 29 anos	302.586	11,5%
30 a 39 anos	242.702	9,2%
40 a 49 anos	222.373	8,4%
50 a 59 anos	238.777	9,1%
60 a 69 anos	317.757	12,0%
70 a 79 anos	379.982	14,4%
80 anos e mais	416.682	15,8%
TOTAL	2.638.314	100%

Fonte: SIH/SUS/DATASUS. Valores ajustados proporcionalmente (fator 0,8743) para excluir registros de 2025–2026 incluídos na extração acumulada do TABNET; ver Limitações.

3.5 Distribuição por sexo

O sexo masculino concentrou 61,3% das internações — o maior predomínio masculino entre os grupos de ICSAP e o inverso do esperado para ITU na população geral. Nenhum sexo apresentou tendência significativa (Mann-Kendall: masculino τ=+0,273, p=0,276; feminino τ=+0,455, p=0,062).

3.6 Análise regional

A análise regional revelou heterogeneidade: Nordeste e Sul apresentaram tendências crescentes significativas apenas pelo Mann-Kendall (τ=+0,491; p=0,043), sem significância pelo Prais-Winsten. O Norte foi a única região com variação negativa (−2,7%), sem significância.

Sudeste e Centro-Oeste não apresentaram tendências significativas. As maiores taxas em 2024 foram no Sul (16,18/10.000) e Norte (14,55/10.000), com o Nordeste apresentando as menores (11,94/10.000) (Tabela 5).

Tabela 5 — Internações por ITU como ICSAP segundo região geográfica, Brasil, anos selecionados

Região	2014	2019	2020	2021	2024	Δ%	β (n/ano)	p PW	τ MK	p MK
Norte	27.916	26.425	20.009	20.611	27.165	−2,7%	−221	0,487 ns	−0,164	0,533 ns
Nordeste	51.036	62.150	45.457	49.374	68.207	+33,6%	+1.239	0,091 ns	+0,491	0,043*
Sudeste	93.611	104.616	83.161	79.863	121.965	+30,3%	+1.933	0,172 ns	+0,418	0,087 ns
Sul	34.040	43.207	34.466	31.112	50.342	+47,9%	+1.183	0,059 ns	+0,491	0,043*
Centro-Oeste	21.688	21.997	17.462	15.929	25.726	+18,6%	+185	0,604 ns	+0,055	0,876 ns

β = coeficiente angular anual (Prais-Winsten); PW = Prais-Winsten; MK = Mann-Kendall. * $p < 0,05$; ns = não significativo. Taxas /10.000 em 2014: Norte 16,40; Centro-Oeste 14,27; Sul 11,82; Sudeste 11,03; Nordeste 9,30. Em 2024: Sul 16,18; Norte 14,55; Centro-Oeste 15,07; Sudeste 13,76; Nordeste 11,94. Fonte: SIH/SUS/DATASUS; IBGE.

Discussão

Ausência de tendência linear e comportamento bifásico

A ausência de tendência linear (p=0,198) ou monotônica (p=0,120) reflete o comportamento bifásico da série, com recuperação pós-pandêmica (+7,3% acima do pré-pandêmico) mais expressiva do que o observado para outras condições crônicas no mesmo cenário (Guimarães et al., 2022). O crescimento pré-pandêmico (+13,2%) foi interrompido pela pandemia (−21,1%), seguido de recuperação acelerada, com taxas em 2024 superiores a qualquer ano anterior — padrão compatível tanto com represamento de demanda quanto com crescimento estrutural pelo envelhecimento populacional.

O paradoxo do predomínio masculino

O predomínio masculino (61,3%) é o achado mais intrigante deste estudo: na população geral, a prevalência de ITU em mulheres é cerca de 8 vezes maior ao longo da vida (Flores-Mireles et al., 2015; Foxman, 2014). Esse paradoxo reflete a composição clínica do grupo — internações por ITU no SUS representam predominantemente infecções complicadas (pielonefrite obstrutiva por hiperplasia prostática benigna, ITU associada a cateter vesical), muito mais frequentes em homens idosos do que ITU não complicada em mulheres jovens (Nicolle et al., 2019; Grabe et al., 2015; Foxman; Brown, 2003). A ITU no homem adulto é, por definição, complicada, exigindo frequentemente propedêutica armada e antibioticoterapia parenteral — o que limita a interpretabilidade das ICSAP por ITU como marcador universal de falha da atenção primária.

Perfil geriátrico e crescimento estrutural

A concentração de 42,2% das internações em maiores de 60 anos reflete o papel do envelhecimento populacional: imunossupressão relativa, uropatia obstrutiva, incontinência, polifarmácia e maior frequência de dispositivos invasivos aumentam o risco de ITU complicada em idosos (Foxman, 2014; Nicolle et al., 2019). Esse crescimento é, portanto, parcialmente um fenômeno demográfico inevitável, reforçando a cautela na interpretação do Grupo 15 como indicador de desempenho da atenção básica.

Subgrupos diagnósticos e heterogeneidade regional

A concentração de 93,1% no subgrupo de formas complicadas ou de trato superior, frente a apenas 6,9% de cistite, reforça a hipótese de menor prevenibilidade exclusiva pela atenção primária (Nicolle et al., 2019). Regionalmente, o padrão difere do usual: enquanto Norte e Nordeste tradicionalmente concentram as maiores taxas de ICSAP, as maiores taxas de ITU em 2024 foram

no Sul e Norte, sugerindo que determinantes específicos — envelhecimento, prevalência de doenças urológicas crônicas e acesso a serviços hospitalares — exercem influência mais relevante do que as desigualdades tradicionais em atenção primária.

Limitações

As limitações incluem as inerentes ao delineamento ecológico e a dados administrativos secundários (Brasil, 2008), a impossibilidade de distinguir ITU complicada de não complicada ou identificar fatores predisponentes, e a heterogeneidade clínica agregada na categoria 'outras doenças do aparelho urinário'. A série de 11 pontos anuais é sensível ao padrão bifásico induzido pela pandemia. A distribuição por faixa etária (Tabela 4) foi ajustada proporcionalmente (fator 0,8743) para excluir registros de 2025–2026 incluídos na extração acumulada do TABNET, aproximação razoável mas não uma extração direta.

4 CONCLUSÃO

Entre 2014 e 2024, as internações por ITU como ICSAP no SUS apresentaram comportamento bifásico, com interrupção abrupta durante a pandemia e recuperação acelerada nos anos subsequentes; apesar do crescimento de 28,5%, não foram identificadas tendências lineares ou monotônicas significativas. O predomínio masculino expressivo, a concentração em idosos e a predominância de formas classificadas como pielonefrite ou ITU não especificada sugerem que parte substancial dessas hospitalizações reflete condições urológicas complexas, com prevenibilidade limitada pela atenção primária. O Grupo 15 deve, portanto, ser interpretado com cautela como indicador de desempenho da atenção primária.

REFERÊNCIAS

ALFRADIQUE, Maria Eugênia et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP-Brasil). Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, p. 1337-1349, 2009.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n° 510, de 7 de abril de 2016. Brasília: CNS, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS (DATASUS). Morbidade Hospitalar do SUS (SIH/SUS), por local de internação. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br. Acesso em: 4 jun. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS n° 221, de 17 de abril de 2008. Publica a Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 18 abr. 2008.

FLORES-MIRELES, Ana L. et al. Urinary tract infections: epidemiology, mechanisms of infection and treatment options. Nature Reviews Microbiology, v. 13, n. 5, p. 269-284, 2015.

FOXMAN, Betsy. Urinary tract infection syndromes: occurrence, recurrence, bacteriology, risk factors, and disease burden. Infectious Disease Clinics of North America, v. 28, n. 1, p. 1-13, 2014.

FOXMAN, Betsy; BROWN, Pamela. Epidemiology of urinary tract infections: transmission and risk factors, incidence, and costs. Infectious Disease Clinics of North America, v. 17, n. 2, p. 227-241, 2003.

GRABE, Magnus et al. Guidelines on Urological Infections. Arnhem: European Association of Urology, 2015.

GUIMARÃES, Rafael Alves et al. Analysis of the impact of coronavirus disease 19 on hospitalization rates for chronic non-communicable diseases in Brazil. PLoS One, San Francisco, v. 17, n. 3, e0265458, 2022.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Estimativas da população residente para os municípios e para as Unidades da Federação brasileiras. Rio de Janeiro: IBGE, 2024. Disponível em: https://www.ibge.gov.br. Acesso em: 4 jun. 2026.

NICOLLE, Lindsay E. et al. Clinical Practice Guideline for the Management of Asymptomatic Bacteriuria: 2019 Update by the Infectious Diseases Society of America. Clinical Infectious Diseases, v. 68, n. 10, p. 1611-1615, 2019.

ACOLHIMENTO NA APS COM FOCO NA SAUDE MENTAL

PAULO HENRIQUE CAMPOS DA SILVA; ANALINE AMARAL

Introdução: O Programa de Residência Multiprofissional do Ministério da Saúde, desenvolvido no município de Espigão do Oeste – RO, possibilita a inserção de psicólogos na Atenção Primária à Saúde (APS), com atuação voltada à prevenção, promoção e cuidado em saúde mental. Nesse contexto, o usuário procura a Unidade Básica de Saúde (UBS) de seu território, considerada a principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo posteriormente realizado o acolhimento e a escuta inicial de sua demanda. A partir desse primeiro atendimento, busca-se identificar as necessidades apresentadas pelo usuário e avaliar se a demanda pode ser acompanhada no âmbito da Atenção Primária ou se necessita de encaminhamento para a Atenção Especializada. **Objetivo:** O objetivo da implantação do acolhimento em saúde mental nas Unidades Básicas de Saúde é reduzir encaminhamentos desnecessários para a Atenção Especializada, mantendo o usuário em seu território e possibilitando que seja acompanhado pela equipe da Estratégia Saúde da Família responsável por sua área. **Relato de Experiência:** A partir da implantação do acolhimento em saúde mental nas Unidades Básicas de Saúde, observou-se uma mudança gradual no fluxo de acesso dos usuários aos serviços de saúde mental do município. Os Agentes Comunitários de Saúde passaram a orientar os usuários de seus respectivos territórios a procurarem inicialmente a UBS de referência, fortalecendo a Atenção Primária como porta de entrada e coordenadora do cuidado. Essa mudança contribuiu para a redução da procura direta pelo CAPS I por usuários cujas demandas poderiam ser acompanhadas no âmbito da APS. Como consequência, observou-se a redução da sobrecarga do serviço especializado, favorecendo a organização dos atendimentos e a diminuição da demanda reprimida. Os usuários com demandas leves e moderadas passaram a receber acompanhamento mais próximo de seu território, com maior agilidade e vínculo com a equipe da Estratégia Saúde da Família. **Conclusão:** Conclui-se que as mudanças implementadas no município de Espigão do Oeste – RO, associadas ao início do Programa de Residência Multiprofissional do Ministério da Saúde, contribuíram para a organização, descentralização e qualificação das demandas de saúde mental no território.

Palavras-chave: **APS; ACOLHIMENTO; SAUDE MENTAL**

DOI: 10.51161/iv-conasus/87369

EQUIDADE RACIAL NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: CAMINHOS PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL DA POPULAÇÃO NEGRA

THAIS RITA BITENCOURT FELIPE; BRUNO LEONEL MENDES DE ABREU

Introdução: A equidade constitui um dos princípios estruturantes do Sistema Único de Saúde (SUS), orientando políticas voltadas à redução das desigualdades no direito à saúde. Nesse contexto, o racismo estrutural e institucional configura-se como determinante social da saúde, impactando as condições de vida, o acesso aos serviços e a saúde mental da população negra. Entretanto, a implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra ainda ocorre de forma desigual, limitando estratégias de cuidado voltadas às especificidades dessa população. **Objetivo:** Analisar evidências científicas sobre a promoção da saúde mental da população negra no SUS, identificando desafios e caminhos para a efetivação da equidade racial frente ao racismo estrutural. **Metodologia:** Revisão narrativa da literatura realizada nas bases PubMed, SciELO, LILACS e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), incluindo estudos brasileiros publicados entre 2015 e 2026. Foram selecionadas pesquisas sobre racismo, equidade, saúde mental, políticas públicas e SUS, com análise qualitativa dos principais achados. **Resultados:** Os estudos evidenciam que o racismo estrutural amplia vulnerabilidades, produz sofrimento psíquico e compromete o acesso, o acolhimento e a continuidade do cuidado em saúde mental da população negra. As evidências também demonstram desigualdades na implementação das políticas de equidade racial nos diferentes contextos do SUS. Identificou-se, ainda, escassez de estudos sobre estratégias de promoção da saúde mental direcionadas à população negra, revelando lacunas para o planejamento de intervenções baseadas em evidências. **Conclusão:** A revisão evidencia que a efetivação da equidade racial no SUS depende, sobretudo, do fortalecimento da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, de sua articulação com a Rede de Atenção Psicossocial e da qualificação permanente dos profissionais para práticas antirracistas e culturalmente sensíveis. Essas estratégias ampliam a promoção da saúde mental, qualificam o cuidado integral e contribuem para reduzir iniquidades e consolidar a equidade no SUS.

Palavras-chave: **EQUIDADE EM SAÚDE; POPULAÇÃO NEGRA; SAÚDE MENTAL**

DOI: 10.51161/iv-conasus/87383

CUIDADO FARMACÊUTICO À PESSOA COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA: DESAFIOS E POSSIBILIDADES NO CONTEXTO DO SUS

KELLI PATRÍCIA ALVES; LUISA BARICHELLO BARBOSA

INTRODUÇÃO: O Transtorno do Espectro Autista (TEA) é uma condição do neurodesenvolvimento que requer cuidado longitudinal, integral e multiprofissional, considerando a heterogeneidade das manifestações e das necessidades individuais. No Sistema Único de Saúde (SUS), a atenção às pessoas com TEA deve ser organizada de forma articulada entre os pontos da Rede de Atenção à Saúde, contemplando promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e acompanhamento. Nesse contexto, o cuidado farmacêutico pode contribuir para a adesão à farmacoterapia, a promoção do uso racional de medicamentos e a segurança do paciente. **OBJETIVO:** Analisar os desafios e as possibilidades da atuação do farmacêutico no cuidado à pessoa com TEA no contexto do SUS. **METODOLOGIA:** Foi realizada revisão narrativa da literatura científica. Foram consultadas bases de dados nacionais e internacionais, incluindo PubMed e Biblioteca Virtual em Saúde, além de protocolos do Ministério da Saúde. Foram consideradas publicações relacionadas ao TEA e o cuidado farmacêutico, priorizando estudos que abordassem o uso de psicofármacos, polifarmácia, acompanhamento farmacoterapêutico e barreiras de acesso aos serviços de saúde. **RESULTADOS:** A literatura evidencia a frequência no uso de medicamentos psicotrópicos entre pessoas com TEA, principalmente para manejo de sintomas associados e condições concomitantes, incluindo situações de polifarmácia. Nesse cenário, o farmacêutico pode atuar na identificação de problemas relacionados aos medicamentos, avaliação de interações e reações adversas, acompanhamento da adesão e orientação da pessoa autista e cuidadores. Suas ações contribuem para segurança e efetividade da farmacoterapia. Além do medicamento, o cuidado deve considerar as barreiras comunicativas e sensoriais que podem dificultar o acesso e a utilização dos serviços de saúde por pessoas autistas. A atuação farmacêutica integrada à equipe multiprofissional apresenta potencial para ampliar a integralidade do cuidado e fortalecer a articulação da assistência farmacêutica com os demais pontos da rede do SUS. **CONCLUSÃO:** O cuidado farmacêutico representa a ampliação da atenção às pessoas com TEA no SUS, especialmente por meio de estratégias para adesão ao tratamento, acompanhamento farmacoterapêutico, conciliação medicamentosa e educação em saúde. Entretanto, sua consolidação requer maior capacitação dos profissionais, organização dos serviços, difusão de ideias e desenvolvimento de práticas acessíveis, individualizadas e centradas nas necessidades da pessoa com TEA.

Palavras-chave: **ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA; USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS; TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA**

DOI: 10.51161/iv-conasus/87395

DESAFIOS E PERSPECTIVAS NO CUIDADO TERAPÊUTICO GRUPAL COM CRIANÇAS NO CAPSIJ: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

ISABELA CIELO MÜLLER, KAROLINE CHIQUIM

RESUMO

A saúde mental infantojuvenil pode ser compreendida a partir das múltiplas dimensões que a atravessam e influenciam os comportamentos, as emoções e as formas de expressão da subjetividade de crianças e adolescentes. Nesse contexto, o CAPSij constitui um dos dispositivos da RAPS voltados primordialmente à atenção a essas questões, considerando a complexidade e a singularidade das experiências vivenciadas por esse público. Assim, esse trabalho tem como objetivo analisar os impactos de um grupo terapêutico de crianças realizado em um CAPSij da região sul do Brasil, na perspectiva da ludoterapia, além de refletir a respeito dos desafios enfrentados nesse serviço para garantir esse tipo de cuidado. Foi realizado um relato de experiência qualitativa em um grupo com crianças entre 8 e 10 anos ao longo de mais de um ano, com mediação de profissionais da psicologia e da terapia ocupacional de Programas de Residência Multiprofissional em Saúde Mental. Foram realizadas, além das observações e das intervenções nos grupos, um registro em diário de campo, a fim de analisar como se deu a expressão emocional, os vínculos, a autonomia, os conflitos e negociações entre os usuários. Além disso, foi possível compreender a importância do trabalho multiprofissional que possibilite a promoção de um cuidado eficaz aos usuários do serviço. Todavia, o excesso de encaminhamentos para a atenção especializada e a centralização do cuidado no CAPSi denunciam alguns dos principais desafios enfrentados pela equipe e pelos usuários e famílias que acessam o serviço semanalmente. Ainda, através desse estudo, foi possível concluir que o brincar não é apenas uma técnica utilizada no grupo, mas sim uma forma de produzir cuidado no SUS, permitindo expressão, vínculo, autonomia e participação, enquanto o próprio grupo revela tanto as potencialidades, quanto os desafios da organização da rede.

Palavras-chave: Desenvolvimento Infantil; Ludoterapia; Saúde Mental.

1 INTRODUÇÃO

O cuidado em saúde mental infantojuvenil exige uma atuação em múltiplas frentes e uma perspectiva multiprofissional, considerando as subjetividades dos usuários e especificidades do desenvolvimento psicossocial. No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), este se constitui como um campo marcado pelo desafio de garantir atenção integral, territorial e articulada às necessidades singulares de crianças e adolescentes. Nesse contexto, a consolidação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e dos Centros de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil (CAPSij) representa uma importante perspectiva de superação de modelos centrados na institucionalização e em práticas exclusivamente biomédicas, fortalecendo estratégias de cuidado em liberdade e em rede. Os CAPSij configuram serviços estratégicos para pensar o cuidado ampliado, em rede, integral e em território, visando o atendimento

DOI: 10.51161/iv-conasus/87400

diário e comunitário de crianças e adolescentes (Brasil, 2004). Sendo assim, pensa-se nos grupos terapêuticos como parte dessa rede que fomenta a socialização, a expressão emocional e a construção de vínculos, produzindo efeitos terapêuticos através da ludoterapia, compreendida como uma abordagem que utiliza o brincar como via de expressão psíquica da criança (Axline, 1972). Conforme Pichon-Rivière (1980), os grupos terapêuticos são dispositivos em que os vínculos são postos em ação, envolvendo comunicação e uma aprendizagem em constante movimento, havendo interações com o espaço e as atividades compartilhadas. Este trabalho apresenta um relato de experiência sobre um grupo terapêutico, cujo eixo estruturante é o brincar, compreendido por Winnicott (1975) como essencial para o desenvolvimento infantil. Reconhecido como a principal "ocupação" da criança, o brincar é o recurso que a ensina a viver dentro de seus cotidianos, permitindo a expressão emocional, a construção de vínculos e uma comunicação não restrita à linguagem verbal (Pellegrini, 2008). Dessa forma, este trabalho objetiva analisar os efeitos de um cuidado terapêutico grupal com crianças, desenvolvido no CAPSij, destacando o papel do brincar como mediador de conflitos, ferramenta de comunicação e promotor de autonomia e considerando suas contribuições e os desafios envolvidos na construção de práticas de cuidado integral e multiprofissional no SUS.

2 RELATO DE EXPERIÊNCIA

O presente trabalho caracteriza-se como um relato de experiência, compreendido como uma produção científica que possibilita sistematizar e refletir criticamente sobre uma experiência vivenciada no campo, articulando os acontecimentos e aprendizados decorrentes da prática aos referenciais teóricos que a sustentam (Daltro; Faria, 2019). Trata-se de um relato de experiência qualitativo, exploratório-descritivo, realizado em um CAPSij no sul do Brasil. Participaram crianças entre 8 e 10 anos, inseridas em um grupo terapêutico semanal mediado por profissionais da psicologia e da terapia ocupacional de Programas de Residência Multiprofissional em Saúde Mental da cidade. O grupo foi realizado nesse formato por cerca de 18 meses. A produção de dados ocorreu por meio da observação dos participantes e de registros em diário de campo elaborados pelas residentes. A análise seguiu a abordagem temática, com foco nos processos relacionais e nas produções lúdicas coletivas.

3 DISCUSSÃO

O grupo terapêutico evidenciou que, ao longo do período analisado, a mediação interprofissional pautada no brincar permitiu a construção de um campo de cuidado em que a subjetividade infantil foi elaborada de maneira singular e coletiva. Ao utilizar o brincar como eixo estruturante do grupo, foi possível favorecer formas de expressão que ultrapassaram a comunicação verbal, possibilitando que as crianças manifestassem sentimentos, desejos, conflitos e diferentes modos de se relacionar com os demais. Nesse sentido, o brincar não se restringiu a uma atividade recreativa ou a um recurso utilizado para facilitar a participação das crianças, mas constituiu-se como uma importante via de expressão e comunicação no espaço terapêutico, conforme discutido por Axline (1972), ao compreender a ludoterapia como uma possibilidade de manifestação da experiência psíquica infantil. Essa possibilidade relaciona-se às próprias características do cuidado ofertado no SUS que, quando orientado pela integralidade e pela atenção às singularidades, permite a construção de estratégias terapêuticas que considerem diferentes formas de expressão e as demandas individuais dos usuários, mesmo em dispositivos de cuidado coletivo, como os atendimentos lúdicos grupais.

Essa compreensão também se aproxima da perspectiva de Winnicott (1975), para quem o brincar ocupa um lugar fundamental na experiência infantil e constitui um espaço privilegiado para a expressão e a criação. A utilização do brincar no grupo possibilitou que as

crianças experimentassem diferentes formas de ser e de se relacionar, produzindo e comunicando sentidos sobre suas experiências a partir de uma linguagem própria da infância. Conforme Pellegrini (2008), o brincar constitui uma atividade central no cotidiano infantil e possibilita diferentes formas de expressão. No grupo, a ludicidade favoreceu a manifestação de emoções e conflitos por meio das próprias brincadeiras, das interações e das produções realizadas coletivamente, evidenciando que a expressão emocional não depende necessariamente da verbalização direta dos sentimentos.

A dimensão grupal ampliou essa possibilidade de expressão ao colocar as crianças em contato umas com as outras e com diferentes formas de brincar, pensar e agir. Para Pichon-Rivière (1980), o grupo constitui um espaço no qual os vínculos são colocados em movimento, envolvendo processos de comunicação e aprendizagem a partir das interações estabelecidas. Nesse sentido, os encontros possibilitaram que as relações entre os participantes se tornassem parte do próprio processo terapêutico. O fortalecimento dos vínculos interpessoais observado durante a experiência não ocorreu de maneira dissociada das atividades propostas, mas foi construído nas próprias interações, negociações e experiências compartilhadas.

A convivência no grupo possibilitou, ainda, que situações de frustração, espera, negociação, cooperação e conflito fossem vivenciadas concretamente pelas crianças. Esses acontecimentos, próprios da experiência coletiva, puderam ser acompanhados e mediados pelas profissionais, transformando situações cotidianas de interação em oportunidades de elaboração. A partir da perspectiva de Pichon-Rivière (1980), pode-se compreender o grupo como um espaço no qual os sujeitos aprendem a partir das relações que estabelecem entre si e com a tarefa compartilhada. Assim, o grupo terapêutico não se constituiu apenas como um espaço para a realização de atividades, mas como um dispositivo no qual as próprias relações entre as crianças passaram a compor o cuidado. O brincar, nesse sentido, ofereceu uma via concreta para que as crianças experimentassem outras maneiras de lidar com limites, frustrações e divergências.

A autonomia também se apresentou como um aspecto relevante da experiência. Ao longo das atividades, as crianças puderam realizar escolhas, propor brincadeiras, participar das decisões e assumir diferentes posições dentro do grupo. A possibilidade de participação ativa no processo de cuidado contribui para reconhecer a criança como sujeito capaz de produzir sentidos, fazer escolhas e participar da construção das experiências que vivencia. Essa perspectiva se articula à compreensão de Winnicott (1975) acerca do brincar como experiência criativa, na medida em que o espaço lúdico permite à criança experimentar possibilidades e produzir algo próprio a partir da relação estabelecida com o ambiente.

Outro aspecto relevante refere-se à atuação interprofissional na condução do grupo. A participação de profissionais vinculadas a um Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental possibilitou diferentes olhares sobre as situações vivenciadas, contribuindo para a construção compartilhada das estratégias de cuidado. A atuação conjunta mostrou-se especialmente importante diante da complexidade das situações que emergiram no grupo, uma vez que o cuidado não se restringia a uma dimensão individual, mas envolvia aspectos relacionais, emocionais e sociais. A perspectiva grupal e interprofissional, portanto, favoreceu um olhar ampliado sobre as experiências infantis.

Essa dimensão é particularmente relevante no contexto do CAPSij, enquanto serviço estratégico da RAPS para o cuidado em saúde mental de crianças e adolescentes. A atuação nesses serviços pressupõe uma perspectiva de cuidado ampliado, integral, multiprofissional e articulado ao território (Brasil, 2004). Nesse cenário, a oferta de um grupo terapêutico estruturado pelo brincar possibilitou a construção de um dispositivo de cuidado que considerasse as especificidades do desenvolvimento infantil e, simultaneamente, as relações estabelecidas pelas crianças em seu contexto coletivo.

DOI: 10.51161/iv-conasus/87400

Os CAPSij são responsáveis por atuar no cuidado das crianças e adolescentes em sofrimento psíquico, de forma a promover ações e práticas nessa perspectiva, desde atendimentos individuais e grupais nas dependências no serviço, até a articulação em rede de cuidados ampliados aos usuários em seus territórios (Brasil, 2004). Essa articulação ultrapassa a relação entre profissional e usuário, envolvendo também familiares, escolas, outros serviços de saúde e equipamentos da assistência social, entre outros atores e espaços que compõem a rede de cuidados. Essa perspectiva constitui uma das potencialidades do SUS, ao possibilitar que o cuidado considere os sujeitos em sua singularidade e em suas diferentes dimensões de vida. Quando efetivamente articulada, essa perspectiva pode ser trabalhada tanto nos espaços de atendimento, como o grupo terapêutico, quanto para além deles, favorecendo a continuidade, a integralidade e a corresponsabilização pelo cuidado.

Entretanto, alguns desafios perpassam o cotidiano dos profissionais de saúde e foram identificados na experiência, destacando principalmente a necessidade de lidar com demandas que ultrapassam as atribuições específicas do serviço e que, por diferentes razões, acabam sendo direcionadas aos CAPSij. Esse movimento pode estar relacionado a dificuldades na articulação da rede, na definição dos fluxos de cuidado e na corresponsabilização entre os diferentes pontos de atenção. Quando demandas que poderiam ser acompanhadas em outros espaços da rede são concentradas no serviço especializado, ocorre uma ampliação de sua carga assistencial, o que pode repercutir na organização do processo de trabalho e na disponibilidade das equipes para o acompanhamento das demandas que efetivamente requerem atenção especializada. Essa dinâmica também produz efeitos sobre os próprios usuários, uma vez que a sobrecarga dos serviços pode dificultar a construção de um cuidado contínuo, territorial e compartilhado.

Para além disso, deve-se pensar também nas limitações de acesso e as vulnerabilidades do território que podem impactar diretamente a vida cotidiana infantil, muitas vezes restringindo o brincar. A escassez de espaços públicos comunitários, como praças e parquinhos, associada à falta de acesso seguro aos territórios, pode impedir a vivência de atividades e a constituição de afetos e vínculos comunitários. Nessa direção, o conceito de "modos de vida" formulado por Guerra (1993) evidencia como as desigualdades e as barreiras territoriais constrangem a operacionalização do cotidiano e a ação dos sujeitos. Assim, pensa-se que possibilitar novos "modos de vida" na infância requer reconhecer e superar essas amarras sociais e espaciais, garantindo que o cuidado e a participação social não fiquem restritos às paredes do serviço.

Nesse sentido, o fortalecimento da articulação intersetorial e da corresponsabilização entre os diferentes serviços apresenta-se como uma perspectiva fundamental para a consolidação da RAPS, de modo que o CAPSij possa exercer sua função estratégica sem assumir, de forma isolada, demandas que dependem da atuação conjunta da rede. De acordo com Lima, Sampaio e Cunha (2019), a transformação nas políticas públicas de saúde mental a partir de 2017 acentuou essas dificuldades ao enfraquecer a atenção psicossocial e priorizar investimentos no setor hospitalar. Essa mudança de orientação resultou na precarização da RAPS e na escassez de dispositivos voltados à qualificação contínua de seus profissionais, impactando diretamente a sustentabilidade dos serviços territoriais.

Dessa forma, os desafios identificados não diminuem a potência das práticas desenvolvidas no CAPSij, mas evidenciam que sua sustentação está diretamente relacionada às condições de funcionamento e articulação da rede. A experiência aponta, portanto, para a necessidade de fortalecer processos de corresponsabilização, comunicação entre os serviços e definição compartilhada dos fluxos de cuidado, de modo a evitar a concentração de demandas no serviço especializado. Nessa perspectiva, a qualificação da Rede de Atenção Psicossocial constitui um elemento fundamental para que estratégias coletivas e singulares de cuidado possam ser desenvolvidas de maneira contínua e articulada às necessidades dos usuários.

4 CONCLUSÃO

Conclui-se que o grupo terapêutico mediado pelo brincar constituiu-se como um dispositivo potente de cuidado em saúde mental infantojuvenil, favorecendo a expressão emocional, a construção de vínculos, a autonomia e a experimentação de diferentes formas de relação entre as crianças. A experiência também evidenciou a relevância da atuação interprofissional para a construção de um cuidado atento às singularidades dos usuários e às diferentes dimensões envolvidas no sofrimento psíquico infantil.

Nesse sentido, a utilização do brincar no contexto do CAPSij mostrou-se uma possibilidade de produzir cuidado para além de uma perspectiva centrada exclusivamente na demanda individual, valorizando as relações, a participação e as formas próprias de expressão da infância. Ao mesmo tempo, a experiência permitiu reconhecer desafios relacionados à articulação da rede e à corresponsabilização entre os diferentes pontos de atenção, aspectos que interferem tanto na organização do trabalho quanto na continuidade do cuidado ofertado aos usuários.

Assim, a experiência reforça a importância de sustentar, no âmbito do SUS, práticas coletivas, interprofissionais e territorializadas que reconheçam a criança como sujeito ativo do cuidado. O fortalecimento desses dispositivos, articulado à qualificação da RAPS, apresenta-se como uma perspectiva para a consolidação de um cuidado em saúde mental infantojuvenil integral, contínuo e atento às singularidades.

REFERÊNCIAS

AXLINE, Virginia Mae. **Ludoterapia: a dinâmica interior da infância**. Belo Horizonte: Interlivros, 1972.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

DALTRO, Mônica Ramos; FARIA, Anna Amélia de. Relato de experiência: uma narrativa científica na pós-modernidade. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 223–237, 2019. DOI: https://doi.org/10.12957/epp.2019.43015.

GUERRA, Isabel. Modos de vida: novos percursos e novos conceitos. **Sociologia, Problemas e Práticas**, n. 13, p. 59–74, 1993.

LIMA, Claudia Henschel de; SAMPAIO, Thalles Cavalcanti dos Santos Mendonça; CUNHA, Julia da Silva. A supervisão clínico-institucional como dispositivo de qualificação na Atenção Psicossocial: uma experiência de parceria com a Universidade. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 3, e290314, 2019. DOI: https://doi.org/10.1590/S0103-73312019290314.

PELLEGRINI, Alessandra Camargo. Brincar é atividade? **Revista do Centro de Especialidades em Terapia Ocupacional**, São Paulo, v. 11, n. 11, p. 41–46, 2008.

PICHON-RIVIÈRE, Enrique. **Teoria do vínculo**. São Paulo: Martins Fontes, 1982.

WINNICOTT, Donald Woods. **O brincar e a realidade**. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

CUIDADO DE ENFERMAGEM À POPULAÇÃO TRANSMASCULINA NA REALIZAÇÃO DO EXAME CITOPATOLÓGICO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: RELATO DE EXPERIÊNCIA.

FLORIZA SOARES BEZERRA; OHANA VITÓRIA COSTA DE SÁ

Introdução: O exame citopatológico constitui método primário de rastreamento do câncer do colo do útero no Brasil. As Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero reconhecem que as evidências científicas acerca da doença não contemplam a diversidade de identidades de gênero, orientações sexuais e práticas sexuais. Nesse contexto, a assistência à população transmasculina na Atenção Primária à Saúde requer atenção às especificidades relacionadas à identidade de gênero e às necessidades singulares de cuidado. Considerando sua atuação nas ações de prevenção e rastreamento, a enfermagem tem papel importante na oferta de cuidado pautado na equidade, integralidade e respeito à diversidade de gênero. **Objetivo**: Relatar a assistência de enfermagem na realização do exame citopatológico em um homem trans, em uma Unidade Básica de Saúde, em Natal/RN. **Relato de Experiência:** A experiência ocorreu durante o Estágio Curricular Supervisionado Obrigatório do curso de graduação em Enfermagem, no âmbito da Atenção Primária à Saúde. Um homem trans foi encaminhado pelo médico clínico geral à sala de enfermagem para coleta do exame citopatológico. Ao ingressar, questionou a equipe sobre seu preparo para atender a população transgênero e relatou ter vivenciado preconceito antes mesmo de entrar na sala. A equipe proporcionou acolhimento e escuta qualificada, respeitando seu ritmo e buscando evitar novos eventos traumáticos. O usuário expressou inquietação diante do exame, relatando histórico de dor, sofrimento psicológico relacionado à exposição corporal e receio dos resultados, devido ao diagnóstico prévio de Neoplasia Intraepitelial Cervical grau III, tratado cirurgicamente. Relatou ainda ter tido pedido de histerectomia negado. Após três anos do tratamento, retornava para rastreamento. A coleta foi realizada de forma individualizada, garantindo conhecimento e autonomia do paciente durante todo o processo. Na avaliação, observou-se colo uterino irritado, sensível e com sinais flogísticos. **Conclusão**: A realização do exame citopatológico em um homem trans evidenciou desafios para a enfermagem e a necessidade de qualificação para o atendimento à população transgênero, considerando lacunas ainda presentes na formação profissional. Ressalta-se a importância da educação permanente e do desenvolvimento de práticas assistenciais pautadas nos princípios do Sistema Único de Saúde e livres de preconceitos.

Palavras-chave: **ENFERMAGEM; SAÚDE DA POPULAÇÃO TRANSGÊNERO; ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

DOI: 10.51161/iv-conasus/87406

RODA DE CONVERSA E NOVAS TECNOLOGIAS NO RASTREIO DO CÂNCER DE COLO DO ÚTERO: RELATO DE EXPERIÊNCIA DO PROJETO INTEGRADOR NA FORMAÇÃO DO ACS

ANA LÍDIA COUTINHO DOS SANTOS

Introdução: O Câncer de Colo do Útero (CCU) configura-se como um grave problema de saúde pública, cuja prevenção secundária no Sistema Único de Saúde (SUS) ocorre prioritariamente pelo exame citopatológico (PCCU) e pelas novas tecnologias de rastreio molecular, como o teste de DNA-HPV. Contudo, barreiras subjetivas como medo, vergonha e desinformação afastam as mulheres do rastreamento. No âmbito da formação profissional, o Projeto Integrador do Curso Técnico em Agente Comunitário de Saúde (TACS) viabiliza a integração teórico prática por meio de metodologias ativas. **Objetivo**: Relatar a experiência da aplicação da roda de conversa "Mulheres Juntas Contra o Câncer de Colo de Útero" como estratégia pedagógica de intervenção comunitária e de qualificação do ACS para o acolhimento e humanização na Atenção Primária à Saúde (APS). **Metodologia**: Trata-se de um relato de experiência, de abordagem qualitativa, referente a uma ação interventiva realizada em junho de 2026 no auditório de uma escola técnica em Belém-PA. A atividade contou com a participação de 35 pessoas (32 mulheres e 3 homens), predominantemente discentes dos cursos de Gastronomia e Atendimento Especializado e funcionárias da instituição. A mediação foi realizada por alunas do curso de TACS sob orientação docente, utilizando busca ativa prévia, questionário sociodemográfico, dinamização com painel "Mitos e Verdades", folders educativos e analogias interprofissionais. **Resultados**: Mapearam-se barreiras socioculturais e psicológicas críticas, como o constrangimento na exposição corporal, o receio da dor e tabus sobre a vacinação contra o HPV. O espaço dialógico permitiu sanar dúvidas técnicas, abordar o teste molecular de DNA-HPV incorporado ao SUS em 2026 e compartilhar vivências reais sobre dor na senescência e rastreamento na menopausa. As participantes ressignificaram preconceitos, atuando como multiplicadoras do cuidado. **Conclusão**: A metodologia ativa fortaleceu a formação crítica e reflexiva dos futuros ACS, demonstrando que a humanização e a escuta qualificada são ferramentas indispensáveis para superar barreiras de acesso e potencializar a detecção precoce do CCU.

Palavras-chave: **AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE; METODOLOGIAS ATIVAS; NEOPLASIAS DO COLO DO ÚTERO**

DOI: 10.51161/iv-conasus/87409

O PAPEL DA GUARDA JOVEM COMO ESTRATÉGIA DE APOIO NA PREVENÇÃO DA GRAVIDEZ PRECOCE

NIOMARA DE JESUS DA SILVA SALES; FLÁVIO RODRIGUES DE ARAÚJO; JAMILLE FERREIRA DOS REIS; JOÃO VITOR DE LIMA COSTA; RAFAEL SANTOS DO ROSARIO; ROBERTO ALDAIR MOURA GONÇALVES FILHO; THALYSON JOSUÉ ROCHA SILVA

Introdução: A gravidez na adolescência é uma questão de saúde pública que gera impactos na vida escolar, familiar e social dos jovens. Nesse contexto, ações educativas sobre sexualidade, prevenção e métodos contraceptivos são importantes para ampliar o conhecimento e estimular escolhas conscientes. **Objetivo:** Sensibilizar o público juvenil da Guarda Jovem sobre os riscos da gravidez na adolescência e os métodos contraceptivos, promovendo a sensibilização das mazelas que o fato produz na vida das gestantes, especialmente aquelas entre 13 a 16 anos. **Relato de experiência:** Trata-se de um relato de experiência sobre uma ação realizada na Usina da Paz do município de Bragança-PA com o público infantojuvenil atendido pelo Projeto Guarda Jovem e realizado mediante rodas de conversa com os adolescentes da faixa etária compreendida, sob participação ativa e anônima com o uso de uma caixa de respostas feita pelos discentes, seguida pela exposição das mazelas, dos estigmas e dos métodos contraceptivos envolvendo a gestação em idade precoce. O projeto foi apoiado pelo Projeto Guarda Jovem Bragança, e pela Prefeitura Municipal de Bragança. Os resultados foram alcançados, principalmente pelas respostas do público em cerca de 40 papéis, os quais apontaram que muitos adolescentes acham que a sociedade considera normal iniciar a vida sexual muito cedo, entre 13 e 16 anos, sendo muitos influenciados a terem relações sexuais nessa fase somente por pressão. Porém, na sua opinião, muitos responderam que consideram melhor após os 18 anos ou quando houver maturidade emocional. Além disso, na sua percepção, a responsabilidade da prevenção da gestação precoce é dos dois parceiros, inclusive, não se sentem preparados para gestarem nesse período da vida. Por fim, eles afirmaram que alguns podem falar sobre o tema com os pais, enquanto outros usam a internet para adquirirem informações, dada à relação conflituosa com os responsáveis. **Conclusão:** A análise dos resultados mostrou que os adolescentes possuem consciência sobre riscos e responsabilidades relacionados à gravidez precoce, porém ainda sofrem bastante influência social em relação ao início da vida sexual. Ademais, evidenciou-se que muitos jovens não se sentem preparados para assumir essas responsabilidades e apresentam dificuldades para conversar sobre sexualidade com a família.

Palavras-chave: **ADOLESCÊNCIA; GRAVIDEZ; PRECOCE**

DOI: 10.51161/iv-conasus/87411

PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL FEMININA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: CONTRIBUIÇÕES DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL Á SAÚDE DA MULHER PARA O FORTALECIMENTO DA AUTOESTIMA E IMAGEM CORPORAL

MARIA CECÍLIA CHAVES PORTO

RESUMO

Introdução: A saúde mental feminina é influenciada por fatores biológicos, psicológicos, sociais e culturais, tornando necessária uma abordagem integral no âmbito das políticas públicas de saúde. Nesse contexto, a autoestima e a imagem corporal constituem dimensões relevantes do bem-estar psicológico, especialmente diante da influência dos padrões estéticos e das experiências sociais sobre a percepção que as mulheres desenvolvem acerca de seus corpos. **Objetivo**: Analisar as contribuições da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher para a promoção da saúde mental feminina, com enfoque no fortalecimento da autoestima e da imagem corporal no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Materiais e Métodos**: Trata-se de pesquisa bibliográfica, de abordagem qualitativa e caráter descritivo, fundamentada na análise narrativa da literatura científica e de documentos oficiais. Foram consultadas as bases SciELO, LILACS, BVS, PePSIC e PubMed, utilizando descritores relacionados à saúde mental, saúde da mulher, promoção da saúde, autoestima, imagem corporal, Atenção Primária à Saúde e Sistema Único de Saúde. Foram incluídos artigos publicados entre 2020 e 2025, disponíveis na íntegra, em português ou inglês, além de documentos oficiais pertinentes ao tema. **Resultados e Discursão**: A análise evidenciou relações entre imagem corporal, autoestima e bem-estar psicológico, bem como a influência de padrões estéticos e redes sociais sobre a percepção corporal feminina. Identificou-se também a relevância da Atenção Primária à Saúde para ações de promoção, prevenção, acolhimento e fortalecimento da autonomia das mulheres. **Conclusão:** A articulação entre políticas públicas, cuidado integral e estratégias voltadas à autoestima e à imagem corporal apresenta potencial para ampliar a promoção da saúde mental feminina no SUS. Destaca-se, contudo, a necessidade de estudos de campo que avaliem a implementação dessas estratégias na Atenção Primária à Saúde e contribuam para o desenvolvimento de intervenções aplicáveis aos serviços.

Palavras-chave: Estética; Cuidado; Autonomia.

1 INTRODUÇÃO

A saúde da mulher constitui uma dimensão prioritária das políticas públicas brasileiras e deve ser compreendida de forma integral, considerando aspectos biológicos, psicológicos, sociais e culturais que influenciam o processo saúde-doença. Nessa perspectiva, a saúde mental relaciona-se ao bem-estar, à autonomia e à qualidade de vida, sendo atravessada por determinantes sociais, desigualdades de gênero e experiências vivenciadas ao longo do ciclo de vida (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2022). Em consonância com essa abordagem, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) ampliou a compreensão

DOI: 10.51161/iv-conasus/87422

do cuidado feminino ao propor ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e atenção integral, superando uma perspectiva historicamente centrada na dimensão materno-infantil (BRASIL, 2004). Medrado e Lima (2020) reforçam essa concepção ao apontarem que a saúde mental das mulheres é influenciada por fatores sociais, culturais e relacionais, evidenciando a necessidade de práticas de cuidado que considerem suas especificidades e diferentes contextos de vida.

No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a promoção da saúde constitui um eixo fundamental para o fortalecimento da autonomia e da qualidade de vida da população (BRASIL, 2018). Nesse contexto, a Atenção Primária à Saúde (APS), especialmente por meio da Estratégia Saúde da Família, apresenta-se como espaço estratégico para o desenvolvimento de ações de promoção da saúde mental, acolhimento, prevenção e cuidado longitudinal, possibilitando a identificação de necessidades e a construção de intervenções interdisciplinares (BRASIL, 2017). Embora a organização da Rede de Atenção Psicossocial tenha ampliado a perspectiva do cuidado em saúde mental, permanecem desafios para a consolidação de práticas de promoção da saúde mental na APS que considerem as especificidades das experiências femininas (MEIRELLES, 2023). Nesse cenário, ampliar a abordagem de aspectos subjetivos relacionados à forma como as mulheres percebem e valorizam seus corpos constitui uma possibilidade relevante para o fortalecimento do cuidado integral.

Entre essas dimensões, a autoestima e a imagem corporal apresentam-se como aspectos relevantes para a saúde mental e o bem-estar psicológico feminino. Evidências apontam que uma percepção corporal positiva está associada à autoestima, à satisfação com a vida e ao bem-estar psicológico, além de apresentar relação inversa com indicadores de sofrimento psíquico, como ansiedade e depressão (LINARDON et al., 2022). Em contrapartida, a exposição recorrente a padrões estéticos socialmente valorizados, especialmente no contexto das redes sociais, pode favorecer a internalização de ideais corporais inalcançáveis e repercutir negativamente sobre a percepção corporal e a autoestima (SILVA; JAPUR; PENAFORTE, 2020; FIORAVANTI et al., 2022). Entre mulheres brasileiras, a percepção da imagem corporal também se relaciona a aspectos sociais e às condições de vida, evidenciando a complexidade desse fenômeno (NOVAES et al., 2024). Além disso, evidências recentes indicam que intervenções psicossociais voltadas à imagem corporal podem produzir efeitos positivos sobre essa dimensão, reforçando seu potencial como estratégia de promoção do bem-estar psicológico (ZHAO et al., 2025).

Apesar dos avanços das políticas públicas brasileiras na consolidação da integralidade do cuidado à saúde da mulher, a autoestima e a imagem corporal ainda podem ser mais exploradas como dimensões relacionadas à promoção da saúde mental no âmbito da Atenção Primária à Saúde. Considerando a influência dos padrões estéticos, das experiências sociais e da percepção corporal sobre o bem-estar psicológico feminino, torna-se relevante discutir possibilidades de inserção dessas dimensões nas estratégias de cuidado desenvolvidas no SUS. Assim, o presente estudo tem como objetivo analisar as contribuições da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher para a promoção da saúde mental feminina, com enfoque no fortalecimento da autoestima e da imagem corporal no âmbito do Sistema Único de Saúde.

2 MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica, de abordagem qualitativa e caráter descritivo, fundamentada na análise narrativa da literatura científica e de documentos oficiais relacionados à saúde mental feminina, à autoestima, à imagem corporal e às políticas públicas de saúde no Sistema Único de Saúde (SUS). A pesquisa foi desenvolvida por meio de levantamento bibliográfico nas bases Scientific Electronic Library Online (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Periódicos Eletrônicos em Psicologia (PePSIC) e PubMed. Como fontes documentais complementares, foram consultadas publicações oficiais do Ministério da Saúde, da Organização Mundial da Saúde (OMS) e documentos normativos relacionados à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), à Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), à Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), à Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e à legislação brasileira em saúde mental.

Para a busca dos estudos, foram utilizados os descritores “saúde mental”, “saúde da mulher”, “promoção da saúde”, “autoestima”, “imagem corporal”, “Atenção Primária à Saúde” e “Sistema Único de Saúde”, combinados entre si por meio dos operadores booleanos AND e OR, conforme as especificidades de cada base consultada. Foram incluídos artigos científicos publicados entre 2020 e 2025, disponíveis na íntegra, nos idiomas português ou inglês, que apresentassem relação direta com a promoção da saúde mental feminina, autoestima, imagem corporal, políticas públicas de saúde da mulher ou ações desenvolvidas no âmbito da Atenção Primária à Saúde e do SUS. Foram excluídos estudos duplicados, publicações sem relação direta com o objetivo da pesquisa, editoriais, cartas ao editor, resumos simples e trabalhos sem acesso ao texto completo. Os documentos oficiais considerados pertinentes à fundamentação normativa e conceitual foram incluídos independentemente do ano de publicação.

A seleção do material ocorreu mediante leitura exploratória dos títulos e resumos, seguida de leitura seletiva e analítica dos estudos considerados pertinentes. As informações identificadas foram organizadas em categorias temáticas relacionadas às políticas públicas de saúde da mulher, promoção da saúde mental, atuação da Atenção Primária à Saúde, autoestima e imagem corporal. A análise dos dados foi realizada de forma qualitativa e interpretativa, buscando identificar convergências, contribuições e lacunas na literatura acerca da inserção dessas dimensões nas práticas de cuidado em saúde. A síntese dos achados foi posteriormente articulada aos documentos oficiais e às diretrizes do SUS, possibilitando discutir as contribuições da PNAISM para a promoção da saúde mental feminina e para o fortalecimento da autoestima e da imagem corporal no contexto da Atenção Primária à Saúde.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise da literatura selecionada permitiu identificar três eixos principais relacionados ao objetivo do estudo: as contribuições das políticas públicas para a integralidade do cuidado à saúde da mulher; a atuação da Atenção Primária à Saúde na promoção da saúde mental; e as relações entre autoestima, imagem corporal e bem-estar psicológico feminino. Os estudos analisados convergiram para a compreensão de que a saúde mental das mulheres é influenciada por fatores sociais, culturais e relacionais, demandando estratégias de cuidado que ultrapassem a abordagem exclusivamente biomédica (MEDRADO; LIMA, 2020; MEIRELLES, 2023).

DOI: 10.51161/iv-conasus/87422

No âmbito das políticas públicas, a PNAISM estabelece uma perspectiva ampliada de atenção à saúde da mulher, fundamentada na integralidade, na promoção da saúde e na consideração das especificidades relacionadas às diferentes condições de vida e aos contextos sociais femininos (BRASIL, 2004). A PNPS e a PNAB também sustentam a promoção da saúde e a Atenção Primária como componentes fundamentais da organização do cuidado no SUS (BRASIL, 2017; BRASIL, 2018). A literatura analisada indica, entretanto, que a existência de diretrizes voltadas à integralidade não garante, por si só, a incorporação de todas as dimensões subjetivas relacionadas à saúde mental nas práticas assistenciais. Nesse sentido, a APS apresenta potencial para desenvolver ações educativas, preventivas e de acolhimento capazes de reconhecer demandas relacionadas à autoestima, à percepção corporal e ao sofrimento psicológico, articulando-as às demais necessidades de saúde das usuárias.

A síntese dos estudos também evidenciou associação entre imagem corporal, autoestima e bem-estar psicológico. Linardon et al. (2022), em revisão sistemática e metanálise, identificaram relações positivas entre apreciação corporal e indicadores de funcionamento psicológico, enquanto estudos sobre funcionalidade corporal apontam que a valorização das capacidades do corpo constitui dimensão associada a uma relação corporal mais positiva (LINARDON; MESSER; TYLKA, 2023). He et al. (2020) também demonstraram associação entre apreciação corporal e índice de massa corporal, evidenciando que a relação das mulheres com o próprio corpo não pode ser compreendida exclusivamente a partir de parâmetros físicos.

Por outro lado, a exposição aos padrões estéticos socialmente valorizados constitui um elemento relevante para a compreensão da insatisfação corporal. Silva, Japur e Penaforte (2020) identificaram, em revisão integrativa, repercussões predominantemente negativas das redes sociais sobre a imagem corporal, enquanto Fioravanti et al. (2022) evidenciaram que a exposição experimental a ideais de beleza difundidos nas redes sociais pode afetar negativamente a percepção corporal. Esses achados dialogam com a realidade de mulheres brasileiras, para as quais características socioeconômicas e aspectos relacionados ao estilo de vida também se associam à percepção da imagem corporal (NOVAES et al., 2024). Dessa forma, a imagem corporal deve ser compreendida em sua dimensão psicossocial, considerando a influência dos padrões culturais e das experiências sociais sobre a forma como as mulheres percebem e valorizam seus corpos.

Os resultados encontrados ainda apontaram potencial para intervenções direcionadas ao fortalecimento da relação positiva com o corpo. Zhao et al. (2025), em revisão sistemática e metanálise de intervenções psicossociais randomizadas, encontraram evidências de efeitos favoráveis de diferentes estratégias sobre a imagem corporal de mulheres não clínicas. Esse achado reforça a possibilidade de que ações de promoção da saúde mental desenvolvidas na APS incorporem estratégias educativas e psicossociais voltadas à valorização corporal, à autoestima e ao enfrentamento crítico dos padrões estéticos, desde que articuladas às necessidades individuais e coletivas das usuárias.

Apesar das contribuições identificadas, observa-se uma lacuna na produção científica referente à aplicação sistemática de estratégias específicas para autoestima e imagem corporal nos serviços de Atenção Primária à Saúde. A literatura apresenta maior concentração de estudos sobre associações entre imagem corporal, redes sociais e saúde mental do que sobre a incorporação dessas dimensões às políticas e práticas cotidianas do SUS. Essa lacuna limita a possibilidade de estabelecer modelos assistenciais específicos e evidencia a necessidade de ampliar investigações que articulem evidências psicológicas às políticas públicas de saúde da mulher.

DOI: 10.51161/iv-conasus/87422

Como limitação, destaca-se o caráter bibliográfico e narrativo do estudo, que não permite avaliar diretamente a implementação de estratégias nos serviços de saúde nem estabelecer relações causais entre as variáveis analisadas. Além disso, a seleção de artigos publicados entre 2020 e 2025 pode ter restringido a inclusão de estudos anteriores relevantes, embora documentos oficiais e referenciais conceituais tenham sido utilizados independentemente do período de publicação. Ainda assim, a síntese realizada evidencia que autoestima e imagem corporal constituem dimensões pertinentes à promoção da saúde mental feminina e que sua abordagem pode contribuir para o fortalecimento de práticas de cuidado integral na Atenção Primária à Saúde.

4 CONCLUSÃO

A análise realizada permitiu compreender que a promoção da saúde mental feminina no SUS pode ser ampliada por meio de uma abordagem integral que considere a autoestima e a imagem corporal como dimensões relevantes do cuidado. Os achados evidenciaram que fatores sociais, culturais e estéticos influenciam a forma como as mulheres percebem e valorizam seus corpos, repercutindo sobre o bem-estar psicológico. Nesse percurso, a PNAISM apresenta fundamentos para a construção de práticas de cuidado integral, enquanto a Atenção Primária à Saúde constitui espaço estratégico para ações de promoção, prevenção, acolhimento e fortalecimento da autonomia feminina.

Conclui-se que a articulação entre políticas públicas, promoção da saúde mental e estratégias de valorização corporal pode contribuir para práticas mais humanizadas e sensíveis às necessidades das mulheres no âmbito do SUS. Entretanto, a pesquisa apresenta como limitação seu caráter bibliográfico e narrativo, não permitindo avaliar diretamente a aplicação dessas estratégias nos serviços de saúde. Como perspectiva futura, recomenda-se a realização de estudos de campo que investiguem a percepção de profissionais e usuárias sobre essas demandas, bem como o desenvolvimento e a avaliação de intervenções voltadas à autoestima e à imagem corporal na Atenção Primária à Saúde.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 9 abr. 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.

DOI: 10.51161/iv-conasus/87422

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011.** Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 26 dez. 2011.

COSTA, B. A. et al. Repercussions of social networks on their users' body image: integrative review. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 36, e36510, 2020. DOI: 10.1590/0102.3772e36510.

FIORAVANTI, G.; BOCCI BENUCCI, S.; CERAGIOLI, G.; CASALE, S. How the exposure to beauty ideals on social networking sites influences body image: a systematic review of experimental studies. **Adolescent Research Review**, v. 7, p. 419-458, 2022. DOI: 10.1007/s40894-022-00179-4.

HE, J.; SUN, S.; LIN, Z.; FAN, X. The association between body appreciation and body mass index among males and females: a meta-analysis. **Body Image**, v. 34, p. 10-26, 2020. DOI: 10.1016/j.bodyim.2020.03.006.

LINARDON, J.; MCCLURE, Z.; TYLKA, T. L.; FULLER-TYSZKIEWICZ, M. Body appreciation and its psychological correlates: a systematic review and meta-analysis. **Body Image**, v. 42, p. 287-296, 2022. DOI: 10.1016/j.bodyim.2022.07.003.

LINARDON, J.; MESSER, M.; TYLKA, T. L. Functionality appreciation and its correlates: systematic review and meta-analysis. **Body Image**, v. 45, p. 65-72, 2023. DOI: 10.1016/j.bodyim.2023.02.002.

MEDRADO, A. C. C.; LIMA, M. Saúde mental feminina e ciclo reprodutivo: uma revisão de literatura. **Nova Perspectiva Sistêmica**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 67, p. 70-84, 2020. DOI: 10.38034/nps.v29i67.560.

MEIRELLES, P. A promoção de cuidado em saúde mental na Atenção Básica do SUS: uma revisão integrativa da literatura. **Ayvu: Revista de Psicologia**, v. 10, 2023.

NOVAES, E. M. D. F. et al. Percepção de imagem corporal, características socioeconômicas e estilo de vida em mulheres participantes do ELSA-Brasil na Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 2, e00107823, 2024. DOI: 10.1590/0102-311XPT107823.

SAIPHOO, A. N.; VAHEDI, Z. A meta-analytic review of the relationship between social media use and body image disturbance. **Computers in Human Behavior**, v. 101, p. 259-275, 2019. DOI: 10.1016/j.chb.2019.07.028.

TYLKA, T. L.; WOOD-BARCALOW, N. L. What is and what is not positive body image? Conceptual foundations and construct definition. **Body Image**, v. 14, p. 118-129, 2015. DOI: 10.1016/j.bodyim.2015.04.001.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Mental health: strengthening our response.** Geneva: World Health Organization, 2022.

ZHAO, Y.-F.; YIN, M. X. C.; HUANG, M.-Y.; CHEN, X.-Y. The effectiveness of randomized controlled psychosocial interventions on body image among nonclinical women: a systematic review and meta-analysis. **Body Image**, v. 52, art. 101843, 2025. DOI: 10.1016/j.bodyim.2024.101843.

PRÁTICAS INTEGRATIVAS EM SAÚDE NO SUS E QUALIDADE DE VIDA DO IDOSO

MARCIA LIMA DO NASCIMENTO; GIANE TEIXEIRA SALES TOSTES; MARIA DE LOURDES THOMAZ MAGALHÃES

Introdução: O fenômeno do envelhecimento populacional é uma realidade crescente, influenciada pela redução das taxas de natalidade e melhorias nos cuidados de saúde. O envelhecimento é um processo natural que deve ser vivido de forma saudável e autônoma, conforme orientações da Organização Mundial da Saúde (OMS). Neste contexto, as práticas integrativas em saúde surgem como ferramentas importantes para promover a qualidade de vida da população idosa.**Objetivos**: Este estudo tem como objetivo explorar as práticas integrativas de saúde no Sistema Único de Saúde (SUS) e sua influência na qualidade de vida dos idosos, considerando as necessidades biopsicossociais dessa população e as políticas públicas existentes que abordam o envelhecimento ativo**. Metodologia:** A pesquisa foi realizada por meio de uma revisão bibliográfica qualitativa, com foco em artigos publicados nos últimos cinco anos. As bases de dados consultadas incluíram PubMed, SciELO, BVS, Web of Science e Scopus. A análise dos dados foi realizada utilizando a técnica de Análise de Conteúdo de Bardin, que permitiu a categorização e interpretação dos achados relacionados às práticas integrativas e seu impacto no envelhecimento saudável. **Resultados:** Os resultados indicam que as práticas integrativas em saúde, como acupuntura, yoga e terapia ocupacional, têm um papel significativo na promoção da saúde física e mental dos idosos. Essas práticas auxiliam na manutenção das funções cognitivas e motoras, promovem a autoestima e favorecem a socialização. Além disso, as políticas públicas ainda enfrentam desafios na implementação efetiva dessas práticas, devido a estigmas sociais e à falta de recursos**. Conclusão:** Concluiu-se que envelhecer com qualidade de vida é um desafio para a sociedade atual, especialmente em um país em desenvolvimento. As práticas integrativas em saúde se apresentam como aliadas no SUS, contribuindo para uma abordagem mais holística do envelhecimento, sendo fundamental que políticas públicas sejam aprimoradas para garantir que as práticas sejam acessíveis e efetivas, promovendo um envelhecimento ativo e saudável, e desafiando estereótipos negativos associados à velhice.

Palavras-chave: **BEM ESTAR; ENVELHECIMENTO; PROMOÇAO DE SAÚDE**

DOI: 10.51161/iv-conasus/87424

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE ENTRE PESSOAS COM DIABETES MELLITUS: COMPARAÇÃO ENTRE ÁREAS URBANAS E RURAIS

GIZELIA ARAÚJO CUNHA PORTO; MAYARA MACÊDO MELO; ANA ROBERTA VILAROUCA DA SILVA

INTRODUÇÃO: O Diabetes *mellitus* configura-se como uma doença metabólica de curso crônico, caracterizada por concentrações elevadas de glicose no sangue e decorre de uma etiologia complexa e multifatorial, incluindo desde fatores genéticos até influências ambientais. Aproximadamente 589 milhões de adultos entre 20 e 79 anos viviam com DM em 2025 no mundo. No Brasil a prevalência de DM era de 15,7 milhões de casos em 2021. **OBJETIVO** Descrever o uso de serviços de saúde por pessoas com Diabetes *mellitus* no Brasil residentes em áreas urbanas e rural, segundo fatores sociodemográficos apartir dos dados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2019. **METODOLOGIA:** Essa pesquisa trata-se de um estudo transversal, que usou dados secundários da Pesquisa Nacional de Saúde do ano de 2019. O levantamento dos dados ocorreu entre junho e julho de 2025. A população foi composta por pacientes com DM, e que são residentes de zona rural e urbana. Foram selecionadas como variáveis deste estudo: características sociodemográficas, maneiras de utilização e acesso à serviços de saúde por essas pessoas. A variável dependente do estudo foi a zona de moradia (rural e urbana). Para estimar a prevalência de características de acesso e utilização dos serviços de saúde nos indivíduos com diabetes autorreferida residentes em zona rural, foi utilizado a regressão de Poisson de variância robusta. **RESULTADOS:** Foram identificados 6.265.909 indivíduos com diabetes autorreferido, sendo apenas 11,0% residentes em zona rural, enquanto 89,0% vivem em zona urbana. A maioria dos indivíduos era predominantemente adulta e mais velha (60 anos ou mais) com 59,0%, seguidos da faixa etária de 20 a 59 anos (40,5%). A maioria eram mulheres, casadas e com algum nível de escolaridade. É notório que, muitos pacientes com DM que vivem em locais remotos enfrentam dificuldade para obter os medicamentos de que necessitam, além disso, outros obstáculos relevantes incluem a escassez de profissionais qualificados e as restrições de acesso aos centros urbanos. **CONCLUSÃO:**A gestão do diabetes em áreas rurais brasileiras exige uma abordagem multifacetada que transcenda o modelo biomédico tradicional. Fatores sociodemográficos como sexo masculino, raça/cor parda e estado civil (divorciado ou viúvo) estão associados a maior prevalência rural.

Palavras-chave: **ACESSIBILIDADE AOS SERVIÇOS DE SAÚDE; BARREIRAS AO ACESSO AOS CUIDADOS DE SAÚDE.; DIABETES MELLITUS**

DOI: 10.51161/iv-conasus/87429

DIAGNÓSTICO DO CLIMA ORGANIZACIONAL E PROPOSTA DE PLANO DE AÇÃO EM UM CAPS AD III: RELATO DE EXPERIÊNCIA

EMERSON ARAÚJO DO NASCIMENTO; SARAH BANDEIRA DOS SANTOS

Introdução: O Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas (CAPS AD III Leste), em Natal/RN, integra a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e atua sob as diretrizes da Reforma Psiquiátrica , ofertando cuidado multiprofissional contínuo 24 horas. Por se tratar de um serviço público de saúde com demanda especializada, as dinâmicas de trabalho e o clima organizacional impactam diretamente a qualidade da oferta da assistência e a saúde mental dos trabalhadores. **Objetivo**: Descrever o processo de diagnóstico do clima organizacional de um CAPS AD III e a proposição de um plano de ação voltado ao enfrentamento das fragilidades identificadas e ao fortalecimento das relações interpessoais. **Relato de experiência:** O estudo foi conduzido por meio de abordagem qualitativa com a equipe multiprofissional do serviço, composta por trabalhadores das áreas de medicina, psicologia, enfermagem, serviço social, terapia ocupacional, educação física e farmácia. O levantamento de dados foi realizado via escuta qualificada e relatos livres sobre a rotina de trabalho. As informações foram estruturadas em uma Matriz SWOT, identificando como forças a atuação interdisciplinar, tomada de decisão em equipe e supervisão clínica quinzenal. Como fraquezas e ameaças, destacaram-se o déficit de recursos humanos, conflitos relacionais, absenteísmo e episódios de violência institucional . A partir do diagnóstico, elaborou-se um plano de ação fundamentado na matriz 5W2H, que prevê a melhoria do clima organizacional com foco no estresse laboral , com rodas de conversa e atividades de relaxamento e auto cuidado dos trabalhadores; integrar os usuários da importância de se criar um ambiente com regras, pactuações de convivência e respeito pelos profissionais do serviço. Ação com custo zero e de fácil implementação, lançando mão dos próprios profissionais do serviço e considerando a sua cultura de decisões em grupo e modelo de trabalho em equipe. **Conclusão**: O diagnóstico organizacional viabilizou a compreensão do modo de trabalho em um serviço de saúde pública e mental, ao reconhecer as forças e fraquezas nesta instituição, bem como a proposição prática de mudanças e melhoria no clima organizacional a partir dos resultados obtidos.

Palavras-chave: **CLIMA ORGANIZACIONAL; SAÚDE DO TRABALHADOR; ATENÇA PSICOSSOCIAL**

DOI: 10.51161/iv-conasus/87432

EU EXISTO, ELES NÃO: O APAGAMENTO DO SOFRIMENTO PSÍQUICO NA MEDICALIZAÇÃO CONTEMPORÂNEA NO CENÁRIO METROPOLITANO FLUMINENSE EM DIÁLOGO COM MACHADO DE ASSIS

ALINE TAUANE DE LIMA; NICOLLY BOTELHO TAVARES; RAFAELLA RODRIGUES DE SÁ RAMOS

Introdução: Publicada em 1882, O Alienista, de Machado de Assis, critica a autoridade do saber médico na definição da loucura e da normalidade. Ao ampliar seus critérios de classificação, Simão Bacamarte transforma a Casa Verde em espaço de controle sobre a população de Itaguaí, evidenciando como a fronteira entre normal e patológico pode produzir exclusão. Essa crítica dialoga com a expansão contemporânea da medicalização e a transformação de experiências humanas em categorias diagnósticas. **Objetivo:** Analisar a medicalização do sofrimento psíquico na contemporaneidade a partir do diálogo com O Alienista, destacando a lógica classificatória de Bacamarte e discutindo estratégias que valorizam a autonomia dos sujeitos, com enfoque na Gestão Autônoma da Medicação (GAM), na Gestão Autônoma do Cuidado (GAC) e na rede de atenção psicossocial fluminense. **Metodologia:** Trata-se de revisão narrativa da literatura, de abordagem qualitativa e caráter crítico-interpretativo, com levantamento bibliográfico sobre medicalização, diagnóstico, autonomia e cuidado, além de análise da obra machadiana e de dados territoriais sobre a rede de saúde mental fluminense. **Resultados:** A análise evidencia aproximações entre a lógica classificatória de O Alienista e processos contemporâneos de medicalização, nos quais o sofrimento é interpretado prioritariamente por categorias diagnósticas. No território fluminense, essa tensão se materializa: o CAPS II Simão Bacamarte, em Santa Cruz, Zona Oeste do Rio de Janeiro, situa-se em área de vulnerabilidade social, evidenciando desigualdades territoriais. Apesar dos avanços da Reforma Psiquiátrica, permanecem tensionamentos ligados à centralidade do diagnóstico e da medicação. GAM, GAC e a rede ampliada surgem como estratégias que favorecem a autonomia e o cuidado compartilhado.
Conclusão: O diálogo entre a obra machadiana e as discussões contemporâneas evidencia a permanência de desafios na definição e no manejo do sofrimento psíquico. A crítica de Machado de Assis permanece atual ao problematizar os efeitos de um saber que se coloca como autoridade sobre a experiência do outro. GAM, GAC e a rede ampliada podem ampliar a participação dos sujeitos na compreensão e no cuidado de seu próprio sofrimento.

Palavras-chave: **AUTONOMIA; CUIDADO EM SAÚDE MENTAL; REFORMA PSIQUIÁTRICA**

DOI: 10.51161/iv-conasus/87436

RASTREIO PRECOCE DO TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: DIFICULDADES E SUBSÍDIOS PARA ELABORAÇÃO DE MANUAL ORIENTADOR AOS PROFISSIONAIS

BRUNA BRUDER DINIZ

Introdução: O Transtorno do Espectro Autista é uma condição do neurodesenvolvimento cujos sinais surgem já na primeira infância, sendo a Atenção Primária à Saúde a principal porta de entrada para sua identificação, por meio das consultas de puericultura e do uso da escala M-CHAT-R/F, incorporada à Caderneta da Criança e ao Prontuário Eletrônico do Cidadão. Apesar da recente institucionalização de um protocolo nacional de rastreio pelo Ministério da Saúde, ainda são escassos os estudos que analisem como esse protocolo é aplicado na prática e quais dificuldades as equipes enfrentam para realizá-lo de forma efetiva. **Objetivo:** Analisar, por meio de revisão integrativa da literatura, como se organiza o rastreio precoce do TEA na APS, os protocolos e instrumentos utilizados, os profissionais envolvidos em sua aplicação e as principais dificuldades enfrentadas pelas equipes, gerando subsídios para a elaboração de um manual orientador aos profissionais da APS. **Metodologia:** Trata-se de revisão bibliográfica integrativa, com buscas em Google Acadêmico, SciELO, Portal de Periódicos da CAPES, PubMed/MEDLINE e Biblioteca Virtual em Saúde, utilizando descritores relacionados a autismo, atenção primária, rastreio precoce e dificuldades no diagnóstico, com seleção de estudos nacionais recentes voltados à prática de profissionais da APS. **Resultados:** A literatura evidencia que o M-CHAT-R/F é o instrumento mais utilizado, aplicável entre 16 e 30 meses, majoritariamente por enfermeiros nas consultas de puericultura, embora demais membros da equipe multiprofissional também participem. Entre as principais dificuldades relatadas destacam-se o despreparo acadêmico dos profissionais, já que o tema é pouco abordado na graduação; a ausência de protocolos padronizados em muitos serviços, com equipes que desconhecem instrumentos específicos; a confusão entre sinais do TEA e outras comorbidades, que pode levar a diagnósticos equivocados; e a falta de educação continuada, resultando em insegurança mesmo diante de casos já suspeitos na rotina assistencial. **Conclusão:** Os resultados respondem ao objetivo proposto, evidenciando que a efetividade do rastreio depende diretamente da capacitação e da padronização de condutas nas equipes de APS. Como limitação, destaca-se o caráter bibliográfico do estudo, sem dados primários de serviços locais. Os achados reforçam a relevância de um manual orientador que apoie os profissionais na superação dessas dificuldades.

Palavras-chave: **ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE; RASTREIO PRECOCE; TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA**

DOI: 10.51161/iv-conasus/87440

ESTRATÉGIAS PARA AUMENTAR A EFETIVIDADE DA ALTA COMPARTILHADA COM A REDE PRIMÁRIA

DIEGO DE OLIVEIRA PULARD MOREIRA; EMILY FERREIRA ALVES; BEATRIZ APARECIDA REIS CATROCHO.

RESUMO

Introdução: A integração entre os diferentes níveis de atenção à saúde é fundamental para garantir a continuidade do cuidado e a integralidade da assistência ao paciente. Em 2024, o Ambulatório Médico de Especialidades de Interlagos (AME Interlagos) iniciou um projeto com o objetivo de compartilhar as altas dos pacientes com a Atenção Primária à Saúde (APS), fortalecendo a comunicação entre os serviços e favorecendo o acompanhamento do paciente na rede de cuidados. No entanto, a efetividade desse processo apresentou oscilações significativas. Diante desse cenário, em janeiro de 2025 foi realizada uma readequação do projeto, com a implementação de novas estratégias para aprimorar a comunicação com a APS e aumentar a efetividade do compartilhamento das altas e da coordenação do cuidado entre os serviços. **Objetivo:** O presente trabalho tem como objetivo aumentar a efetividade da alta compartilhada entre o AME Interlagos e a rede de atenção primária, alcançando em até 100% de comunicação efetiva das altas em até 12 meses, de forma sustentada. **Metodologia:** Trata-se de um relato de experiência com a utilização de metodologia em auditorias e revisão dos processos assistenciais, em um ambulatório da rede pública de saúde do estado de São Paulo. Para isso, a partir de janeiro de 2025, foi desenvolvido um projeto de melhoria utilizando ferramentas da Gestão da Qualidade, incluindo análise de causa raiz por meio do Diagrama de Ishikawa, aplicação do ciclo PDCA e elaboração de plano de ação baseado na metodologia 5W2H. **Resultados:** As intervenções permitiram identificar os principais fatores relacionados às falhas de comunicação, padronizar processos, fortalecer a articulação entre as equipes e aprimorar o fluxo de encaminhamento dos pacientes para as UBS. Antes da implementação das ações, a taxa de efetividade da alta compartilhada apresentava variações de 50% a 100%, sem manutenção consistente dos resultados. **Conclusão:** Após a execução das melhorias implementadas, o indicador atingiu 100% de efetividade, mantendo esse desempenho de forma sustentada por mais de 12 meses. Além da melhoria do indicador, observou-se o fortalecimento da integração entre os níveis de atenção em saúde, redução de retornos desnecessários ao ambulatório e maior continuidade do cuidado, contribuindo para um atendimento mais resolutivo e centrado na pessoa. Conclui-se que a utilização de ferramentas da qualidade foi fundamental para identificar oportunidades de melhoria, implementar mudanças efetivas e consolidar um processo sustentável de alta compartilhada, demonstrando o potencial da gestão da qualidade como estratégia para qualificar a assistência em saúde.

Palavras-chave: Continuidade do cuidado; Atenção Primária à Saúde; Gestão da Qualidade.

DOI: 10.51161/iv-conasus/87468

1 INTRODUÇÃO

A integração entre os diferentes níveis de atenção constitui um dos principais desafios para a consolidação das Redes de Atenção à Saúde (RAS), sendo essencial para garantir a continuidade do cuidado, a integralidade da assistência e a segurança do paciente. Nesse contexto, a alta compartilhada representa uma importante estratégia de articulação entre os serviços especializados e a Atenção Primária à Saúde (APS), favorecendo o acompanhamento longitudinal dos usuários, reduzindo a fragmentação do cuidado e promovendo maior resolutividade da assistência.

A alta compartilhada constitui uma estratégia fundamental para fortalecer a integração entre os diferentes níveis de atenção à saúde, favorecendo a continuidade do cuidado e reduzindo a fragmentação da assistência. Quando realizada de forma estruturada, permite que o paciente seja acompanhado pela Atenção Primária de maneira segura, garantindo o seguimento clínico após a conclusão do atendimento especializado.

Apesar dos avanços na organização da rede assistencial, ainda são frequentes as fragilidades relacionadas à comunicação entre os serviços, à padronização dos fluxos de encaminhamento e ao compartilhamento de informações clínicas. Essas limitações podem comprometer o seguimento terapêutico, ocasionar retornos desnecessários aos serviços especializados, dificultar a coordenação do cuidado e impactar negativamente os desfechos clínicos e a experiência do paciente. Nesse cenário, a utilização de ferramentas da Gestão da Qualidade, como o ciclo PDCA (Planejar, Executar, Verificar e Agir|), o Diagrama de Ishikawa e o plano de ação 5W2H, possibilita a identificação sistemática das causas dos problemas, o planejamento de intervenções e o monitoramento de resultados, contribuindo para a melhoria contínua dos processos assistenciais.

O projeto teve início em 2024 com o objetivo de compartilhar as altas dos pacientes com a Atenção Primária à Saúde (APS). No entanto, durante esse período, foram observados importantes variações nos resultados do indicador de efetividade da transição do cuidado. Diante desse cenário, em janeiro de 2025 foi identificada uma oportunidade de melhoria na comunicação entre o Ambulatório Médico de Especialidades de Interlagos (AME Interlagos) e a APS, uma vez que a efetividade desse contato impactava diretamente os resultados do processo de alta compartilhada.

A partir dessa análise, foram desenvolvidas ações voltadas ao fortalecimento da comunicação e da integração entre os serviços, com o objetivo de qualificar o compartilhamento das altas e promover maior continuidade do cuidado aos pacientes na Rede de Atenção à Saúde.

Diante desse contexto, o presente trabalho teve como objetivo aumentar a efetividade da alta compartilhada entre o AME Interlagos e as Unidades Básicas de Saúde (UBS), alcançando 100% de comunicação efetiva das altas em até oito meses, por meio da aplicação de ferramentas da Gestão da Qualidade.

2 RELATO DE CASO/EXPERIÊNCIA

O presente trabalho trata-se de um relato de experiência sobre a utilização de metodologias de auditoria e revisão de processos assistenciais, desenvolvido em um Ambulatório Médico de Especialidades (AME) da rede pública de saúde do Estado de São Paulo, com foco na implementação de estratégias para fortalecer a alta compartilhada entre a atenção secundária especializada e a Atenção Primária à Saúde (APS).

DOI: 10.51161/iv-conasus/87468

A experiência teve início a partir da identificação de oportunidades de melhoria na efetividade da comunicação entre o AME Interlagos e a APS, impactando diretamente a coordenação do cuidado dos pacientes acompanhados pela equipe de Enfermagem e pela especialidade de Pneumologia. Esse cenário evidenciou a necessidade de aprimorar a integração entre os níveis assistenciais, garantindo a continuidade do acompanhamento na Atenção Primária e reduzindo retornos desnecessários ao serviço especializado.

Para enfrentar esse desafio, foi elaborado um plano de intervenção fundamentado em ferramentas de Gestão da Qualidade, contemplando o mapeamento do processo assistencial, a análise das causas relacionadas à baixa efetividade da comunicação e a definição de ações de melhoria. Entre as estratégias implementadas destacaram-se a padronização do processo de alta compartilhada, a elaboração de fluxo assistencial, o fortalecimento da comunicação com a APS por meio de ações de matriciamento, a atualização dos contatos das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e a ampliação dos canais de comunicação, passando a utilizar não apenas o contato telefônico, mas também o envio de informações por e-mail. Para garantir maior segurança, rastreabilidade e formalização do processo, as comunicações passaram a ser realizadas por meio dos e-mails institucionais compartilhados entre os serviços. Também foram definidos critérios para encaminhamento e acompanhamento dos pacientes, além da sensibilização da equipe multiprofissional quanto à importância da integração da Rede de Atenção à Saúde. Essas ações contribuíram para o fortalecimento da coordenação do cuidado, favorecendo a continuidade da assistência e a condução adequada dos pacientes na rede de saúde.

3 DISCUSSÃO

Em 2024, durante o monitoramento do processo de alta compartilhada entre o AME Interlagos e as Unidades Básicas de Saúde (UBS), observou-se variabilidade nos resultados do indicador de efetividade da comunicação, com índices variando entre 50% e 100%. Essa oscilação evidenciou oportunidades de melhoria nos fluxos de comunicação e integração com a Atenção Primária à Saúde, indicando a necessidade de implementação de estratégias para aumentar a consistência e a sustentabilidade dos resultados alcançados.

Figura 1 – Taxa de alta compartilhada com a rede em Pneumologia

A partir de janeiro de 2025, foi realizada a reestruturação do processo de alta compartilhada por meio de um projeto de melhoria baseado em ferramentas da Gestão da Qualidade. Para identificação das causas que impactavam a efetividade da comunicação com a Atenção Primária à Saúde (APS), foi conduzida uma análise de causa raiz utilizando o Diagrama de Ishikawa, seguida da aplicação do ciclo PDCA e da elaboração de um plano de ação fundamentado na metodologia 5W2H.

O projeto contou com a participação da equipe de Enfermagem, da especialidade de Pneumologia e de representantes da Atenção Primária, visando fortalecer a integração entre os serviços. Entre as ações implementadas destacaram-se o matriciamento com as UBS, a revisão e atualização dos contatos institucionais, a ampliação dos canais de comunicação por meio de telefone e e-mail institucional compartilhado, a padronização do fluxo de alta compartilhada e a definição de critérios para acompanhamento dos pacientes na rede.

O monitoramento da experiência foi realizado por meio do acompanhamento contínuo dos processos de trabalho, da análise dos fluxos assistenciais e da avaliação sistemática do indicador de efetividade da comunicação das altas compartilhadas, permitindo verificar os resultados obtidos após a implantação das estratégias propostas e sua sustentabilidade ao longo do tempo.

Figura 2 – Taxa de alta compartilhada com a rede em Pneumologia

Após a execução das melhorias implementadas, a partir de abril de 2025 o indicador atingiu 100% de efetividade, mantendo esse desempenho de forma sustentada por mais de 12 meses.

A experiência permitiu avaliar os desafios e as potencialidades da integração entre os diferentes níveis de atenção, contribuindo para a qualificação da transição do cuidado e para o fortalecimento da continuidade da assistência aos usuários do Sistema Único de Saúde.

Os resultados observados nesta experiência são consistentes com os princípios da Rede de Atenção à Saúde (RAS), que preconiza a coordenação do cuidado pela Atenção Primária e a comunicação efetiva entre os serviços de saúde. A padronização do fluxo e a definição clara das responsabilidades contribuíram para maior segurança assistencial e organização do processo de trabalho.

Estudos nacionais (Brasil, 2017), demonstram que falhas na comunicação durante a transição do cuidado representam uma das principais causas de descontinuidade assistencial, podendo resultar em perda do seguimento clínico, duplicidade de procedimentos e aumento da demanda por novos encaminhamentos especializados. Nesse contexto, a utilização de

protocolos institucionais e fluxos padronizados favorece a qualidade da assistência e fortalece a integralidade do cuidado.

A experiência evidencia que estratégias simples, baseadas na padronização dos processos, educação das equipes e fortalecimento da comunicação entre os níveis de atenção, podem contribuir significativamente para uma alta compartilhada mais segura, eficiente e centrada nas necessidades do usuário.

4 CONCLUSÃO

A experiência demonstrou que a implantação de estratégias voltadas à alta compartilhada contribuiu para fortalecer a integração entre a Atenção Especializada e a Atenção Primária à Saúde, promovendo maior organização do processo assistencial e favorecendo a continuidade do cuidado. A padronização do fluxo, a definição de critérios para alta, o fortalecimento da comunicação entre os serviços e a ampliação dos canais de contato mostraram-se ações essenciais para qualificar a transição do paciente entre os níveis de atenção.

Os resultados observados indicam potencial para aprimorar a coordenação do cuidado, reduzir a fragmentação da assistência, aumentar a segurança do paciente e fortalecer o acompanhamento na rede de atenção à saúde.

O sucesso da metodologia aplicada e os resultados alcançados possibilitaram a expansão do projeto para outras especialidades do AME Interlagos, incluindo Cardiologia e Neurologia, utilizando as mesmas ferramentas de Gestão da Qualidade e estratégias de integração com a Atenção Primária à Saúde.

Como perspectiva futura, recomenda-se o monitoramento contínuo do processo por meio de indicadores assistenciais, a avaliação da satisfação dos usuários e profissionais envolvidos e o fortalecimento das ações de educação permanente, visando consolidar a alta compartilhada como uma prática institucional e contribuir para uma Rede de Atenção à Saúde cada vez mais segura, integrada, resolutiva e centrada nas necessidades do usuário.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 3 ago. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as Redes de Atenção à Saúde do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvs.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017_comp.html. Acesso em: 3 ago. 2026.

MENDES, Eugênio Vilaça. As Redes de Atenção à Saúde. 2. ed. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). Atenção Primária à Saúde. Brasília, DF: OPAS, 2023.

DOI: 10.51161/iv-conasus/87468

STARFIELD, Barbara. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, DF: UNESCO; Ministério da Saúde, 2002.

DOI: 10.51161/iv-conasus/87468

ATENDIMENTO AOS AUTORES DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA: CONTRIBUIÇÕES DA PSICOLOGIA

JUSSARA SOARES RODRIGUES; MARIA EDUARDA RODRIGUES MANBELLI; LETICIA NUNES FERREIRA BERTIM; PAMELA DE MACEDO FINI

Introdução: A Lei Maria da Penha (Lei n° 11.340/2006) foi uma conquista no enfrentamento da violência doméstica e familiar contra a mulher. Apesar de abranger diferentes tipos de violência, como a física, psicológica, entre outras, a violência doméstica ainda permanece como um importante problema social e de saúde pública. Historicamente, as intervenções direcionadas aos autores de violência doméstica receberam menor atenção, uma vez que as ações estavam concentradas na proteção e assistência às vítimas. Em 2020, a Lei 13.984 alterou o artigo 22 da Lei Maria da Penha, incluindo entre as medidas protetivas o comparecimento do agressor a programas de recuperação e reeducação, bem como o acompanhamento psicossocial, através de atendimento individual e/ou em grupo de apoio. Tal alteração ampliou as possibilidades de intervenção junto a esses autores de violência. Diante deste contexto, torna-se relevante compreender as contribuições do psicólogo no atendimento aos autores de violência doméstica. **Objetivo:** Identificar as contribuições da atuação do psicólogo no atendimento a autores de violência doméstica. **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo, de abordagem qualitativa, realizado através de levantamento bibliográfico exploratório de artigos científicos e materiais técnico-científicos, consultados nas bases de dados SciELO e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). **Resultados:** Os resultados identificaram três modalidades de intervenção junto aos autores de violência doméstica: atendimento individual, grupos reflexivos e acompanhamento psicossocial. As intervenções consideram fatores individuais e sociais, além de buscar promover a responsabilização dos autores, a reflexão sobre as relações de gênero e masculinidades e a ressignificação das crenças que legitimam a violência. Também foram identificados desafios relacionados à adesão e permanência dos participantes nos programas. **Conclusão:** Os achados reforçam a importância da atuação do psicólogo no atendimento aos autores de violência doméstica, especialmente em intervenções que favoreçam a responsabilização e a reflexão sobre os aspectos individuais, sociais e de gênero envolvidos na produção da violência. Conclui-se que a integração dos programas à rede de enfrentamento pode contribuir para a prevenção da reincidência, sendo necessário ampliar e fortalecer as políticas públicas nesse contexto.

Palavras-chave: **AUTORES DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA; INTERVENÇÃO PSICOSSOCIAL; PSICOLOGIA**

DOI: 10.51161/iv-conasus/87472

PSICOEDUCAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: CONTRIBUIÇÕES PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL

JUSSARA SOARES RODRIGUES; MARINA ZORZATO DIAS; ANA LUIZA CARVALHO CERQUEIRA DA SILVA; YNGRID GALVÃO OLIVEIRA; CAMILA AIKO OGATA SILVA; RODOLFO SANTOS GAMA

Introdução: A psicoeducação surgiu em 1970 como complemento ao tratamento da esquizofrenia e posteriormente passou a ser utilizada em diferentes contextos de cuidado em saúde mental. É considerada uma intervenção educativa e terapêutica voltada à promoção do conhecimento sobre as condições de saúde mental, desmistificação de diagnósticos e orientação de pacientes e de suas redes de apoio. Embora historicamente associada ao tratamento de transtornos mentais, sua utilização se expandiu para ações de promoção e prevenção em saúde. Na Atenção Primária à Saúde devido a sua proximidade com o território, as famílias e a comunidade, a psicoeducação é uma possibilidade de cuidado em saúde mental. Diante dessa ampliação, torna-se relevante compreender as contribuições da psicoeducação para a promoção da saúde mental na APS. **Objetivo:** Identificar na literatura científica as contribuições da psicoeducação para a promoção da saúde mental na Atenção Primária à Saúde. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa bibliográfica de caráter exploratório, realizada a partir da busca de artigos científicos nas bases SciELO, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e PePSIC, utilizando os termos “psicoeducação”, “saúde mental” e “Atenção Primária à Saúde” . Foram selecionados estudos relacionados às práticas psicoeducativas desenvolvidas neste contexto. **Resultados:** Os resultados indicaram que práticas psicoeducativas favorecem a ampliação do conhecimento sobre saúde mental, reconhecimento e manejo de sinais e sintomas, o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento, o autocuidado e autonomia. Em relação aos familiares e cuidadores, a psicoeducação auxilia no desenvolvimento de habilidades para o cuidado e a redução da sobrecarga. **Conclusão:** Conclui-se que a psicoeducação pode contribuir para a promoção da saúde mental ao ampliar o conhecimento dos usuários, favorecer o autocuidado e autonomia, além de oferecer suporte a familiares e cuidadores. Sua utilização na Atenção Primária à Saúde reforça o potencial de estratégias educativas e participativas desenvolvidas no território, auxiliando na prevenção de agravos e na corresponsabilização dos usuários no processo de cuidado. Nesse sentido destaca-se a importância do fortalecimento de políticas públicas voltadas às ações preventivas em saúde mental e da qualificação contínua dos profissionais para o desenvolvimento de práticas psicoeducativas.

Palavras-chave: **ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE; PSICOEDUCAÇÃO; SAÚDE MENTAL**

DOI: 10.51161/iv-conasus/87479

IMPLEMENTAÇÃO DA DIVISÃO DE LEITOS EM UTI BASEADA NO NURSING ACTIVITIES SCORE: RELATO DE EXPERIÊNCIA SOBRE ORGANIZAÇÃO DA CARGA ASSISTENCIAL DE TÉCNICOS DE ENFERMAGEM

ROSANA SILVA MACHADO; KATYNA BEZERRA ANDRADE; MARIA EDNA DA SILVA BANDEIRA; MARIA VANESSA TOMÉ BANDEIRA DE SOUSA; SANDRA REGINA DIAS DE CARVALHO; FRANCISCO ROBERTO PONTES PARENTE

RESUMO

A organização da carga assistencial em Unidades de Terapia Intensiva (UTI) é um desafio contínuo, especialmente em cenários de alta complexidade clínica e ausência de critérios estruturados para distribuição dos leitos entre técnicos de enfermagem. Este relato de experiência descreve a implementação de um modelo de divisão de leitos fundamentado no *Nursing Activities Score* (NAS) na UTI Clínica de um hospital público de Fortaleza, após identificação de desequilíbrios na rotina assistencial decorrentes da falta de padronização. O objetivo foi estruturar um método seguro, transparente e alinhado à complexidade real dos pacientes, utilizando o NAS como ferramenta central para mensuração da carga de trabalho, classificação da complexidade e orientação da distribuição dos profissionais por turno. A metodologia adotada foi qualitativa, descritiva e aplicada, baseada na vivência prática da equipe e na análise diária dos escores NAS. A experiência envolveu a construção de dois cenários operacionais: plantões com cinco técnicos, nos quais se adotou a divisão 2-2-2-1-1, garantindo técnico exclusivo para pacientes com NAS ≥ 70 e designação do Técnico Navegador; e plantões com quatro técnicos, cuja única divisão possível foi 2-2-2-2, sem técnico exclusivo e com a regra de evitar o pareamento de dois pacientes de alta complexidade. Critérios complementares, como isolamentos respiratórios e presença de germes multirresistentes, também foram considerados. Os resultados evidenciaram maior equilíbrio na carga assistencial, redução de sobrecarga individual, padronização entre plantões e maior segurança para pacientes críticos. A adoção sistemática do NAS mostrou-se eficaz para orientar decisões, reduzir variabilidade e fortalecer a justificativa técnica para o dimensionamento da equipe. Conclui-se que a implementação do modelo baseado no NAS representa uma estratégia viável, replicável e alinhada às demandas contemporâneas da terapia intensiva, contribuindo para a qualidade assistencial e para a organização do trabalho de enfermagem.

Palavras-chave: Gestão assistencial; Segurança do paciente crítico; Dimensionamento do cuidado intensivo.

1 INTRODUÇÃO

A organização da força de trabalho em Unidades de Terapia Intensiva (UTI) é um dos elementos mais determinantes para a segurança do paciente, a qualidade assistencial e a eficiência operacional dos serviços de saúde. A complexidade crescente dos cuidados intensivos, associada ao perfil clínico cada vez mais grave dos pacientes, exige modelos de distribuição da equipe que sejam dinâmicos, mensuráveis e fundamentados em indicadores

DOI: 10.51161/iv-conasus/87486

objetivos de carga de trabalho (Batassini; Oliveira; Beghetto, 2025). Nesse contexto, o *Nursing Activities Score* (NAS) destaca-se como o instrumento mais utilizado internacionalmente para quantificar o tempo de assistência de enfermagem requerido por cada paciente em 24 horas, permitindo estimar com precisão a demanda real de cuidados.

A aplicação do NAS como ferramenta de apoio à tomada de decisão possibilita que a distribuição dos técnicos de enfermagem por turno seja realizada de forma mais equitativa e segura, evitando sobrecarga profissional e reduzindo o risco de eventos adversos. Além disso, o uso do NAS favorece a transparência nos processos de dimensionamento, fortalece a justificativa técnica para alocação de recursos humanos e contribui para a padronização da prática assistencial (De Medeiros *et al*., 2025).

O NAS contempla um conjunto estruturado de atividades que representam a carga de trabalho de enfermagem em UTI, independentemente da tipologia da unidade ou do perfil clínico dos pacientes. O instrumento atribui pesos distintos às intervenções realizadas pela equipe, considerando desde cuidados básicos até procedimentos de alta complexidade. A pontuação final reflete, de maneira mais fidedigna e quantificável, o tempo efetivamente dedicado à assistência de enfermagem em um período de 24 horas, permitindo estimar com precisão a demanda real de cuidados e orientar decisões relacionadas ao dimensionamento e à organização da força de trabalho (Sardo *et al*., 2023).

A utilização do NAS como base para a distribuição dos técnicos de enfermagem justifica-se pela necessidade de alinhar a carga de trabalho real à capacidade operacional da equipe. Diferentemente de modelos tradicionais que consideram apenas o número de pacientes, o NAS quantifica o tempo efetivo de assistência requerido, permitindo identificar pacientes de alta complexidade, que demandam vigilância contínua e, portanto, devem ser alocados a técnicos exclusivos. Da mesma forma, pacientes com NAS moderado ou baixo podem ser distribuídos entre técnicos responsáveis por dois leitos, desde que a soma dos escores permaneça dentro de limites seguros.

Nesta perspectiva, o estudo visa relatar a experiência de implementação de um modelo de distribuição de leitos entre técnicos de enfermagem fundamentado no NAS, visando equilibrar a carga de trabalho, padronizar processos e aprimorar a segurança do paciente crítico.

2 MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um relato de experiência desenvolvido na UTI Clínica de um hospital integrante da rede pública do município de Fortaleza, composta de 08 leitos, a partir da análise da rotina assistencial e da identificação da ausência de critérios objetivos para divisão dos leitos. A metodologia adotada foi qualitativa e descritiva, fundamentada na utilização sistemática do NAS como ferramenta central para mensuração da carga de trabalho e classificação da complexidade dos pacientes.

A experiência envolveu:

- observação direta dos plantões;
- cálculo diário dos escores NAS;
- construção de cenários operacionais para equipes com quatro e cinco técnicos;
- definição de regras de pareamento de pacientes;
- implementação prática da divisão dos leitos;
- ajustes contínuos conforme evolução clínica e dinâmica da unidade.

O NAS foi utilizado como parâmetro para orientar decisões, considerando que 01 ponto equivale a 1% do tempo de um profissional de enfermagem em 24 horas.

A implementação ocorreu em dois cenários distintos:

- **Cenário 1 – Plantões com 5 técnicos**

Adotou-se a divisão 2-2-2-1-1, garantindo que os técnicos com apenas um leito recebessem pacientes de alta complexidade (NAS ≥ 70). Os demais técnicos assumiram duplas de leitos, respeitando limites seguros de carga (100–120%). O técnico com menor soma de NAS foi designado como Técnico Navegador, responsável por atividades de apoio, como reposição de insumos, organização de kits, auxílio na admissão de pacientes e suporte à visita de familiares.

- **Cenário 2 – Plantões com 4 técnicos**

A única divisão possível foi 2-2-2-2, sem técnico exclusivo e sem técnico navegador. A regra central foi evitar o pareamento de dois pacientes de NAS alto com o mesmo profissional. Limites de carga foram monitorados diariamente, com reavaliação obrigatória quando ultrapassados.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A implementação do modelo baseado no NAS trouxe benefícios perceptíveis:

- maior equilíbrio na distribuição da carga assistencial;
- redução de sobrecarga individual;
- padronização da divisão dos leitos entre plantões;
- maior segurança para pacientes de alta complexidade;
- justificativa técnica para decisões de dimensionamento;
- diminuição da variabilidade entre turnos;
- fortalecimento da organização interna da equipe.

A presença do Técnico Navegador nos plantões com cinco profissionais mostrou-se especialmente relevante, contribuindo para fluidez operacional e suporte às demandas não assistenciais diretas.

Discussão

A experiência demonstrou que o NAS se consolida como um instrumento que ultrapassa a simples mensuração da carga de trabalho, assumindo papel estratégico na gestão assistencial da UTI. Ao ser aplicado de forma sistemática, permite visualizar com maior precisão a complexidade real dos pacientes, oferecendo subsídios objetivos para decisões que antes eram tomadas de maneira empírica ou baseadas apenas na percepção subjetiva da equipe. Essa mudança de paradigma fortalece a organização interna da unidade, pois transforma o processo de distribuição dos leitos em uma atividade estruturada, transparente e alinhada às necessidades assistenciais de cada turno.

A ausência de critérios prévios para a divisão dos leitos evidenciou uma lacuna na rotina da UTI, marcada por variações entre plantões, sobrecarga de determinados profissionais e risco aumentado de eventos adversos. A adoção do NAS supriu essa lacuna ao introduzir um método padronizado, capaz de equilibrar a carga de trabalho e reduzir discrepâncias entre turnos. A experiência mostrou que, ao utilizar o NAS como eixo central da distribuição dos técnicos, a equipe passou a operar com maior coerência, previsibilidade e segurança, especialmente em cenários de alta complexidade clínica.

Além disso, a prática reforça que modelos tradicionais de dimensionamento, baseados exclusivamente no número de pacientes, são insuficientes para atender às demandas das UTIs modernas, onde a intensidade dos cuidados varia significativamente entre indivíduos. Assim, o NAS se torna fundamental para evitar sobrecarga, garantir vigilância adequada aos pacientes críticos e promover uma distribuição mais justa e eficiente dos recursos humanos.

DOI: 10.51161/iv-conasus/87486

Dessa forma, o NAS não apenas organiza a força de trabalho, mas também contribui para a segurança do paciente, a qualidade assistencial e a eficiência operacional da unidade. Ao estruturar processos, orientar decisões e reduzir riscos, ele se afirma como uma importante ferramenta para o gerenciamento da assistência em terapia intensiva, consolidando-se como referência para práticas contemporâneas de dimensionamento e organização da equipe de enfermagem.

4 CONCLUSÃO

A implementação da divisão de leitos baseada no NAS demonstrou ser uma estratégia altamente eficaz para promover o equilíbrio da carga assistencial, otimizar o uso dos recursos humanos disponíveis e fortalecer a segurança do paciente crítico. Ao incorporar o NAS como eixo estruturante da organização da equipe, a UTI passou a operar com maior previsibilidade, coerência e alinhamento às demandas reais de cuidado, reduzindo discrepâncias entre plantões e minimizando situações de sobrecarga individual. Essa abordagem permitiu que a distribuição dos técnicos deixasse de ser empírica ou baseada apenas na percepção subjetiva da equipe, passando a se apoiar em um indicador validado, mensurável e sensível às variações de complexidade clínica.

A adoção sistemática do NAS também contribuiu para ampliar a transparência nos processos de dimensionamento, uma vez que as decisões passaram a ser justificadas por parâmetros objetivos e facilmente auditáveis. Isso fortaleceu a padronização da prática assistencial, reduzindo a variabilidade entre turnos e garantindo maior equidade na alocação dos profissionais. Além disso, o modelo favoreceu a construção de um ambiente de trabalho mais organizado, com fluxos mais claros, responsabilidades melhor distribuídas e maior segurança para pacientes que demandam vigilância contínua.

A experiência reforça que, em UTIs contemporâneas, modelos de dimensionamento baseados exclusivamente no número de pacientes são insuficientes para capturar a complexidade dos cuidados intensivos. Pacientes com perfis clínicos semelhantes podem demandar cargas de trabalho completamente distintas, e é justamente essa diferença que o NAS quantifica com precisão. Assim, ao orientar a distribuição dos técnicos a partir da complexidade real, o NAS se consolida como ferramenta essencial para a gestão assistencial, contribuindo para práticas mais seguras, eficientes e alinhadas às necessidades da terapia intensiva moderna.

Dessa forma, o relato evidencia que o uso do NAS não apenas organiza a força de trabalho, mas também qualifica a assistência, fortalece a cultura de segurança e representa uma prática replicável e adaptável a diferentes realidades de unidades de terapia intensiva.

REFERÊNCIAS

BATASSINI, E.; OLIVEIRA, J. L. C.; BEGHETTO, M. G. Demonstração de métodos de cálculo para o dimensionamento da equipe de enfermagem em terapia intensiva. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 33, p. e4410, 2025.

DE MEDEIROS, C. M. P. et al. A Escala Nursing Activities Score como ferramenta de avaliação na assistência em unidade de terapia intensiva: revisão integrativa. **Revista Coopex**, v. 16, n. 02, p. 8.072-8.090, 2025.

DOI: 10.51161/iv-conasus/87486

SARDO, P. M. G. et al. Nursing workload assessment in an intensive care unit: A retrospective observational study using the Nursing Activities Score. **Nursing in critical care**, v. 28, n. 2, p. 288-297, 2023.

RELATO DE EXPERIÊNCIA SOBRE A CRIAÇÃO DE “CARTÃO DE ACOMPANHAMENTO PRÉ-OPERATÓRIO” PARA PACIENTES EM FILA DE CIRURGIAS ELETIVAS DO SUS

VIVIANE COSTA DE OLIVEIRA; MARIA FERNANDA DE OLIVEIRA TRIGUEIRO MENDES; DANIELLY OLIVEIRA DE ARAÚJO; KÁTIA SUELY FERREIRA AMORIM

Introdução: Durante a qualificação de fila cirúrgica ocorrem situações que interferem na comunicação com o paciente, podendo comprometer a assistência necessária ao paciente, tempo de espera em fila e qualidade dos dados, demandando do qualificador estratégias capazes de minimizar esta realidade.Como exemplo, com resultados positivos, o “cartão de acompanhamento” é utilizado em diversas situações com necessidade de monitoramento, portanto uma possibilidade para a qualificação como um recurso capaz de integrar informações sobre a cirurgia esperada, demandas do paciente e acompanhamento. **Objetivo:** Descrever a experiência de ideação e criação de um “cartão de acompanhamento pré-operatório”. **Relato de experiência:** A elaboração do cartão proposto teve início em abril/2025 com as seguintes ações: 1)listagem das principais dificuldades na abordagem do paciente (identificação do procedimento abordado, datas de consultas e exames relacionados com a cirurgia, falta de conhecimento sobre as etapas do pré operatório, questionamento sobre inserção em fila, insatisfação com o acompanhamento, números de contato) 2)definição das informações necessárias de acordo com um roteiro estruturado para qualificação 3)esboço do cartão 4)design 5)revisão. Considerou-se: ordem do fluxo pré operatório; informações de inserção na fila; controle de registro de agendamentos; comunicação entre as equipes envolvidas no pré-operatório; orientação sobre a qualificação; níveis de compreensão paciente. **Conclusão:** O cartão foi estruturado para tornar a comunicação entre qualificador e paciente mais segura e eficiente, sendo um desafio definir a ordem dos tópicos, considerando as possibilidades de fluxo conforme as demandas de cada paciente e o tempo de espera. Optou-se por utilizar cores e pictogramas para melhor compreensão das informações solicitadas durante a qualificação, considerando a especificidade das informações, pelo caráter técnico. O produto segue para estudo de validação após submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa.

Palavras-chave: **CARTÃO PRÉ-OPERATÓRIO; CIRURGIAS ELETIVAS; QUALIFICAÇÃO**

DOI: 10.51161/iv-conasus/87519

HESITAÇÃO VACINAL NO BRASIL: FATORES ASSOCIADOS E REPERCUSSÕES PARA O PROGRAMA NACIONAL DEIMUNIZAÇÕES E O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.

MARIANA BORGES CORTAL SILVA TELLES; ISABEL DIAS SCOPEL GOMES; MEIRIELLY NETTO DE OLIVEIRA; SARAH YOLETTE VASCONCELOS PINHA; HELANA SILVA DE MENEZES

Introdução: A vacinação é uma importante estratégia para a prevenção de doenças imunopreveníveis e proteção individual e coletiva. No Brasil, o Programa Nacional de Imunizações (PNI) coordena as ações de imunização. Entretanto, a hesitação vacinal, caracterizada pela recusa ou atraso na vacinação, representa um desafio para o PNI e para o Sistema Único de Saúde (SUS), podendo comprometer a adesão da população e reduzir as coberturas vacinais. **Objetivos:** Analisar os fatores associados à hesitação vacinal no Brasil e suas repercussões para o PNI e o SUS. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, realizada nas bases Biblioteca Virtual em Saúde, PubMed e Google Acadêmico. A estratégia de busca foi elaborada a partir dos Descritores em Ciências da Saúde, utilizando os termos "hesitação vacinal", "programa de imunização" e "Brasil", combinados pelos operadores booleanos AND e OR. Foram incluídos artigos completos, publicados em português e inglês, compreendendo estudos observacionais, qualitativos, de prevalência, revisões sistemáticas e da literatura. Foram excluídos relatos de caso, ensaios clínicos, estudos duplicados, textos incompletos e publicações que não contemplavam a temática proposta. **Resultados:** Os estudos evidenciaram que a hesitação vacinal no Brasil está relacionada a fatores comportamentais, sociodemográficos e informacionais. Entre os principais, destacam-se o conhecimento insuficiente sobre as vacinas, o receio de eventos adversos, a desconfiança na ciência e nos serviços de saúde e as convicções morais e religiosas, além de barreiras de acesso, como o desabastecimento de imunizantes e o horário restrito de funcionamento das salas de vacinação. Esses fatores, associados a dificuldades logísticas e à sobrecarga dos serviços, comprometem as coberturas vacinais e as metas do PNI. Consequentemente, a redução da imunidade coletiva aumenta o risco de reemergência de doenças como sarampo e poliomielite, gerando impactos assistenciais e financeiros para o SUS. **Conclusão:** A hesitação vacinal representa um desafio para o PNI e o SUS, comprometendo a proteção coletiva e o controle de doenças imunopreveníveis. Seu enfrentamento requer ações de educação em saúde, combate à desinformação, fortalecimento da confiança nas vacinas e redução das barreiras de acesso, contribuindo para o fortalecimento do PNI e da imunização no Brasil.

Palavras-chave: **HESITAÇÃO VACINAL; IMUNIZAÇÃO; SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.**

DOI: 10.51161/iv-conasus/87520

HESITAÇÃO VACINAL EM GESTANTES: FATORES ASSOCIADOS A BAIXA ADESÃO A IMUNIZAÇÃO NO PRÉ-NATAL

VIVIANE RITA DE OLIVEIRA LOURENÇO PEPINO; VIVIANE RITA DE OLIVEIRA LOURENÇO PEPINO; JOICE CAROLINA SILVA MARQUES

INTRODUÇÃO: A vacinação durante a gestação é uma importante estratégia de proteção materno-infantil, contribuindo para a prevenção de doenças imunopreveníveis e redução de complicações durante a gravidez e nos primeiros meses de vida do recém-nascido. **OBJETIVO**: Identificar os fatores que influenciam a não adesão e hesitação vacinal das gestantes em relação às vacinas preconizadas pelo Sistema Único de Saúde. **MÉTODOS:** Trata-se de uma revisão integrativa da literatura realizada nas bases de dados PubMed, SciELO, LILACS, BVS utilizando os Descritores em Ciências da Saúde (DECS), combinados pelo operador booleano AND, “atenção primária à saúde”, “gestantes” e “hesitação vacinal”. Foram incluídos artigos disponíveis na íntegra, dos últimos cinco anos, em português, inglês. A coleta de dados ocorreu no mês de maio de 2026 e foram selecionados 11 artigos científicos. **RESULTADOS:** Os achados deste estudo evidenciam que fatores sociais, culturais e informacionais influenciam diretamente a decisão das gestantes quanto à adesão à imunização. Esse cenário tornou-se ainda mais desafiador após a pandemia da COVID-19, marcada pela intensificação da circulação de desinformação e conteúdos sem respaldo científico, contribuindo para o aumento da hesitação vacinal. Os resultados evidenciaram aspectos relacionados à adesão vacinal durante a gestação, dentre eles hesitação vacinal por medo de efeitos adversos, pela segurança da vacina, influência da desinformação, fake news. O profissional enfermeiro na atenção primária a saúde possui papel fundamental nesse processo, uma vez que atua diretamente no acolhimento, orientação na consulta de enfermagem e ações de educação em saúde das gestantes no pré natal. **CONCLUSÃO:** A atuação da enfermagem na atenção primária à saúde, mostrou-se essencial para fortalecer a conscientização das gestantes, combater a desinformação e ampliar a cobertura vacinal durante a gestação. Investir na qualificação contínua dos profissionais de enfermagem e das equipes multiprofissionais, fortalecer as estratégias de educação em saúde e ampliar o acesso a informações baseadas em evidências científicas durante o pré-natal. A consolidação dessas ações poderá contribuir para o aumento da cobertura vacinal e para melhores desfechos em saúde materna-infantil, fortalecendo o cuidado integral e a promoção da saúde.

Palavras-chave: **ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE; GESTANTES; HESITAÇÃO VACINAL**

DOI: 10.51161/iv-conasus/87524

CONTRIBUIÇÃO DAS ESTRATÉGIAS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA A PREVENÇÃO E OENFRENTAMENTO DA OBESIDADE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

ISABEL DIAS SCOPEL GOMES

Introdução: A obesidade é uma doença crônica, complexa e multifatorial, relacionada a fatores psicológicos, socioeconômicos, ambientais, comportamentais e genéticos. Caracterizada pelo acúmulo excessivo de gordura corporal, essa condição repercute negativamente na saúde, pois se associa ao desenvolvimento de outras doenças crônicas e à redução da qualidade de vida. Nesse contexto, a Atenção Primária à Saúde (APS) assume importante papel, visto que constitui a principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS), possibilitando contato direto e contínuo com a população. Assim, estratégias multiprofissionais de educação em saúde podem contribuir para a prevenção e o enfrentamento da obesidade. **Objetivo:** Analisar a contribuição das estratégias de educação em saúde para a prevenção e o enfrentamento da obesidade no contexto da Atenção Primária à Saúde. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, realizada nas bases PubMed e SciELO, considerando publicações de 2021 a 2025. A estratégia de busca utilizou os termos “health education”, “obesity”, “prevention”,“primary health care”, “educação em saúde”, “obesidade” e “prevenção”, combinados pelo operador booleano AND. Foram incluídos artigos completos, publicados em português e inglês, que abordassem a relação entre obesidade e sua prevenção ou enfrentamento no contexto da Atenção Primária à Saúde. Foram excluídos estudos duplicados, textos incompletos e publicações que não abordassem a temática proposta. **Resultados:** Os estudos analisados evidenciaram que estratégias de educação em saúde apresentam potencial para contribuir com a prevenção e o enfrentamento da obesidade na Atenção Primária à Saúde (APS). As intervenções abordaram aspectos relacionados à alimentação, atividade física e mudanças comportamentais, além de ampliarem conhecimentos em saúde e de possibilitarem a qualificação dos profissionais para uma abordagem mais integral da obesidade. Observou-se ainda que estratégias grupais e multifacetadas apresentaram viabilidade de implementação no contexto da APS, embora seus efeitos sobre indicadores antropométricos tenham mostrado resultados distintos. **Conclusão:** Conclui-se que as ações de educação em saúde implementadas no contexto da Atenção Primária à Saúde apresentam potencial para contribuir com a prevenção e o enfrentamento da obesidade. Além disso, a qualificação dos profissionais para uma abordagem integral da obesidade mostra-se relevante para o fortalecimento das ações de cuidado e prevenção dessa doença crônica.

Palavras-chave: **OBESIDADE; EDUCAÇÃO EM SAÚDE; ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

DOI: 10.51161/iv-conasus/87526

DESIGUALDADES REGIONAIS NA QUALIDADE DO PRÉ-NATAL NO BRASIL

VERA LUCIA SCAPIN; ANDREA TUCHTENHAGEN WENDT; LUISA FERNANDA ARROYAVE ECHEVERRY

Introdução: A atenção pré-natal compreende um conjunto de ações voltadas à promoção da saúde, rastreamento, diagnóstico e à prevenção de doenças, com o objetivo de favorecer desfechos adequados da gestação para a mulher e o recém-nascido. No Brasil, persistem desigualdades regionais e sociais na utilização e na oferta dos componentes do cuidado pré-natal. **Objetivo:** Avaliar a variabilidade da qualidade da atenção pré-natal no Brasil, segundo regiões geográficas, com base em dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS). **Metodologia:** Estudo transversal, representativo do Brasil, utilizando dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2019. Foram incluídas mulheres de 15 a 49 anos, que tiveram parto nos 24 meses anteriores à entrevista e responderam ao bloco de questões referente à assistência pré-natal. O desfecho foi o pré-natal completo, definido pela realização de pelo menos seis consultas, início do acompanhamento no primeiro trimestre, atendimento por médico ou enfermeiro, realização de exames de sangue e urina e testagem para sífilis, hepatite B e HIV, recebimento de pelo menos uma dose das vacinas dT/dTpa, além da realização de procedimentos clínico-obstétricos, incluindo exame das mamas, mensuração da altura uterina, aferição da pressão arterial e do peso e ausculta dos batimentos cardíacos fetais. A proporção de mulheres que atingiram as 13 intervenções foi apresentada de acordo com as regiões do país. **Resultados:** A proporção de mulheres que receberam todas as intervenções avaliadas ao longo do pré-natal no Brasil foi de 25,9% e variou entre as regiões brasileiras. A maior proporção foi observada na região Centro-Oeste, com 31,2% (IC95%: 24,7–38,4), seguida pelas regiões Sudeste, com 26,7% (IC95%: 21,3–32,9), Sul, com 25,1% (IC95%: 19,2–32,0), Nordeste, com 24,7% (IC95%: 21,3–28,4), e Norte, com 23,0% (IC95%: 18,5–28,3). **Conclusão:** A completude do cuidado mostrou-se baixa: apenas cerca de um quarto das mulheres recebeu todas as intervenções avaliadas. Observou-se ainda variação entre as regiões brasileiras, com maior proporção no Centro-Oeste e menor no Norte, evidenciando que o acesso às consultas não garante, isoladamente, a oferta integral dos componentes recomendados da atenção pré-natal.

Palavras-chave: **ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL; BRASIL; DESIGUALDADES EM SAÚDE**

DOI: 10.51161/iv-conasus/87530

QUALIFICAÇÃO DO ACESSO À ATENÇÃO ESPECIALIZADA NO SUS: CONSTRUÇÃO DE PROTOCOLO MUNICIPAL PARA GESTÃO E PRIORIZAÇÃO DAS FILAS

JANAÍNE COELHO GUIMARÃES; ROSANEA MARIA DE JESUS TURQUETI

RESUMO

A organização do acesso à atenção especializada constitui um desafio para o Sistema Único de Saúde, especialmente diante da necessidade de conciliar demanda, oferta disponível, equidade e tempo de espera. Nesse contexto, a regulação assistencial e a adoção de critérios objetivos de priorização são estratégias relevantes para qualificar os fluxos e orientar o atendimento segundo as necessidades dos usuários. Este trabalho tem como objetivo relatar a experiência de construção de um protocolo municipal para gestão e priorização das filas de acesso à assistência especializada, visando qualificar o processo regulatório e favorecer o acesso equitativo no âmbito do SUS. Trata-se de relato de experiência desenvolvido na Secretaria Municipal de Saúde de Antônio Carlos, Minas Gerais, em 2026, a partir de demanda da gestão municipal para adequação dos processos locais às diretrizes estaduais de regulação do acesso eletivo. A construção ocorreu em etapas sucessivas, envolvendo análise da normativa estadual, elaboração de versão inicial, apreciação pela gestão municipal, discussão, revisão e adequação ao processo de trabalho local, considerando também a implantação do e-SUS Regulação. Como resultado, foi consolidado um instrumento técnico-organizacional que estabelece fluxo regulatório, categorias e critérios de prioridade, possibilidade de reclassificação, responsabilidades dos atores envolvidos, mecanismos de transparência e rastreabilidade e indicadores para monitoramento. O fluxo mantém a Atenção Primária à Saúde como responsável pelo acompanhamento longitudinal do usuário durante a espera e prevê seu retorno após o atendimento especializado para continuidade do cuidado. A versão final foi encaminhada para apreciação técnica estadual, recebendo parecer favorável quanto à pertinência e adequação às diretrizes estabelecidas. Por se encontrar em etapa anterior à implementação, ainda não é possível avaliar efeitos sobre tempo de espera, acesso ou outros resultados assistenciais. Conclui-se que a experiência possibilitou estruturar uma referência municipal para organização das filas orientadas por critérios de prioridade, equidade, transparência e continuidade do cuidado, cuja aplicabilidade e efeitos deverão ser avaliados após sua implementação.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Equidade em Saúde; Regulação em Saúde.

1 INTRODUÇÃO

A garantia do acesso oportuno e equitativo à atenção especializada permanece como um dos desafios para a organização do Sistema Único de Saúde (SUS). A existência de demandas superiores à oferta disponível pode resultar na formação de filas e no prolongamento do tempo de espera para consultas, exames e procedimentos, tornando necessária a adoção de mecanismos capazes de ordenar o acesso de acordo com as necessidades dos usuários. Nesse contexto, a regulação assistencial constitui função estratégica da gestão, ao articular demanda

DOI: 10.51161/iv-conasus/87536

e oferta e organizar os fluxos assistenciais com base em critérios, protocolos e prioridades, buscando assegurar cuidado integral, resolutivo e equânime (Brasil, 2025).

Nos últimos anos, a qualificação do acesso à atenção especializada e a redução dos tempos de espera têm ocupado posição de destaque na agenda nacional do SUS. Iniciativas federais direcionadas à reorganização da atenção especializada têm enfatizado a integração entre os diferentes pontos da Rede de Atenção à Saúde e o aprimoramento dos processos regulatórios, reconhecendo que a ampliação da oferta, isoladamente, não é suficiente para garantir acesso adequado aos serviços especializados (Brasil, 2024).

Em Minas Gerais, esse movimento foi reforçado pela Resolução SES/MG nº 10.833, de 15 de dezembro de 2025, que aprovou as Diretrizes de Regulação do Acesso à Assistência no fluxo eletivo, abrangendo procedimentos ambulatoriais e hospitalares de média e alta complexidade no âmbito do SUS/MG (Minas Gerais, 2025). A normativa atribui aos municípios responsabilidades relacionadas à gestão das filas e estabelece a utilização de protocolos de priorização como instrumentos para ordenar o acesso e promover maior equidade, além de prever mecanismos de transparência, reavaliação e monitoramento das demandas.

Diante desse cenário, a construção de instrumentos locais de gestão pode contribuir para que a fila de espera seja compreendida não apenas como um registro administrativo, mas como parte de um processo dinâmico de regulação e acompanhamento do cuidado. Assim, este trabalho tem como objetivo relatar a experiência de construção de um protocolo municipal para gestão e priorização das filas de acesso à assistência especializada, visando qualificar o processo regulatório e favorecer o acesso equitativo no âmbito do SUS.

2 RELATO DE EXPERIÊNCIA

Trata-se de um relato de experiência sobre a construção de um protocolo municipal para gestão e priorização das filas de acesso à assistência especializada, desenvolvido no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde de Antônio Carlos, Minas Gerais, em 2026. O protocolo abrange consultas especializadas, exames complementares, procedimentos diagnósticos e terapêuticos e cirurgias eletivas regulados pelo município.

A experiência teve início a partir de demanda da gestão municipal de saúde, após o recebimento da Resolução SES/MG nº 10.833, de 15 de dezembro de 2025, que aprovou as Diretrizes de Regulação do Acesso à Assistência no fluxo eletivo no âmbito do SUS/MG. A normativa atribui aos municípios responsabilidades relacionadas à gestão das filas de seus munícipes e estabelece a elaboração ou adoção de protocolos de priorização do acesso. Diante da necessidade de adequação dos processos municipais às diretrizes estaduais, a Secretaria Municipal de Saúde solicitou a elaboração de um instrumento que sistematizasse a organização e a priorização das filas de acesso à assistência especializada.

A construção foi desenvolvida em etapas sucessivas. Inicialmente, realizou-se a análise da normativa estadual e a identificação dos aspectos que necessitavam ser contemplados no âmbito municipal. A partir dessa análise, foi elaborada uma versão inicial do protocolo, posteriormente encaminhada à gestão municipal para apreciação e discussão. O documento foi revisado e ajustado considerando sua aplicabilidade à realidade local e ao processo de trabalho da regulação municipal, até a consolidação da versão final.

Como instrumento técnico, foi utilizado o próprio protocolo em construção, estruturado a partir das diretrizes normativas e do fluxo regulatório municipal. O processo considerou ainda a implantação do e-SUS Regulação como sistema oficial para gerenciamento das solicitações eletivas, buscando compatibilizar as diretrizes estabelecidas no documento com o processo operacional adotado pelo município.

A versão final foi organizada em eixos relacionados aos princípios da gestão das filas, fluxo municipal de acesso à assistência especializada, categorias de prioridade e critérios de

reclassificação, competências dos atores envolvidos, transparência, rastreabilidade e monitoramento. Foram estabelecidas as categorias Prioridade Alta, Prioridade Intermediária, Prioridade Eletiva e Demandas Administrativas, além da possibilidade de reclassificação diante de alterações na condição clínica, funcional ou social do usuário. A ordem cronológica foi mantida como critério de ordenamento entre usuários classificados na mesma categoria de prioridade.

O fluxo definido inicia-se na Atenção Primária à Saúde (APS), responsável pela avaliação clínica e elaboração do encaminhamento qualificado, seguindo para o registro da solicitação no e-SUS Regulação, análise regulatória, classificação da prioridade, organização da fila e agendamento conforme a oferta disponível. Durante o período de espera, prevê-se o acompanhamento do usuário pela APS e a solicitação de reclassificação quando indicada. Após o atendimento especializado, o fluxo contempla o retorno à APS para continuidade do cuidado. A Figura 1 apresenta, de forma esquemática, o fluxo municipal estabelecido para organização e acompanhamento das solicitações de acesso à assistência especializada.

Também foram definidos indicadores para o monitoramento posterior da implementação, incluindo tempo médio de espera por especialidade, tempo entre solicitação e agendamento, número de usuários reavaliados pela APS, solicitações reclassificadas, devoluções por informações insuficientes e taxa de absenteísmo. Esses indicadores foram incorporados ao protocolo com a finalidade de subsidiar a avaliação contínua do processo regulatório e futuros ajustes após sua implementação.

Por se tratar da descrição do processo de construção de um instrumento técnico-organizacional, não houve constituição de amostra nem realização de análise estatística de dados. A experiência foi sistematizada a partir das etapas de elaboração, discussão, revisão e consolidação do protocolo e de seus componentes operacionais.

Após sua finalização, o documento foi encaminhado à instância estadual para apreciação técnica, recebendo parecer favorável quanto à sua pertinência e adequação às diretrizes estaduais. Como etapas subsequentes, estão previstas sua apreciação pelo Conselho Municipal de Saúde e, posteriormente, sua publicação e disponibilização à população e aos profissionais da rede municipal.

DOI: 10.51161/iv-conasus/87536

Figura 1 – Fluxo Municipal de Gestão das Filas de Acesso à Assistência Especializada
Fonte: Elaborado pela Secretaria Municipal de Saúde de Antônio Carlos (2026).

DOI: 10.51161/iv-conasus/87536

3 DISCUSSÃO

A construção do protocolo municipal evidencia a necessidade de compreender a gestão das filas de espera para além de uma atividade administrativa de ordenamento de solicitações. A regulação do acesso à atenção especializada envolve dimensões clínicas, organizacionais e gerenciais e deve buscar compatibilizar a oferta disponível com as necessidades assistenciais dos usuários. A literatura aponta que a regulação do acesso aos serviços especializados constitui importante componente da organização do SUS, envolvendo processos e práticas regulatórias que podem atuar tanto na organização do acesso quanto na produção do cuidado (Giannotti et al., 2026).

Nesse sentido, um dos principais aspectos do protocolo construído foi a adoção de categorias de prioridades fundamentadas na necessidade clínica, funcional e social, sem abandono do critério cronológico. A ordem de inserção permanece válida entre usuários classificados na mesma categoria de prioridade, enquanto situações de maior risco ou possibilidade de agravamento recebem tratamento diferenciado. Essa organização converge com a Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde, que estabelece a equidade, a transparência e a utilização de critérios de priorização no acesso regulado (Brasil, 2023). Dessa forma, a priorização não representa desrespeito à ordem da fila, mas um mecanismo para incorporar o princípio da equidade ao processo regulatório.

Outro elemento relevante foi a manutenção da APS como responsável pelo acompanhamento longitudinal do usuário durante o período de espera. No protocolo, o encaminhamento para a atenção especializada não encerra a responsabilidade da equipe de origem: alterações clínicas, funcionais ou sociais podem determinar nova avaliação e solicitação de reclassificação da prioridade. Esse arranjo reforça o papel da APS na coordenação do cuidado e evita compreender a regulação como processo exclusivamente centralizado na estrutura administrativa. Estudos sobre a regulação do acesso à atenção especializada apontam que a participação da APS no processo regulatório pode ampliar sua capacidade de coordenação do cuidado, embora essa atuação dependa da integração entre os serviços, do compartilhamento de informações e da articulação entre os diferentes atores da rede (Melo et al., 2021).

A definição de responsabilidades entre APS, Central Municipal de Regulação, gestão e usuários também constitui aspecto relevante da experiência, uma vez que explicita atribuições ao longo do percurso regulatório e favorece maior responsabilização dos atores envolvidos. A literatura demonstra que os processos de regulação do acesso à atenção especializada assumem diferentes configurações nos territórios, relacionadas às capacidades institucionais, à organização dos fluxos assistenciais e à integração entre os pontos da rede. Nesse sentido, a construção de um instrumento municipal adaptado ao fluxo local e articulado ao e-SUS Regulação pode contribuir para institucionalizar critérios e responsabilidades no processo regulatório (Giannotti et al., 2026).

A transparência e a rastreabilidade constituíram outros componentes incorporados ao protocolo. O documento prevê publicidade dos critérios, registro das decisões e movimentações no e-SUS Regulação e aplicação uniforme das regras de priorização, além do respeito à ordem cronológica entre usuários pertencentes à mesma categoria. Esses elementos estão alinhados às diretrizes nacionais para a atenção especializada, que reconhecem equidade, transparência e práticas regulatórias produtoras de cuidado como componentes do acesso regulado (Brasil, 2023). A utilização de sistema informatizado também amplia a possibilidade de rastreamento das solicitações e produção de informações para subsidiar decisões da gestão, desde que acompanhada de atualização adequada dos registros e qualificação permanente dos profissionais envolvidos.

Outro avanço do instrumento foi incorporar o monitoramento como componente da própria gestão das filas. Foram definidos indicadores relacionados ao tempo de espera, intervalo

entre solicitação e agendamento, reavaliações realizadas pela APS, reclassificações, devoluções por insuficiência de informações e absenteísmo. A Política Nacional de Regulação do SUS reconhece o monitoramento, o controle e a avaliação dos serviços, bem como a alimentação, atualização e utilização adequada dos sistemas de informação, como componentes da regulação capazes de produzir informações estratégicas para a gestão (Brasil, 2025). A análise sistemática desses indicadores poderá permitir, após a implantação, identificar gargalos, avaliar a aplicação dos critérios estabelecidos e subsidiar ajustes no processo de trabalho.

Como potencialidade, a experiência possibilitou a construção de um instrumento adaptado à realidade municipal, articulando critérios de priorização, fluxo assistencial, responsabilidades, acompanhamento pela APS, transparência e monitoramento em uma única referência organizacional. Entretanto, sua principal limitação decorre do estágio atual de desenvolvimento: o protocolo ainda se encontra em fase anterior à implementação, estando prevista sua apreciação pelo Conselho Municipal de Saúde e posterior publicação. Dessa forma, a experiência relatada não permite afirmar, neste momento, redução do tempo de espera, melhoria do acesso, diminuição do absenteísmo ou outros efeitos assistenciais. A avaliação desses resultados dependerá da implementação do protocolo e do acompanhamento longitudinal dos indicadores estabelecidos.

4 CONCLUSÃO

A experiência possibilitou a construção de um protocolo municipal para organização e priorização das filas de acesso à assistência especializada, estruturando critérios de prioridade, fluxo regulatório, responsabilidades dos atores envolvidos, mecanismos de reclassificação, transparência e indicadores de monitoramento. O instrumento busca fortalecer a integração entre a Atenção Primária à Saúde e a Regulação Municipal, mantendo a APS como responsável pelo acompanhamento longitudinal do usuário durante o período de espera.

A organização das solicitações segundo as necessidades clínicas, funcionais e sociais, associada à manutenção da ordem cronológica entre usuários pertencentes à mesma categoria de prioridade, busca incorporar a equidade à gestão das filas sem desconsiderar critérios objetivos e impessoais de acesso. A utilização do e-SUS Regulação possibilita ainda maior rastreabilidade das solicitações e do processo regulatório.

A principal limitação da experiência está relacionada ao estágio atual do protocolo, ainda anterior à sua implementação, não sendo possível avaliar seus efeitos sobre o acesso, o tempo de espera ou outros resultados assistenciais. Como próximas etapas, estão previstas a apreciação pelo Conselho Municipal de Saúde, a publicação e divulgação do protocolo, a qualificação dos profissionais envolvidos e sua implementação na rede municipal.

Após a implantação, o acompanhamento dos indicadores previstos permitirá avaliar a aplicabilidade do instrumento, identificar necessidades de ajustes e subsidiar seu aperfeiçoamento contínuo. A experiência apresenta potencial para contribuir com a organização de processos regulatórios locais orientados pela equidade, transparência e continuidade do cuidado, respeitadas as particularidades e capacidades organizacionais de cada território.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 1.604, de 18 de outubro de 2023**. Institui a Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde (PNAES), no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Mais Acesso a Especialistas**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 9.262, de 30 de dezembro de 2025**. Institui a Política Nacional de Regulação em Saúde do Sistema Único de Saúde – SUS e revoga o Anexo XXVI da Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 28 de setembro de 2017. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2025.

GIANNOTTI, E. M.; TOFANI, L. F. N.; LOUVISON, M. C. P.; REIS, A. C. Regulação do acesso aos serviços especializados no SUS: uma revisão de escopo. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 1, e07562024, 2026.

MELO, E. A.; GOMES, G. G.; CARVALHO, J. O.; PEREIRA, P. H. B.; GUABIRABA, K. P. L. A regulação do acesso à atenção especializada e a Atenção Primária à Saúde nas políticas nacionais do SUS. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 1, e310109, 2021.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Resolução SES/MG nº 10.833, de 15 de dezembro de 2025**. Aprova as Diretrizes de Regulação do Acesso à Assistência no fluxo eletivo, tratada como Regulação do Acesso Eletivo a procedimentos ambulatoriais e hospitalares de média e alta complexidade, no âmbito do Sistema Único de Saúde do Estado de Minas Gerais (SUS/MG). Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2025.

DOI: 10.51161/iv-conasus/87536

APOIO MATRICIAL NA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: POTENCIALIDADES E DESAFIOS PARA A ARTICULAÇÃO DO CUIDADO

PEDRO AFONSO DE TOLEDO KOUNARIS, NICOLAS DOUGLAS MONTEIRO SOARES.

RESUMO

O apoio matricial constitui uma estratégia de articulação do cuidado em saúde mental que busca fortalecer a corresponsabilização entre equipes e superar práticas centradas na transferência de usuários entre serviços. Este estudo teve como objetivo analisar as potencialidades e os desafios da operacionalização do apoio matricial como estratégia de articulação do cuidado na Rede de Atenção Psicossocial. Trata-se de uma revisão bibliográfica de caráter narrativo e reflexivo, desenvolvida a partir de sete estudos empíricos nacionais publicados entre 2016 e 2024, selecionados por sua pertinência ao problema investigado. A análise do material foi orientada pelos pressupostos da Análise de Conteúdo Temática, com identificação e agrupamento de núcleos recorrentes relacionados às formas de articulação, aos limites da prática matricial e às condições institucionais para sua sustentação. Os resultados indicam que o matriciamento favorece a comunicação entre os diferentes pontos da rede, a discussão compartilhada de casos, a construção de Projetos Terapêuticos Singulares e a corresponsabilização entre Atenção Básica e serviços especializados. Em contrapartida, os estudos também evidenciam dificuldades na compreensão e operacionalização da estratégia, permanência de práticas centradas no encaminhamento e no atendimento especializado, fragilidades na comunicação entre equipes, precarização das condições de trabalho e limitações de infraestrutura. A Educação Permanente em Saúde aparece como um recurso importante para qualificar os processos de trabalho, ampliar o repertório das equipes e favorecer práticas colaborativas. Conclui-se que o apoio matricial apresenta potencial para fortalecer a integralidade e a territorialização do cuidado em saúde mental, desde que sustentado por condições institucionais que favoreçam o diálogo, a formação permanente, a corresponsabilização e a articulação entre os diferentes componentes da rede.

Palavras-chave: Saúde mental; Integralidade; Educação permanente em saúde.

1 INTRODUÇÃO

A Reforma Psiquiátrica Brasileira produziu importantes transformações na organização do cuidado em saúde mental ao questionar a centralidade do hospital psiquiátrico e direcionar a assistência para serviços territoriais e comunitários. Rodrigues e Martelli (2024) situam a Lei nº 10.216/2001 como um marco desse processo e destacam que a posterior instituição da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) buscou organizar o cuidado segundo uma perspectiva comunitária, inclusiva e articulada entre diferentes pontos de atenção. Nesse modelo, a Atenção Básica ocupa uma posição estratégica por sua proximidade com o território e com a população, favorecendo a construção de vínculos, a identificação de manifestações de sofrimento psíquico e a coordenação do cuidado em conjunto com os demais serviços da rede. Godoi et al. (2020)

DOI: 10.51161/iv-conasus/87544

ressaltam, nesse sentido, a relevância da Atenção Básica para a incorporação das ações de saúde mental e para a articulação com os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

Entretanto, a inserção do cuidado em saúde mental na Atenção Básica ainda encontra dificuldades relacionadas à formação dos profissionais, ao reconhecimento das demandas de sofrimento psíquico e à articulação com os serviços especializados. Fornereto, Sousa e Martini (2023) identificaram, entre profissionais da RAPS, dúvidas quanto ao significado e à operacionalização das estratégias de trabalho colaborativo, inclusive do próprio apoio matricial. Nesse contexto, o apoio matricial constitui uma estratégia de articulação entre equipes de referência e profissionais especializados, baseada no compartilhamento do cuidado e na corresponsabilização pelos casos. Ao analisar a articulação da RAPS em situações de crise, Andrade, Zeferino e Fialho (2016) mostram que o matriciamento possibilita substituir a lógica de simples transferência do usuário entre serviços pela discussão conjunta dos casos, pela troca de saberes e pela construção compartilhada de Projetos Terapêuticos Singulares.

A efetivação dessa proposta, contudo, não ocorre de maneira homogênea nos diferentes contextos assistenciais. Santos e Mandelbaum (2016), ao investigarem a atuação de psicólogas no NASF, identificaram precarização dos vínculos trabalhistas, dificuldades de infraestrutura e ausência de uma política sistemática de educação permanente, condições que interferiam diretamente nas possibilidades de desenvolvimento do trabalho interdisciplinar. Além dessas condições materiais e institucionais, os autores observaram dificuldades na própria compreensão do matriciamento, com predominância de ações clínico-assistenciais e reduzida dimensão técnico-pedagógica. Fornereto, Sousa e Martini (2023) também evidenciam que a pouca disponibilidade de algumas equipes para o diálogo, a permanência da lógica do encaminhamento e formas verticalizadas de gestão podem limitar a construção de práticas corresponsabilizadas. Diante disso, este estudo tem como objetivo analisar as potencialidades e os desafios da operacionalização do apoio matricial como estratégia de articulação do cuidado na Rede de Atenção Psicossocial, a partir de experiências descritas em estudos empíricos nacionais.

2 MATERIAL E MÉTODOS

D Este estudo caracteriza-se como uma revisão bibliográfica de caráter narrativo e reflexivo, desenvolvida a partir da análise de estudos empíricos nacionais relacionados à organização e à articulação do cuidado em saúde mental no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). O corpus foi constituído por sete artigos científicos publicados entre 2016 e 2024, selecionados por sua pertinência ao problema investigado e por abordarem diferentes experiências de organização do cuidado, articulação entre serviços, apoio matricial, atuação de equipes multiprofissionais e relações entre a Atenção Básica e os serviços especializados em saúde mental.

Os estudos analisados apresentam diferentes delineamentos metodológicos e contextos de investigação, permitindo examinar experiências desenvolvidas em distintos pontos e territórios da RAPS. Entre eles, encontram-se pesquisas qualitativas realizadas com profissionais de CAPS, NASF/NASF-AB, Estratégia Saúde da Família e outros serviços da rede, além de estudo baseado em dados secundários sobre a produção de matriciamento na Atenção Básica. Essa diversidade possibilitou identificar aproximações e contrastes entre as experiências descritas acerca das potencialidades e dos limites da articulação do cuidado em saúde mental.

A análise do material foi orientada pelos pressupostos da Análise de Conteúdo Temática, conforme Bardin (2016). Inicialmente, realizou-se a leitura integral dos estudos que compuseram o corpus, buscando reconhecer seus objetivos, procedimentos metodológicos e principais resultados. Em seguida, foram identificados e agrupados os núcleos temáticos

recorrentes relacionados à operacionalização do apoio matricial e à articulação do cuidado na RAPS. Por fim, os conteúdos foram sistematizados e interpretados de forma comparativa, permitindo a construção de eixos temáticos que expressam as principais potencialidades, dificuldades e condições implicadas no desenvolvimento do apoio matricial.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os estudos analisados apontam o apoio matricial como uma estratégia capaz de modificar a relação entre os diferentes pontos da Rede de Atenção Psicossocial ao substituir a transferência isolada de demandas por formas compartilhadas de cuidado. Andrade, Zeferino e Fialho (2016), ao investigarem a articulação da RAPS em situações de crise, identificaram o encaminhamento não compartilhado como uma prática associada à fragmentação e à desresponsabilização pelo usuário. Em contraposição, o matriciamento foi reconhecido pelos trabalhadores como espaço de construção conjunta dos casos, troca de saberes e corresponsabilização entre as equipes.

Essa dinâmica também favorece a construção compartilhada dos Projetos Terapêuticos Singulares (PTS). Nos relatos analisados por Andrade, Zeferino e Fialho (2016), as reuniões de matriciamento possibilitavam que profissionais de diferentes serviços discutissem casos e definissem conjuntamente possibilidades de intervenção, ampliando a integração entre as equipes. Fornereto, Sousa e Martini (2023) observaram movimento semelhante: quando o apoio matricial ocorria de forma sistemática, os profissionais relatavam melhora na comunicação, maior proximidade entre os serviços e possibilidade de construção de projetos de cuidado mais integrados, em oposição à prática de simplesmente encaminhar o usuário.

Os dados quantitativos apresentados por Godoi et al. (2020) reforçam a importância de considerar a articulação entre profissionais e matriciamento, mas também evidenciam a heterogeneidade entre os territórios. Na Coordenadoria Regional de Saúde Leste do município de São Paulo, foram identificadas correlações positivas e estatisticamente significativas entre diferentes indicadores de produção dos psicólogos e a frequência de matriciamento, com coeficientes variando entre r=0,916 e r=0,986. Os autores consideram que características da atuação da Psicologia relacionadas à interdisciplinaridade e à integralidade podem favorecer a incorporação da lógica matricial. Entretanto, o mesmo padrão não se repetiu nas demais coordenadorias, impedindo que essa relação seja generalizada para todo o município.

A experiência analisada por Rodrigues e Martelli (2024) também demonstra a função articuladora do matriciamento. No município estudado, profissionais relataram encontros entre CAPS e Atenção Básica que envolviam visitas, discussão dos casos e identificação compartilhada das necessidades de saúde mental no território. O apoio matricial apareceu como uma das principais estratégias de interlocução entre esses serviços, fortalecendo a corresponsabilização pelo cuidado.

Apesar dessas potencialidades, os estudos demonstram que a existência formal do apoio matricial não garante a transformação dos processos de trabalho. Fornereto, Sousa e Martini (2023) identificaram entre os profissionais dúvidas sobre o significado e a operacionalização do matriciamento, além da permanência da prática de “passar o caso” de um serviço para outro. Os próprios trabalhadores destacaram que a realização do apoio dependia da disponibilidade das equipes para dialogar e assumir conjuntamente a responsabilidade pelas demandas de saúde mental.

Santos e Mandelbaum (2016) encontraram dificuldade semelhante entre psicólogas atuantes no NASF. Embora o apoio matricial constituísse um elemento central da proposta de atuação dessas equipes, as práticas observadas estavam concentradas predominantemente na dimensão clínico-assistencial. Ao serem questionadas sobre o matriciamento, a maioria das participantes apresentou compreensões parciais ou distorcidas do conceito, sendo que apenas

uma resposta foi considerada pelos autores coerente com sua proposta. Esses achados demonstram que a incorporação do matriciamento depende também da compreensão de sua dimensão técnico-pedagógica e de sua função de apoio às equipes de referência.

Em contextos rurais, Cirilo Neto e Dimenstein (2017) identificaram dificuldades semelhantes. A principal resposta às demandas de saúde mental ainda se concentrava no encaminhamento para atendimento médico ou especializado, enquanto práticas de acompanhamento conjunto entre NASF e Estratégia Saúde da Família não faziam parte da rotina dos serviços. Segundo os autores, o matriciamento existente permanecia fortemente associado a atendimentos pontuais e à dimensão assistencial, limitando sua capacidade de ampliar as competências das equipes da Atenção Primária para o cuidado em saúde mental.

Godoi et al. (2020) acrescentam outro elemento a essa discussão ao analisarem a relação entre a produção de psiquiatras na Atenção Básica e o matriciamento. Em algumas coordenadorias foram encontrados coeficientes de correlação negativos, como no Centro (r=-0,820) e no Sul (r=-0,588), embora essas associações não tenham alcançado significância estatística. Os autores interpretam esses resultados com cautela e levantam a possibilidade de que uma atuação predominantemente especializada e individual possa dificultar a incorporação da lógica interprofissional do apoio matricial. A discussão, portanto, não permite atribuir aos psiquiatras uma resistência generalizada ao matriciamento, mas evidencia a tensão entre práticas centradas no especialista e a proposta de cuidado compartilhado.

A efetivação do matriciamento também está relacionada às condições concretas em que o trabalho é realizado. Santos e Mandelbaum (2016) identificaram vínculos profissionais informais, ausência de direitos trabalhistas, instabilidade contratual e impactos físicos e psíquicos dessas condições sobre as profissionais pesquisadas. Além da precarização dos vínculos, foram relatadas dificuldades de transporte, falta de materiais e insuficiência de estrutura física para o desenvolvimento das atividades. Esses elementos mostram que o apoio matricial não depende exclusivamente de mudanças na postura dos trabalhadores, mas também de condições institucionais que possibilitem encontros, deslocamentos e continuidade das ações.

As dificuldades relacionadas ao transporte também aparecem no estudo de Rodrigues e Martelli (2024), particularmente no fluxo entre municípios e serviços regionalizados. Os autores observaram atrasos ou ausência de transporte para usuários e técnicos de referência, situação que interferia diretamente na continuidade do cuidado e na articulação entre o CAPS e os territórios de origem dos usuários. No mesmo estudo, foram identificadas fragilidades na comunicação entre os pontos da RAPS e dificuldades de alguns profissionais em reconhecer a Atenção Básica como parte integrante da própria rede.

Outro desafio aparece no município investigado por Santos e Mandelbaum (2016), no qual as equipes encontravam dificuldades para responder às demandas relacionadas a transtornos leves e moderados. A inexistência de serviços capazes de absorver parte dessas demandas produzia movimentos de encaminhamento e reencaminhamento entre NASF e CAPS, fazendo com que alguns usuários permanecessem sem acompanhamento adequado. É importante manter esse achado como característica do contexto pesquisado, e não afirmar que toda a RAPS brasileira possui necessariamente a mesma lacuna.

Nesse cenário, a Educação Permanente em Saúde aparece como uma condição importante para sustentar formas colaborativas de trabalho. Fornereto, Sousa e Martini (2023) demonstram que espaços de EPS possibilitaram problematizar práticas, discutir casos e produzir maior aproximação entre profissionais de CAPS e Nasf-AB. As autoras também destacam que cabe à gestão criar condições institucionais para a realização desses encontros, uma vez que modelos de gestão verticalizados podem dificultar a comunicação e a corresponsabilização entre os serviços.

Durante a pandemia de Covid-19, as ferramentas virtuais constituíram uma das formas encontradas para manter parte dessa articulação. Fornereto, Sousa e Martini (2023) registraram experiências de reuniões virtuais entre CAPS e Nasf, teleacolhimento e utilização de aplicativos de mensagens para preservar vínculos e organizar ações compartilhadas. Ao mesmo tempo, os profissionais ressaltaram que o contato presencial permanecia relevante para a qualidade do matriciamento. Assim, mais do que constituir um eixo independente, a telessaúde pode ser compreendida como uma estratégia circunstancial de manutenção da comunicação e do cuidado colaborativo diante das restrições impostas pela pandemia.

4 CONCLUSÃO

A análise dos estudos evidencia que o apoio matricial constitui uma importante estratégia para a articulação do cuidado no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial. Ao favorecer a comunicação entre equipes, a discussão compartilhada dos casos e a corresponsabilização pelo acompanhamento dos usuários, o matriciamento contribui para superar práticas centradas exclusivamente no encaminhamento aos serviços especializados e ampliar as possibilidades de cuidado integral e territorializado em saúde mental.

Entretanto, as experiências analisadas demonstram que a existência formal dessa estratégia não garante sua efetivação no cotidiano dos serviços. Dificuldades na compreensão e operacionalização do matriciamento, fragilidades na comunicação entre os pontos da rede, permanência de práticas centradas no atendimento especializado, condições precárias de trabalho e limitações de infraestrutura constituem obstáculos para a consolidação do cuidado compartilhado. Nesse sentido, o fortalecimento do apoio matricial depende não apenas da atuação dos profissionais, mas também de condições institucionais que favoreçam encontros entre equipes, processos de Educação Permanente em Saúde e formas de gestão comprometidas com a articulação da rede.

Como limitação deste estudo, destaca-se o número restrito de trabalhos analisados e a diversidade dos contextos locais e dos delineamentos metodológicos que compõem o corpus, o que impede a generalização dos achados para a totalidade da RAPS brasileira. Estudos futuros podem ampliar o número de experiências investigadas e analisar diferentes territórios e pontos de atenção, contribuindo para compreender as condições que favorecem ou dificultam a sustentação do apoio matricial. Conclui-se, portanto, que sua potência reside menos em constituir um procedimento isolado e mais em possibilitar a construção de relações de trabalho pautadas pelo diálogo, pela corresponsabilização e pelo compartilhamento do cuidado entre os diferentes componentes da rede.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, A. C. M.; OTANI, M. A. P.; HIGA, E. F. R.; MARIN, M. J. S.; CAPUTO, V. G. Cuidado multiprofissional em uma unidade psiquiátrica de um hospital geral. **Revista Psicologia, Diversidade e Saúde**, Salvador, v. 7, n. 1, p. 60-71, mar. 2018.

ANDRADE, K.; ZEFERINO, M. T.; FIALHO, M. B. Articulação da Rede de Atenção Psicossocial para o cuidado às crises. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 21, n. 2, p. 223-233, abr./jun. 2016.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2016.

CIRILO NETO, M.; DIMENSTEIN, M. Saúde mental em contextos rurais: o trabalho psicossocial em análise. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 37, n. 2, p. 461-474, abr./jun. 2017.

FORNERETO, A. P. N.; SOUSA, D. F.; MARTINI, L. C. Educação Permanente em Saúde como estratégia para trabalho colaborativo na Rede de Atenção Psicossocial. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 27, e220221, 2023.
GODOI, L. P. S.; BELOTTI, L.; GARCIA, É. M.; ROSA, T. E. C.; TANAKA, O. Y. Apoio matricial como ferramenta da articulação entre atenção básica e Caps: o que os dados secundários mostram? **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 44, n. esp. 3, p. 128-143, out. 2020.

RODRIGUES, M. C. O.; MARTELLI, P. J. L. Rede de Atenção Psicossocial em município sede de região de saúde: uma análise da sua organização e articulação intersetorial. **Mental**, Barbacena, v. 16, n. 30, p. 1-19, 2024.

SANTOS, W. T. M.; MANDELBAUM, B. P. H. Entre o potencial e o precário: a inserção in(tensa) de profissionais da Psicologia nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. **Barbarói**, Santa Cruz do Sul, n. 48, p. 168-184, jul./dez. 2016.

DOI: 10.51161/iv-conasus/87544

CONHECIMENTO, ADESÃO ÀS ATIVIDADES DE AUTOCUIDADO E ESGOTAMENTO EMOCIONAL DE PESSOAS COM DIABETES

MARIA DE FÁTIMA DE JESUS RODRIGUES; **BYANCA SANTANA SOUSA RODRIGUES**; **ELENALDA FERREIRA DOS SANTOS; ANDREIA FREIRE DE MENEZES**

RESUMO

Introdução: O Diabetes Mellitus é uma patologia crônica complexa cujos altos índices de morbidade estão frequentemente associados à falta de letramento em saúde e ao desgaste emocional relacionado ao manejo contínuo da doença. A ausência de conhecimento adequado configura-se como um fator relevante no agravamento da condição e na baixa adesão ao tratamento. **Objetivo:** Analisar a influência de uma intervenção educativa no conhecimento sobre a doença, na adesão às atividades de autocuidado e no esgotamento emocional de pessoas acometidas pelo diabetes. **Metodologia:** Trata-se de um estudo quase experimental, do tipo antes e depois, com abordagem quantitativa, realizado em um centro de especialidades no município de Aracaju, Sergipe. A amostra foi composta por 40 adultos com diabetes tipo 2 que participaram integralmente de uma intervenção educativa estruturada em cinco encontros mensais, utilizando a ferramenta Mapas de Conversação sobre Diabetes. Foram aplicados os instrumentos validados Diabetes Knowledge Scale (DKN-A), Questionário de Atividades de Autocuidado com o Diabetes (QAD) e Problem Areas in Diabetes (B-PAID) nos períodos pré e pós-intervenção. Os dados foram analisados por meio de estatística descritiva e inferencial. **Resultados:** Observou-se um aumento significativo no nível de conhecimento dos participantes, com a média do escore DKN subindo de 7,60 para 13,33 ($p=0,001$). Houve melhora na adesão ao autocuidado, especialmente nos domínios relacionados à alimentação geral e aos cuidados com os pés ($p<0,05$). No tocante ao esgotamento emocional, verificou-se uma redução expressiva nos escores de sofrimento emocional, que declinaram de 57,41 para 19,41 ($p=0,001$), representando uma evolução considerada alta após as atividades educativas. **Conclusão:** A intervenção educativa demonstrou ser uma estratégia eficaz no manejo do diabetes, sendo capaz de promover não apenas a ampliação do conhecimento técnico, mas também a transformação das práticas de autocuidado e a melhoria substancial do bem-estar emocional.

Palavras-chave: Educação em Saúde; Autocuidado; Esgotamento emocional.

1 INTRODUÇÃO

O Diabetes Mellitus (DM) é uma patologia crônica caracterizada pela elevação da glicemia e integra o grupo das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), que respondem por cerca de 72% das causas de morte global (FIGUEIREDO NETO et al., 2024). O alto índice de morbidade associado ao diabetes é multifatorial, destacando-se a falta de informação e o baixo letramento em saúde como obstáculos para o autogerenciamento eficaz da doença (DAHAL; HOSSEINZADEH, 2019).

A ausência de conhecimento técnico correlaciona-se diretamente com a baixa adesão ao tratamento e o agravamento de complicações. Nesse contexto, a intervenção educativa destaca-

DOI: 10.51161/iv-conasus/87552

se como estratégia fundamental, pois incentiva o autocuidado e contribui para a redução de riscos, como o desenvolvimento do pé diabético (MOREIRA et al., 2020). Além das barreiras cognitivas, o manejo impõe um desgaste emocional significativo devido às mudanças drásticas no estilo de vida, o que gera uma sobrecarga que interfere nos desfechos glicêmicos (FISHER et al., 2015; HESSLER et al., 2021). Tais limitações podem impactar negativamente a qualidade de vida, afetando as competências física e mental do indivíduo (DIAZ et al., 2016).

2 MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo quase experimental, do tipo antes e depois, com abordagem quantitativa, realizado em um centro de especialidades no município de Aracaju, Sergipe. A amostra foi composta por 40 adultos com Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) que participaram integralmente de uma intervenção educativa estruturada.

A intervenção consistiu em um curso de cinco encontros mensais, utilizando a ferramenta "Mapas de Conversação sobre Diabetes". Os temas abordados incluíram: conceitos básicos da doença, complicações e pé diabético, insulinoterapia, monitoramento glicêmico, alimentação e exercício físico.

A coleta de dados ocorreu em duas etapas (pré e pós-intervenção) por meio de quatro instrumentos validados:

1. **Questionário Sociodemográfico e Clínico:** caracteriza a população estudada;
2. **Diabetes Knowledge Scale (DKN-A):** avalia o conhecimento sobre DM (escore 0-15; >8 indica conhecimento suficiente).
3. **Questionário de Atividades de Autocuidado com o Diabetes (QAD):** avalia seis domínios de adesão em dias da semana.
4. **Problem Areas in Diabetes (B-PAID):** mensura o sofrimento emocional (escore 0-100; ≥40 indica alto nível de sofrimento).

Os dados foram analisados no software SPSS versão 25, utilizando estatística descritiva e inferencial (teste t de Student com técnica de *bootstrapping*), com nível de significância de $p<0,05$.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A caracterização da amostra revelou uma predominância do sexo feminino (90,0%), baixa escolaridade (45,0% com fundamental incompleto) e vulnerabilidade socioeconômica, com 77,5% dos participantes recebendo até um salário-mínimo.

Tabela 1 – Distribuição absoluta (N) e relativa (%) das variáveis sociodemográficas de pessoas com diabetes do centro de especialidades, 2025.

Características	N=40 (%)
Sexo	
Feminino	36(90,0)
Estado civil	
Casado (a)	21 (52,5)

Possui filhos	
Sim	39 (97,5)
Mora com quem	
Parente	23 (57,5)
Raça/cor	
Parda	24 (60,0)
Estudante	
Não	39 (97,5)
Trabalhador	
Não	37 (92,5)
Escolaridade	
Fundamental incompleto	18 (45,0)
Renda	
Até 1 salário-mínimo	31 (77,5)
Hipertensão	
Sim	36 (90,0)
Obesidade	
Não	27 (67,5)
Doença cardiovascular	
Não	34 (85,0)
Dislipidemia	
Sim	32 (80,0)
Hipoglicemiante oral	

DOI: 10.51161/iv-conasus/87552

Sim	37 (92,5)
Insulina	
Sim	21 (52,5)
Retinopatia diabética	
Sim	10 (25,0)
Nefropatia diabética	
Não	36 (90,0)
Sim	4 (10,0)
Pé diabético	
Não	39 (97,5)
Sim	1 (2,5)
Neuropatia diabética	
Não	37 (92,5)
Sim	3 (7,5)

Fonte: Dados da pesquisa-fonte

Analisando a tabela 2, é possível notar a diferença entre o período pré e pós-intervenção no questionário DKN, que trata sobre o conhecimento relacionado ao diabetes, com aumento significativo no nível de conhecimento dos participantes após a intervenção educativa.

Em relação ao questionário QAD sobre nível de autocuidado do indivíduo, no domínio um, referente à alimentação geral, seguimento da dieta e às orientações nutricionais e os dias realizados, observa-se aumento na frequência de adesão às práticas alimentares recomendadas no período pós-intervenção. A evolução foi considerada média.

No domínio cinco, relacionado aos cuidados com os pés, secagem e avaliação dos calçados, observa-se aumento na frequência de realização das práticas de autocuidado relacionadas cuidados com os pés no período pós-intervenção. O Progresso foi considerado alto.

No tocante ao questionário PAID (Problem Areas in Diabetes), observa-se redução nos escores de sofrimento emocional relacionados ao diabetes no período pós-intervenção. A evolução foi considerada alta.

Tabela 2 – Média (M), desvio padrão (DP), diferença de média (DM), intervalos de confiança de 95% (IC95%) e tamanhos de efeito (d) entre os tempos pré e pós-intervenção segundo o nível de autocuidado (QAD), conhecimento sobre diabetes (DKN) e *Problems Areas in Diabetes* (PAID) dos pacientes diabéticos do centro de especialidades, 2025.

Características	M (DP)	DM (IC95%)	p-valor	D	Interpretação
DKN					
Pré-intervenção	7,60 (2,59)	-5,73 (-6,75; -4,75)	0,001	1,82	Alto
Pós-intervenção	13,33 (1,64)				
QAD Domínio 1					
Pré-intervenção	3,36 (2,46)	-1,30 (-2,02; -0,59)	0,002	0,58	Médio
Pós-intervenção	4,66 (1,93)				
QAD Domínio 5					
Pré-intervenção	4,62 (1,80)	-1,50 (-2,12; -0,92)	0,001	0,80	Alto
Pós-intervenção	6,12 (1,59)				
PAID					
Pré-intervenção	57,41 (16,82)	38,00 (32,28; 43,72)	0,001	2,02	Alto
Pós-intervenção	19,41 (14,72)				

Fonte: Dados da pesquisa-fonte

A discussão dos resultados evidencia que a vulnerabilidade socioeconômica da amostra atua como fator de risco, pois limita o acesso a insumos e serviços de saúde. Conforme Hill-Briggs et al. (2021), determinantes sociais possuem associação gradual com a prevalência de complicações no diabetes.

A melhora nos escores de conhecimento ratifica a premissa de que a literacia em saúde é fundamental para a autogestão. Lee et al. (2021) sustentam que indivíduos com maior literacia buscam e avaliam informações de forma mais qualificada para o cuidado próprio. Ao elevar o conhecimento de um nível insuficiente para suficiente, a intervenção possibilitou que os participantes ressignificassem sua condição.

DOI: 10.51161/iv-conasus/87552

O aumento da adesão ao autocuidado, especialmente na alimentação e cuidados com os pés, corrobora Iquize et al. (2017), ao afirmarem que o tratamento torna-se mais efetivo quando o indivíduo compreende sua situação de saúde. Por fim, a redução drástica no sofrimento emocional (PAID) demonstra que o empoderamento técnico reduz o desamparo psicológico. De acordo com Hessler et al. (2021), a diminuição do sofrimento relacionado ao manejo está intrinsecamente ligada a melhores desfechos glicêmicos e comportamentais a longo prazo.

4 CONCLUSÃO

Os achados desta pesquisa confirmam que o manejo do Diabetes Mellitus requer estratégias que transcendam a abordagem medicamentosa. A intervenção educativa estruturada com Mapas de Conversação mostrou-se eficaz ao elevar o nível de conhecimento, transformar as práticas de autocuidado e promover uma melhoria substancial no bem-estar emocional dos participantes. Tais evidências reforçam a necessidade de políticas públicas que integrem a educação em saúde como pilar central na atenção secundária, visando fortalecer a autonomia do paciente e reduzir o impacto da cronicidade na qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, N. G. A. de et al. Diabetes mellitus tipo 1 em crianças e adolescentes: desafios clínicos, psicossociais e estratégias de manejo. **Revista Brasileira de Implantologia e Ciências da Saúde**, v. 6, n. 7, p. 991-1006, 2024.

BAHIA, L.; ALMEIDA-PITITTO, B. de. **Tratamento do DM2 no SUS**: Diretriz Oficial da Sociedade Brasileira de Diabetes (2024). DOI: 10.29327/5412848.2024-3.

CHAVES, A. C. S. et al. Evidência e análise de vulnerabilidades de pessoas com Diabetes Mellitus: potencialidades para o cuidado. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 5, p. 692-698, 2015.

DAHAL, P. K.; HOSSEINZADEH, H. Association of health literacy and diabetes self management: a systematic review. **Australian Journal of Primary Health**, v. 25, n. 6, p. 526-533, 2019.

DAVIES, M. J. et al. Management of hyperglycaemia in type 2 diabetes, 2022: a consensus report by the American Diabetes Association (ADA) and the European Association for the Study of Diabetes (EASD). **Diabetologia**, v. 65, n. 12, p. 1925-1966, 2022.

DIAZ, N. et al. O impacto do diabetes mellitus tipo 2 na qualidade de vida. **Revista Médica da UFPR**, Curitiba, v. 3, n. 1, 2016. Disponível em: https://doi.org/10.5380/rmu.v3i1.46380. Acesso em: 10 ago. 2026.

FISHER, L. et al. Understanding the sources of diabetes distress in adults with type 1 diabetes. **Journal of Diabetes and its Complications**, v. 29, n. 4, p. 572-577, 2015.

GHISI, G. L. de M. et al. Patient education program for Brazilians living with diabetes and prediabetes: findings from a development study. **BMC Public Health**, v. 21, art. 1236, 2021.

GILLETT, M. et al. Intervenções não farmacológicas para reduzir o risco de diabetes em pessoas com regulação da glicose prejudicada: uma revisão sistemática e avaliação econômica. In: **PROGRAMA de Avaliação de Tecnologias em Saúde do NIHR: Resumos Executivos**. Southampton: Biblioteca de Periódicos do NIHR, 2012. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK100338/. Acesso em: 10 ago. 2026.

HESSLER, D. et al. Reductions in management distress following a randomized distress intervention are associated with improved diabetes behavioral and glycemic outcomes over time. **Diabetes Care**, v. 44, n. 7, p. 1472-1479, 2021.

HILL-BRIGGS, F.; FITZPATRICK, S. L. Overview of Social Determinants of Health in the Development of Diabetes. **Diabetes Care**, v. 46, n. 9, p. 1590–1598, 2023. Disponível em: https://doi.org/10.2337/dci23-0001. Acesso em: 10 ago. 2026.

IQUIZE, R. C. C. et al. Educational practices in diabetic patient and perspective of health professional: a systematic review. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, v. 39, n. 2, p. 196-204, 2017. Disponível em: https://doi.org/10.5935/0101-2800.20170034. Acesso em: 10 ago. 2026.

KIÇAJ, E. et al. Navegando pelo diabetes: aprimorando o autogerenciamento por meio da educação entre pessoas diabéticas nos estágios iniciais da doença — uma revisão sistemática. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, [S. l.], v. 21, n. 5, p. 522, 2024.

LEE, E. Y. et al. Pathways Linking Health Literacy to Self-Management in People with Type 2 Diabetes. **Healthcare**, v. 9, n. 12, art. 1734, 2021.

MOREIRA, J. B. et al. Efeito dos grupos operatórios na educação sobre o autocuidado do pé diabético: um ensaio clínico randomizado. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 54, 2020.

PERES, F. Alfabetização, letramento ou literacia em saúde? Traduzindo e aplicando o conceito de health literacy no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 28, p. 1563-1573, 2023.

SILVEIRA, A. da C.; SANTOS, M. V. F. dos. Impacto que a falta de conhecimento pode causar no Diabetes Mellitus tipo 2. **Research, Society and Development**, v. 12, n. 6, p. e9812642057, 2023.

STEVENS, G. D. et al. Disparidades na atenção primária à saúde para crianças vulneráveis: a influência de múltiplos fatores de risco. **Health Services Research**, v. 41, n. 2, p. 507-531, 2006.

TONACO, L. A. B. et al. Vulnerabilidade social se associa com o diagnóstico autorreferido de diabetes tipo II: uma análise multinível. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 24, supl. 1, e210010, 2021.

ENTRE A SOBRECARGA E O CUIDADO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA NO CAPSI DE MOSSORÓ-RN

JÚLIA KAUÃNY DA SILVA; MARIA LUIZA DE OLIVEIRA CRUZ; MELISSA VITORIA SOUZA RODRIGUES; LARA CRISTINA CARLOS DE MORAIS

Introdução: Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), criados no contexto da Reforma Psiquiátrica brasileira, representam a substituição do modelo manicomial por um cuidado humanizado e em liberdade. Entretanto, ainda existem desafios para a efetivação desses princípios, especialmente diante da precarização de alguns serviços. Nesse contexto, o CAPS Infantojuvenil também enfrenta dificuldades que interferem na qualidade da assistência oferecida. **Objetivo:** Relatar a experiência no Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi) Maria de Fátima Araújo Fernandes, em Mossoró/RN, destacando as condições estruturais e profissionais observadas. **Relato de experiência:** O seguinte trabalho, é construído a partir das vivências de estágio de alunas do sétimo período do curso de Psicologia da Faculdade de Enfermagem e Medicina Nova Esperança de Mossoró (FACENE/RN). Ao longo de 4 meses, foram realizadas visitas técnicas, além de participações ativas nas atividades desenvolvidas pelo CAPSi, sob supervisão acadêmica e da equipe do serviço. Somando uma carga horária de 160 horas divididas entre campo e supervisão, no semestre de 2026.1. Levando em consideração os episódios que mais impactaram a formação do trio, estão: a alarmante insuficiência estrutural que ocasionou na interdição de vários espaços do equipamento, gerando desconforto físico e emocional nos sujeitos ali presentes; para além disso, ficou evidente a sobrecarga das equipes diante da elevada demanda, o que culminou em atendimentos limitados e abordagens focadas na medicalização e no diagnóstico. Evidenciando lacunas na capacitação e na postura profissional que negligencia os usuários ao colocar o transtorno como protagonista. Tais fatores limitam os tratamentos, sejam eles individuais ou grupais, e consequentemente impedem a evolução dos pacientes nesses espaços que deveriam ser regidos pela ética e o cuidado. **Conclusões:** Notou-se que a falta de preparo técnico e de suporte institucional compromete a qualidade do serviço prestado, refletindo uma Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) desarticulada no município. Ressalta-se que essas limitações observadas no CAPSi de Mossoró não se restringem a essa unidade, mas refletem desafios recorrentes em diversos serviços de saúde mental no país, indicando a necessidade de fortalecimento das políticas públicas e de investimentos contínuos para assegurar uma assistência integral, humanizada e de qualidade.

Palavras-chave: **CUIDADO; PSICOLOGIA; PSICOSSOCIAL**

DOI: 10.51161/iv-conasus/87579

AVALIAÇÃO DE USABILIDADE DO APLICATIVO MEU SUS DIGITAL POR MEIO DO MÉTODO COGNITIVE WALKTHROUGH

JONATHAS HENRIQUE SILVA FERREIRA; RUTH DOS SANTOS ARAUJO FERREIRA

RESUMO

A transformação digital na área da saúde tem ampliado o uso de aplicativos destinados a facilitar o acesso da população a informações e serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), tornando a usabilidade um fator relevante para a efetividade dessas ferramentas. Nesse contexto, o presente estudo teve como objetivo avaliar a usabilidade do aplicativo Meu SUS Digital por meio do método Cognitive Walkthrough, identificando barreiras cognitivas e dificuldades durante a execução de tarefas, com vistas à proposição de melhorias para a interface e a interação com o sistema. Trata-se de uma pesquisa aplicada, de abordagem qualitativa e caráter descritivo, estruturada em duas etapas: preparação e análise. Na etapa de preparação, foi definido o perfil de um usuário adulto, de 50 anos, com baixa familiaridade com aplicativos digitais e usuário ocasional de serviços digitais governamentais. Foram selecionadas quatro tarefas relacionadas ao uso do aplicativo: acesso ao sistema, consulta ao histórico de atendimentos, localização da carteira de vacinação e busca por unidade de saúde. Na etapa de análise, cada tarefa foi examinada a partir das quatro questões fundamentais do Cognitive Walkthrough, considerando a compreensão do objetivo, a identificação da ação necessária, a associação entre ação e resultado esperado e o feedback fornecido pelo sistema. Os resultados evidenciaram diferentes níveis de dificuldade durante a interação, destacando-se problemas relacionados à clareza da linguagem, à intuitividade dos menus e da navegação, ao feedback após as ações e ao alinhamento da interface com o modelo mental do usuário. Em contrapartida, a busca por unidades de saúde apresentou interação mais intuitiva e feedback adequado. Com base nos achados, foram propostas melhorias relacionadas à simplificação da linguagem, ao aprimoramento dos feedbacks, à utilização de ícones mais intuitivos, à inclusão de orientações iniciais e à redução da quantidade de informações apresentadas em tela. Conclui-se que o Cognitive Walkthrough mostrou-se adequado para identificar barreiras cognitivas no aplicativo, contribuindo para o direcionamento de melhorias capazes de favorecer a facilidade de aprendizagem, a eficiência da interação e a acessibilidade dos serviços digitais de saúde.

Palavras-chave: Ergonomia cognitiva; Saúde digital; Interação humano-sistema.

1 INTRODUÇÃO

A digitalização dos serviços públicos tem promovido avanços significativos na área da saúde, especialmente com a disponibilização de aplicativos que facilitam o acesso a informações e serviços pelos cidadãos. O aplicativo Meu SUS Digital surge nesse contexto como uma ferramenta estratégica para ampliar o acesso da população aos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS).

O Meu SUS Digital é uma plataforma desenvolvida pelo Ministério da Saúde que integra soluções de saúde digital com o objetivo de facilitar o acesso da população às suas

DOI: 10.51161/iv-conasus/87599

informações de saúde de forma centralizada e segura. De acordo com o Ministério da Saúde, a ferramenta permite que cidadãos consultem dados pessoais e clínicos, promovendo a continuidade do cuidado, a transparência e a segurança das informações. Por meio do aplicativo ou da versão web, é possível acessar registros como histórico de atendimentos, vacinas, exames e outros dados vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS), além de acompanhar informações também de familiares vinculados. A plataforma utiliza a autenticação pela conta gov.br e funciona como um ambiente unificado que reúne informações provenientes de diferentes sistemas de saúde, contribuindo para uma gestão mais eficiente do cuidado e para o fortalecimento da participação do cidadão como protagonista de sua própria saúde.

O aplicativo Meu SUS Digital é uma ferramenta de grande importância para os cidadãos, contudo, a percepção de uso dessa tecnologia pode ser diretamente afetada por fatores intrínsecos e contextuais, tais como faixa etária, grau de escolaridade, vivências prévias com sistemas digitais e escassez de suporte ao usuário, culminando, por vezes, em avaliações desfavoráveis quanto à sua utilização. Problemas de usabilidade podem comprometer a experiência do usuário, dificultar o acesso às funcionalidades e até mesmo limitar o alcance da política pública (Neves, 2024). Entre os problemas mais comuns, destaca-se falhas de interface, como menus complexos, fontes reduzidas e a ausência de ferramentas de busca, o que torna a navegação cansativa e dificulta a localização de informações (Khamaj; Ali, 2024).

A usabilidade é compreendida como a medida na qual um produto ou sistema interativo possibilita que usuários específicos alcancem objetivos determinados com eficácia, eficiência e satisfação em um contexto de uso delimitado (ABNT, 2021). O conceito de usabilidade pode ser analisado a partir de cinco atributos essenciais de qualidade: a facilidade de aprendizagem, que se refere ao quão simples é para o usuário começar a utilizar o sistema; a eficiência, relacionada à rapidez com que as tarefas são realizadas após o aprendizado; a memorização, que diz respeito à capacidade do usuário de relembrar como utilizar o sistema após um período sem uso; a ocorrência de erros, considerando tanto sua frequência e gravidade quanto a facilidade de recuperação; e, por fim, a satisfação, que envolve o nível de conforto e aceitação do usuário ao interagir com o sistema (Nielsen, 1993). Entretanto, a negligência destes princípios de usabilidade podem comprometer a experiência do usuário, dificultar o acesso às funcionalidades e até mesmo o abandono da tecnologia. No cenário de sistemas relacionados à saúde, uma interface inadequada pode acarretar sérias consequências, como a ocorrência de erros médicos, o aumento da carga cognitiva dos profissionais de saúde e o abandono de tecnologias que deveriam auxiliar no cuidado ao paciente (Mahmoodabadi et al, 2025).

Para assegurar que as aplicações sejam fáceis de aprender, eficazes e satisfatórios para os seus usuários finais, destaca-se estes três métodos principais de avaliação de usabilidade de interfaces de sistemas de saúde: Teste de Usabilidade, Avaliação Heurística e Cognitive Walkthrough (Alhadreti, 2024). O teste de Usabilidade (UT) é um método que envolve a observação de usuários reais executando tarefas específicas, esta abordagem é mais eficaz para detectar problemas de maior gravidade que impedem a conclusão de tarefas críticas, embora apresente um custo mais elevado de recrutamento (Alhadreti, 2024; Oliveira, 2025). A Avaliação Heurística trata-se de um método de inspeção realizado por especialistas que analisam a interface com base em princípios pré-definidos, como as heurísticas de Nielsen. Embora tenda a identificar um volume significativamente maior de problemas, porém de baixa severidade, é ideal para ajustes em estágios iniciais de design (Alhadreti, 2024; Mahmoodabadi et al, 2025). Já o Cognitive Walkthrough foca na facilidade de aprendizado e nos processos mentais do usuário ao interagir com o sistema pela primeira vez. São realizadas quatro perguntas que servem para avaliar se o usuário consegue atingir o objetivo correto, se

consegue encontrar a ação necessária na interface, se sabe relacionar essa ação ao efeito desejado e se recebe um *feedback* adequado indicando que houve progresso após a sua execução (Wharton, 1994) .

O método Cognitive Walkthrough é valioso por ser mais rápido e econômico, permitindo identificar falhas em recursos complexos. No cenário da saúde digital, o Cognitive Walkthrough tem se mostrado uma ferramenta valiosa para avaliar Sistemas de Informação Hospitalar e aplicativos de saúde, devido à sua capacidade de identificar problemas de usabilidade de forma rápida e com baixo custo. Este método é particularmente eficaz na detecção de falhas relacionadas à aprendizagem e à clareza de fluxos de trabalho complexos, superando frequentemente a Avaliação Heurística e Teste de Usabilidade nesse atributo específico (Alshamari, 2023; Ferreira et al., 2022).

O presente estudo tem como objetivo geral avaliar a usabilidade do aplicativo Meu SUS Digital por meio do método Cognitive Walkthrough, identificando barreiras cognitivas e dificuldades enfrentadas pelos usuários durante a execução de tarefas, a fim de propor melhorias para a interface e a interação com o sistema.

2 MATERIAL E MÉTODOS

Com o objetivo de aprofundar a análise de usabilidade do aplicativo Meu SUS Digital, foi aplicado o método Cognitive Walkthrough de forma detalhada, considerando a execução de tarefas críticas por um usuário com baixa familiaridade tecnológica.

A condução da avaliação no aplicativo Meu SUS Digital estruturou-se em duas etapas, a Preparação e a Análise.

A etapa de Preparação definiu o perfil do usuário como um adulto de 50 anos, com baixa familiaridade com aplicativos digitais e usuário ocasional de serviços digitais governamentais e as tarefas mapeadas foram o acesso ao aplicativo, consulta de histórico de atendimentos, localização da carteira de vacinação e busca por unidade de saúde conforme captura de tela do aplicativo apresentado na figura 1.

Figura 1 - (A)Tela de acesso ao aplicativo; (B) Opções de consultas; (C) Documentos de vacinação; (D) Rede de saúde. Fonte: Meu SUS Digital

DOI: 10.51161/iv-conasus/87599

Para a etapa de Análise, foram analisadas as ações necessárias e aplicadas as quatro perguntas do Cognitive Walkthrough para cada tarefa,. As dificuldades identificadas foram registradas e categorizadas conforme sua natureza. O quadro 1 sistematiza a avaliação, estruturada a partir das quatro perguntas fundamentais do método.

Quadro 1 – Aplicação do Cognitive Walkthrough

Tarefa	**Ação do Usuário**	**Intenção (O usuário sabe o que fazer?)**	**Visibilidade (A ação é perceptível?)**	**Associação (A ação corresponde ao objetivo?)**	**Feedback (O sistema responde adequadamente?)**	**Problemas Identificados**
Acessar o aplicativo	Abrir o app e realizar login	Parcial – pode haver dúvida sobre método de acesso (gov.br)	Alta – botão visível	Média – pode não associar login gov.br ao SUS	Média – feedback limitado após erro	Dificuldade inicial de acesso
Localizar carteira de vacinação	Navegar até área de vacinas	Baixa – usuário pode não saber onde procurar	Média – menu pouco intuitivo	Baixa – termos pouco claros	Média – ausência de orientação	Dificuldade de localização
Consultar histórico de atendiment os	Selecionar opção de histórico	Média – depende da experiência prévia	Média – opção não destacada	Média – nomenclatura técnica	Baixa – feedback pouco explicativo	Interpretação de termos
Buscar unidade de saúde	Utilizar função de busca	Alta – objetivo claro	Alta – ícone de busca reconhecível	Alta – associação direta	Alta – retorno adequado	Nenhum problema relevante
Navegação entre telas	Utilizar botões de retorno	Média – nem sempre intuitivo	Média – ícones pequenos	Média – inconsistênci a visual	Média – ausência de confirmação	Possível desorientação

Fonte: Autor(2026)

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A aplicação do Cognitive Walkthrough permitiu identificar de forma estruturada as principais barreiras cognitivas enfrentadas pelos usuários durante a interação com o aplicativo.

Observa-se que tarefas iniciais, como o acesso ao sistema, já apresentam dificuldades relacionadas à compreensão do método de autenticação, evidenciando uma lacuna na clareza das instruções. Esse fator pode impactar diretamente a adesão ao uso da plataforma.

Na tarefa de localização da carteira de vacinação, verificou-se uma das maiores concentrações de problemas, principalmente no que se refere à baixa associação entre os termos utilizados e o modelo mental do usuário. Tal situação evidencia falhas na correspondência entre o sistema e o mundo real, aumentando a carga cognitiva.

DOI: 10.51161/iv-conasus/87599

Em relação à consulta do histórico de atendimentos, as dificuldades estão associadas à interpretação de nomenclaturas técnicas e à ausência de feedback explicativo, o que pode gerar insegurança quanto à correta execução da tarefa.

Por outro lado, a funcionalidade de busca por unidades de saúde apresentou desempenho satisfatório em todos os critérios analisados, indicando um bom alinhamento entre interface, expectativa do usuário e retorno do sistema.

De forma geral, a análise de usabilidade evidenciou que os principais problemas identificados concentram-se em aspectos relacionados à interação e compreensão por parte do usuário. Observou-se uma falta de clareza na linguagem utilizada, o que pode dificultar a interpretação das funcionalidades disponíveis, especialmente para usuários com menor familiaridade digital. Além disso, verificou-se baixa intuitividade nos menus e na navegação, comprometendo a fluidez na execução das tarefas e aumentando o esforço cognitivo necessário. Outro ponto crítico refere-se ao *feedback* insuficiente após as ações do usuário, o que pode gerar incertezas quanto ao sucesso ou falha das operações realizadas.

Por fim, destaca-se a necessidade de melhor alinhamento com o modelo mental do usuário, uma vez que a organização e a nomenclatura adotadas pelo sistema nem sempre correspondem às expectativas e ao conhecimento prévio dos usuários, impactando negativamente a experiência de uso.

Com base nos resultados obtidos, recomenda-se a adoção de melhorias voltadas à otimização da experiência do usuário, incluindo a simplificação da linguagem utilizada nas interfaces para torná-la mais acessível, a inclusão de feedbacks mais claros após as ações realizadas, e o uso de ícones mais intuitivos e padronizados para facilitar a navegação. Além disso, sugere-se a implementação de tutoriais ou orientações iniciais, auxiliando usuários iniciantes, bem como a redução da quantidade de informações em tela, a fim de minimizar a sobrecarga cognitiva e tornar a interação mais objetiva e eficiente.

4 CONCLUSÃO

O estudo permitiu avaliar a usabilidade do aplicativo Meu SUS Digital por meio do método Cognitive Walkthrough. A análise das tarefas evidenciou a presença de barreiras cognitivas em diferentes etapas da interação. Os principais problemas identificados relacionam-se à clareza da linguagem, à intuitividade dos menus e da navegação, à insuficiência de feedback e ao alinhamento da interface com o modelo mental do usuário.

A busca por unidades de saúde apresentou melhor desempenho, demonstrando maior correspondência entre a ação esperada e a resposta do sistema. Em contrapartida, a localização da carteira de vacinação e a consulta ao histórico de atendimentos apresentaram maiores dificuldades de compreensão e navegação.

Os resultados indicam que pequenas alterações na interface podem contribuir para reduzir a carga cognitiva e facilitar a realização das tarefas. Recomenda-se a simplificação da linguagem, o aprimoramento dos feedbacks, a padronização dos ícones, a inclusão de orientações iniciais e a redução do excesso de informações nas telas.

Como limitação, destaca-se que a avaliação foi conduzida a partir de um perfil específico de usuário e de um conjunto delimitado de tarefas, não permitindo generalizar os resultados para todos os usuários do aplicativo. Além disso, o estudo concentrou-se em uma abordagem qualitativa de inspeção, sem mensuração direta do desempenho de usuários reais.

Como perspectiva futura, recomenda-se ampliar a investigação com diferentes perfis de usuários, incluindo pessoas com distintos níveis de experiência digital e diferentes faixas etárias. Sugere-se, ainda, combinar o Cognitive Walkthrough com métodos quantitativos, como a System Usability Scale (SUS), testes de usabilidade e avaliações heurísticas, possibilitando uma análise mais abrangente da experiência de uso do aplicativo.

DOI: 10.51161/iv-conasus/87599

REFERÊNCIAS

ALHADRETI, O. **Assessing the Usability of M-Health Applications**: A Comparison of Usability Testing, Heuristics Evaluation and Cognitive Walkthrough Methods. International Journal of Advanced Computer Science and Applications, v. 15, n. 11, 2024.

ALSHAMARI, M. A. **Evaluating Usability of Artificial Intelligence (AI) Based M-Health Applications Through Cognitive Walkthrough**. International Journal of Computer Science and Network Security, v. 23, n. 1, 2023.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS (ABNT)**. ABNT NBR ISO 9241-11: Ergonomia da interação humano-sistema - Parte 11: Usabilidade: Definições e conceitos**. Rio de Janeiro: ABNT, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Informação e Saúde Digital. **Meu SUS Digital**. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/seidigi/meususdigital . Acesso em: 7 ago. 2026.

FERREIRA, Josué; PORTELA, Carlos; ALMEIDA, Viviane; MENDES, Isadora. **Análise comparativa da aplicação de métodos para avaliação da usabilidade de aplicativos**. In: CONGRESSO DE TECNOLOGIA E DESENVOLVIMENTO DA AMAZÔNIA. Paragominas: UFRA, 2022. p. 9-16. ISSN 2674-6204.

KHAMAJ, Abdulrahman; ALI, Abdulelah M. **Examining the usability and accessibility challenges in mobile health applications for older adults**. Alexandria Engineering Journal, [s. l.], v. 102, p. 179-191, 2024

MAHMOODABADI, A. D. et al. **Usability evaluation methods for hospital information systems**: a systematic review. BMC Health Services Research, v. 25, n. 1540, 2025.

NEVES, Raquel Bassalo et al. **Desafios na usabilidade do aplicativo e-SUS Território da Estratégia de Saúde Digital do Brasil**. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 49, n. p. e9774, 2024.

NIELSEN, Jakob. **Usability Engineering**. San Francisco: Morgan Kaufmann, 1993.

OLIVEIRA, M. G. S. **Avaliação de usabilidade de aplicativos de saúde para usuários da terceira idade**. 2025. 74 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Sistemas de Informação) – Universidade Federal Rural do Semi-Árido, Angicos, 2025.

WHARTON, Cathleen et al. The cognitive walkthrough method: A practitioner's guide. In: **Usability inspection methods**. New York: John Wiley & Sons, Inc., 1994. p. 105-140.

DOI: 10.51161/iv-conasus/87599

CUIDADO COMPARTILHADO COM ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE NO PRÉ-OPERATÓRIO DE CIRURGIA DE CATARATA: ESTRATÉGIA INTEGRADA PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE E EFICIÊNCIA ASSISTENCIAL.

DIEGO DE OLIVEIRA PULARD MOREIRA; BEATRIZ APARECIDA REIS CATROCHO; EMILY FERREIRA ALVES; EVELYM PINHEIRO GUILHERME LOURENÇO; LAIS REGINA DE OLIVEIRA; LIVIAN ARAÚJO FARIAS; ROBERTO LUIZ DA SILVA.

RESUMO

Introdução: A catarata representa a principal causa de cegueira reversível no mundo, e sua correção cirúrgica é um procedimento seguro e amplamente realizado no Sistema Único de Saúde (SUS). Entretanto, cancelamentos cirúrgicos decorrentes de condições clínicas evitáveis, especialmente hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus descompensadas, comprometem a segurança do paciente, aumentam custos assistenciais e reduzem a eficiência operacional dos serviços de saúde. **Objetivo:** Este estudo teve como objetivo reduzir em 90% os cancelamentos de cirurgias de catarata por alterações clínicas evitáveis mediante a implantação de um modelo de cuidado compartilhado entre um ambulatório especializado e a Atenção Primária à Saúde (APS). **Metodologia:** Trata-se de um estudo de intervenção, descritivo, com abordagem quantitativa, desenvolvido entre outubro de 2025 e junho de 2026. Inicialmente, realizou-se a análise dos motivos de cancelamento cirúrgico, utilizando o Diagrama de Ishikawa para identificação das causas raiz e o ciclo PDCA para planejamento, implementação, monitoramento e padronização das intervenções, apoiadas pela ferramenta 5W2H. **Resultados:** As ações incluíram consulta pré-operatória multiprofissional, estratificação de risco clínico, identificação precoce de pacientes com hipertensão arterial e diabetes mellitus, encaminhamento estruturado para acompanhamento na APS, fortalecimento da comunicação entre os níveis de atenção e monitoramento contínuo de indicadores assistenciais. Após a implantação do projeto, observou-se elevada adesão ao fluxo de cuidado compartilhado, com taxas de realização das cirurgias entre 90% e 96% nos pacientes encaminhados para estabilização clínica, evidenciando melhora do preparo pré-operatório e redução dos cancelamentos por causas evitáveis. A integração entre o ambulatório especializado e a APS fortaleceu a continuidade do cuidado, qualificou a linha assistencial e otimizou a utilização das agendas cirúrgicas. **Conclusão:** Conclui-se que o cuidado compartilhado constitui uma estratégia efetiva, de baixo custo e facilmente replicável em outros serviços que realizam cirurgias eletivas, contribuindo para o fortalecimento da segurança do paciente, da eficiência assistencial e da gestão da qualidade em saúde.

Palavras-chave: Gestão da Qualidade; Hipertensão arterial sistêmica; Diabetes mellitus.

1 INTRODUÇÃO

A catarata constitui a principal causa de cegueira reversível no mundo e representa um importante problema de saúde pública devido ao impacto na funcionalidade, autonomia e qualidade de vida da população, especialmente entre idosos. A cirurgia de catarata é

considerada um procedimento seguro, eficaz e de elevada relação custo-benefício, sendo amplamente ofertada pelo Sistema Único de Saúde (SUS) como estratégia para prevenção da deficiência visual e reabilitação dos pacientes. Apesar dos avanços no acesso ao tratamento, cancelamentos cirúrgicos decorrentes de condições clínicas potencialmente evitáveis permanecem como um desafio para os serviços de saúde, comprometendo a segurança do paciente, a eficiência assistencial e a utilização racional dos recursos disponíveis.

Entre os principais fatores associados aos cancelamentos destacam-se a hipertensão arterial sistêmica e o diabetes mellitus descompensados no período pré-operatório. Essas condições aumentam o risco de complicações Peri operatórias e frequentemente determinam o adiamento do procedimento, ocasionando desperdício de vagas cirúrgicas, ampliação das filas de espera e impacto negativo na experiência do paciente. Nesse contexto, a integração entre a Atenção Primária à Saúde (APS) e a atenção especializada favorece o acompanhamento longitudinal, a estabilização clínica e a coordenação do cuidado, contribuindo para melhores desfechos assistenciais.

Diante desse cenário, torna-se necessária a implementação de estratégias que fortaleçam a articulação entre os diferentes níveis de atenção à saúde, promovendo o preparo clínico adequado dos pacientes antes da cirurgia e reduzindo cancelamentos por causas evitáveis. Este estudo teve como objetivo reduzir em 90% a taxa de cancelamento de cirurgias de catarata decorrentes de alterações clínicas evitáveis, por meio da implantação do cuidado compartilhado entre um ambulatório especializado e a Atenção Primária à Saúde, até junho de 2026.

2 RELATO DE CASO / EXPERIÊNCIA

Trata-se de um projeto de melhoria da qualidade, de natureza intervencionista, com abordagem quantitativa, desenvolvido em um ambulatório especializado do Sistema Único de Saúde (SUS), no município de São Paulo, entre outubro de 2025 e junho de 2026. O projeto envolveu pacientes agendados para cirurgia eletiva de catarata que apresentavam histórico de hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus, condições identificadas durante a consulta pré-operatória como potenciais fatores para cancelamento cirúrgico.

Inicialmente, foi realizado o levantamento retrospectivo dos cancelamentos ocorridos entre janeiro e junho de 2025, utilizando registros institucionais para identificar os principais motivos relacionados às alterações clínicas evitáveis. A análise das causas foi conduzida por meio do Diagrama de Ishikawa, permitindo identificar fatores associados ao paciente, processo de trabalho, equipe e organização do serviço. Com base nesse diagnóstico, foi elaborado um plano de ação utilizando a ferramenta 5W2H e implementado por meio do ciclo PDCA (Planejar, Executar, Verificar e Agir).

As intervenções consistiram na implantação de consulta pré-operatória multiprofissional, identificação precoce de pacientes com hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus descompensadas, encaminhamento estruturado para acompanhamento na Atenção Primária à Saúde (APS), fortalecimento da comunicação entre os níveis assistenciais e monitoramento contínuo dos pacientes até a realização do procedimento cirúrgico.

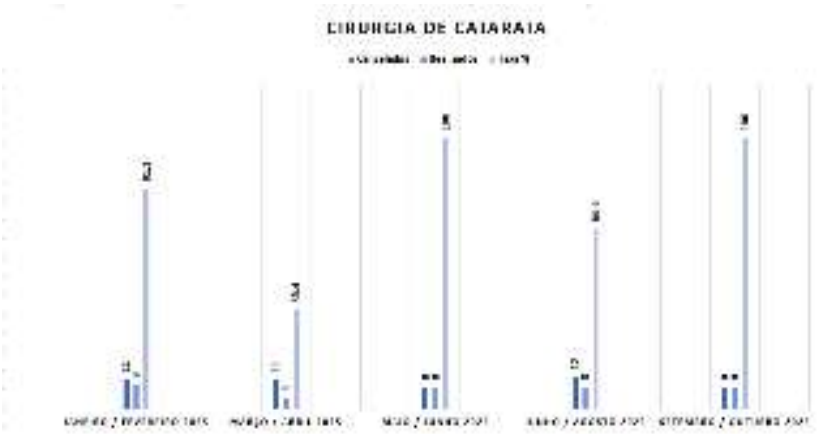
A avaliação da efetividade da intervenção foi realizada por meio da comparação dos indicadores de cancelamento cirúrgico antes e após a implantação do projeto, considerando a proporção de pacientes que, após estabilização clínica na APS, realizaram a cirurgia de catarata dentro do período previsto. Os resultados foram analisados por estatística descritiva, utilizando frequências absolutas e relativas para comparação dos indicadores assistenciais.

DOI: 10.51161/iv-conasus/87601

3 DISCUSSÃO

No período anterior à implantação da intervenção, foram programadas aproximadamente 480 cirurgias de catarata, das quais 50 (10,4%) foram canceladas por condições clínicas evitáveis. Entre esses cancelamentos, 31 (62%) ocorreram por descompensação do diabetes mellitus e 19 (38%) por alterações dos níveis pressóricos, evidenciando que o controle inadequado dessas condições representava a principal causa de suspensão dos procedimentos cirúrgicos.

Figura 1 – Total de cancelamentos no dia da cirurgia de catarata e realização da cirurgia após intervenção com atenção primária em saúde.



Após a implantação do cuidado compartilhado entre o ambulatório especializado e a Atenção Primária à Saúde (APS), observou-se elevada adesão ao fluxo assistencial proposto. Todos os pacientes identificados com alterações clínicas foram encaminhados para acompanhamento na APS e monitorados até a estabilização do quadro clínico. As taxas de realização das cirurgias após o acompanhamento permaneceram entre 90% e 96% ao longo do período avaliado, demonstrando maior efetividade do preparo pré-operatório e redução dos cancelamentos relacionados à hipertensão arterial sistêmica e ao diabetes mellitus descompensados.

Figura 2 – Total de cuidado compartilhado no pré-operatório e realização após intervenção com atenção primária em saúde.

Os resultados reforçam a importância da integração entre os diferentes níveis de atenção à saúde como estratégia para qualificar a linha de cuidado dos pacientes cirúrgicos. A identificação precoce das alterações clínicas durante a consulta pré-operatória, associada ao encaminhamento estruturado para a APS, favoreceu a continuidade do cuidado, a estabilização clínica antes da cirurgia e a otimização das agendas cirúrgicas, reduzindo desperdícios de recursos e aumentando a segurança do paciente. Esses achados são consistentes com a literatura, que demonstra que a coordenação do cuidado e o fortalecimento da Atenção Primária contribuem para melhores desfechos clínicos, maior eficiência dos serviços e redução de cancelamentos evitáveis em procedimentos eletivos.

Sob a perspectiva da gestão da qualidade, a utilização integrada das ferramentas PDCA, Diagrama de Ishikawa e 5W2H permitiu identificar as causas prioritárias do problema, estruturar intervenções direcionadas e monitorar continuamente os indicadores assistenciais, favorecendo a padronização do processo e a cultura de melhoria contínua.

4 CONCLUSÃO

A implantação do cuidado compartilhado entre o ambulatório especializado e a Atenção Primária à Saúde mostrou-se uma estratégia efetiva para qualificar o preparo pré-operatório de pacientes candidatos à cirurgia de catarata, favorecendo a estabilização clínica de indivíduos com hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus e contribuindo para a redução dos cancelamentos por causas evitáveis. A intervenção fortaleceu a integração entre os níveis de atenção, promoveu maior segurança do paciente, otimizou a utilização das agendas cirúrgicas e reforçou a aplicação de ferramentas da gestão da qualidade na melhoria dos processos assistenciais.

Como limitação, destaca-se a realização do projeto em um único serviço especializado, o que pode restringir a generalização dos resultados para outros contextos. Entretanto, por se tratar de uma estratégia de baixo custo, baseada na coordenação do cuidado e na integração da Rede de Atenção à Saúde, apresenta elevado potencial de replicação em outros serviços que realizam cirurgias eletivas. Estudos futuros poderão avaliar a sustentabilidade da intervenção em longo prazo, seu impacto em outros procedimentos cirúrgicos e seus efeitos sobre indicadores de qualidade assistencial e experiência do paciente.

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA E CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. *Catarata: Diagnóstico e tratamento.* 2003. Disponível em: https://amb.org.br/files/_BibliotecaAntiga/catarata-diagnostico-e-tratamento.pdf. Acesso em: 01 ago. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Caderno de boas práticas: segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 5, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.

KARA JOSÉ JÚNIOR, Newton. *Cirurgia de catarata: aspectos sociais e eficiência de duas técnicas cirúrgicas (facoemulsificação e extração extracapsular) no sistema público de saúde brasileiro. 2008.* Disponivel em: https://repositorio.usp.br/item/001693294 . Acesso em: 01 ago. 2026

PNQ – PROGRAMA NACIONAL DA QUALIDADE. Fundamentos da excelência em gestão. São Paulo: FNQ, 2021.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE OFTALMOLOGIA. Catarata: diretrizes e recomendações. Rio de Janeiro: SBO, 2023

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Diretrizes brasileiras de hipertensão arterial. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, São Paulo, v. 123, n. 3, supl. 1, 2024.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Diretriz da Sociedade Brasileira de Diabetes 2024-2025. São Paulo: Clannad, 2024.

PERFIL EPIDEMIOLÓGIOCO DA SÍFILIS ADQUIRIDA NO MUNICÍPIO DE MATEUS LEME-MG

ELIZARDA PATRICIA FERREIRA REIS; SOFIA CAROLINE SILVA; DEOLANE EUSTÁQUIA VASCONCELOS ANTUNES

Introdução: A presente pesquisa trata-se do perfil Epidemiológico da sífilis adquirida no Município de Mateus Leme-MG. A sífilis é uma doença infecciosa de evolução crônica se não tratada, causada pelo Treponema pallidum. Sua transmissão ocorre por via sexual, vertical (congênita), materiais contaminados ou transfusões de sangue. A sífilis adquirida é especialmente relevante, pois é a origem das demais manifestações. Assim, é necessário monitorar tendências e formular políticas públicas que reduzam sua incidência. **Objetivo:** O presente estudo tem como objetivo investigar o perfil epidemiológico da sífilis adquirida no município de Mateus Leme – MG, para subsidiar ações mais eficazes para o controle da doença na região. **Metodologia:** Foi realizada uma pesquisa epidemiológica descritiva, retrospectiva e quantitativa para analisar o perfil da sífilis adquirida em Mateus Leme/MG, com dados de 2012 a 2023 extraídos do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) disponibilizados pelo departamento de informática do SUS, DATASUS. O estudo utilizou filtros específicos para conhecer variáveis como ano, sexo, faixa etária e escolaridade. Dados do município foram comparados com estatísticas de Minas Gerais e do Brasil, utilizando a plataforma TABNET. Apenas casos de sífilis adquirida foram considerados, excluindo informações relacionadas a outros tipos de sífilis. **Resultado:** A revisão revelou que a sífilis adquirida em Mateus Leme/MG (2012-2023) aumentou predominante os casos, com maior concentração homens de 20 a 59 anos, jovens de 15 a 19 anos e idosos, indicando a necessidade de campanhas preventivas específicas. A alta entre 2019 e 2023 sugere melhorias na notificação ou aumento da transmissão, e o crescimento proporcional em mulheres demanda estratégias focadas. A educação foi destacada como fator protetor, reforçando a necessidade de políticas públicas voltadas à prevenção, rastreamento e educação sexual para conter a disseminação da sífilis. **Conclusão:** Evidencia-se a importância de políticas públicas de saúde, direcionadas a diferentes faixas etárias, com foco especial nos jovens e adultos, afetados pela sífilis em Mateus Leme.

Palavras-chave: **MATEUS LEME; PERFIL EPIDEMIOLÓGICO; SÍFILIS**

DOI: 10.51161/iv-conasus/87602

PSIQUIATRIA NUTRICIONAL NO SUS: O IMPACTO DE COMPOSTOS BIOATIVOS DA FLORA NATIVA NA MODULAÇÃO DO EIXO INTESTINO-CERÉBRO E MANEJO DA ANSIEDADE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA.

Jéssika Bueno Fefim

RESUMO

A ansiedade é um dos transtornos mentais de maior prevalência na Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil, respondendo por parte expressiva de uma grande demanda assistencial do Sistema Único de Saúde (SUS). O manejo terapêutico predominante ainda se baseia na prescrição continuada de psicofármacos sintéticos, que podem levar à dependência e a efeitos adversos. Nesse cenário, a Psiquiatria Nutricional e os alimentos funcionais surgem como campos interdisciplinares que investigam a relação entre alimentação, microbiota intestinal e saúde mental por meio do eixo intestino-cérebro. Este trabalho teve como objetivo analisar, por meio de revisão integrativa da literatura, as evidências científicas sobre a ação de compostos bioativos da flora nativa brasileira e de alimentos funcionais, como a própolis, no manejo da ansiedade no âmbito da APS. A busca foi realizada nas bases PubMed, MEDLINE, SciELO e BVS (LILACS), com descritores controlados (DeCS/MeSH) combinados por palavras-chaves, considerando estudos publicados entre 2018 e 2026 sobre fitoquímicos de espécies como Passiflora edulis, Erythrina mulungu, Plinia cauliflora e Myrciaria dubia, além da própolis, e sua relação com mecanismos imunológicos, neuroendócrinos e com a microbiota intestinal. Os resultados mostraram que flavonoides, alcaloides isoquinolínicos, polifenóis e compostos fenólicos atuam de forma conjunta sobre a microbiota colônica, estimulando a produção de ácidos graxos de cadeia curta (AGCC), preservando as junções de ocorrer oclusão do epitélio intestinal, o que faz reduzir a neuroinflamação por meio da diminuição de citocinas pró-inflamatórias. Esses compostos também exercem efeito ansiolítico ao modular o sistema de GABA e ao atenuar a hiperatividade do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal. Conclui-se que a integração da Psiquiatria Nutricional, dos alimentos funcionais e da fitoterapia nativa na Atenção Primária fortalece as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS), representando uma alternativa terapêutica segura, podendo diminuir o uso de psicofármacos sintéticos, alinhada à valorização do patrimônio biológico e botânico brasileiro no SUS.

Palavras-chave: Microbiota Intestinal; Fitoterapia; Alimentos Funcionais.

1. INTRODUÇÃO

Os transtornos de ansiedade representam um problema de saúde pública em escala global. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2022), o Brasil lidera o ranking mundial de prevalência de transtornos de ansiedade, cenário agravado por características marcantes do ambiente contemporâneo como rotinas aceleradas, jornadas de trabalho extensas, instabilidade financeira, isolamento social e exposição constante a estímulos digitais. Na Atenção Primária à Saúde (APS), principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS),

DOI: 10.51161/iv-conasus/87606

quadros leves e moderados de ansiedade estão entre as demandas emocionais e psicossomáticas mais frequentes na rotina das equipes de Saúde da Família. Ainda assim, a conduta terapêutica predominante segue centrada na prescrição prolongada de ansiolíticos sintéticos, sobretudo benzodiazepínicos, cujo o uso crônico está associado a tolerância, dependência física e psicológica, podendo acarretar prejuízos cognitivos e maior risco de quedas em populações idosas e vulneráveis.

Paralelamente, avanços na neurociência e na gastroenterologia consolidaram o conceito do eixo intestino-cérebro, uma rede de comunicação bidirecional mediada por vias neurais, endócrinas e imunológicas. Segundo Redondo-Useros et al. (2020), hábitos alimentares marcados pelo consumo excessivo de ultraprocessados, açúcares refinados e gorduras inadequadas, somados ao estresse emocional contínuo, superam a capacidade de resiliência da microbiota intestinal, favorecendo disbiose persistente e inflamação sistêmica de baixa intensidade. Esse processo compromete a integridade da barreira hematoencefálica e desregula a síntese de neurotransmissores como GABA e serotonina (Cryan et al., 2019).

Nesse contexto, a Psiquiatria Nutricional se consolida como campo de investigação sobre como nutrientes, ingredientes funcionais e os metabólitos fitoquímicos podem influenciar a plasticidade cerebral, os parâmetros neurobiológicos do humor e a composição da microbiota (Jacka et al., 2017; Deng et al., 2025). A biodiversidade brasileira e seus produtos derivados reúnem uma ampla reserva fitoquímica com relevante potencial terapêutico: espécies nativas como o maracujá (Passiflora edulis), o mulungu (Erythrina mulungu), a jabuticaba (Plinia cauliflora) e o camu-camu (Myrciaria dubia), além de alimentos funcionais como a própolis, contêm biomoléculas capazes de modular a microbiota, o estresse oxidativo e cascatas neuroinflamatórias.

A incorporação desses bioativos ao SUS está alinhada às diretrizes da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) e da Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (PNPMF). Este trabalho tem como objetivo analisar o impacto dos compostos bioativos da flora nativa brasileira na modulação do eixo intestino-cérebro e no manejo da ansiedade na atenção primária do SUS.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, de abordagem qualitativa e caráter exploratório, realizada nas bases PubMed/MEDLINE, Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), incluindo o acervo da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS).

A estratégia de busca combinou descritores controlados dos vocabulários Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e Medical Subject Headings (MeSH), articulados por palavras-chaves como: "Nutritional Psychiatry" ou "Psiquiatria Nutricional"; "Gut-Brain Axis" ou "Eixo Intestino-Cérebro"; "Bioactive Compounds" ou "Functional Foods"; "Propolis" ou "Flora Nativa"; "Anxiety" ou "Ansiedade"; "Primary Health Care" ou "Atenção Primária à Saúde".

Os critérios de inclusão foram: artigos originais como ensaios clínicos e revisões narrativas, integrativas e sistemáticas, publicados entre 2018 e 2026, disponíveis na íntegra em português ou inglês, que investigassem a relação entre compostos fitoquímicos, alimentos funcionais, microbiota intestinal e modulação da ansiedade. Foram excluídos resumos de anais de eventos, teses, dissertações, artigos duplicados e trabalhos sem relação direta com a saúde pública ou

DOI: 10.51161/iv-conasus/87606

com os mecanismos do eixo intestino-cérebro. A seleção seguiu triagem por leitura de títulos e resumos, seguida de análise crítica integral dos textos selecionados.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A ansiedade tem se consolidado como uma das condições de saúde mental mais frequentes da atualidade. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (2022), o Brasil lidera o ranking mundial de prevalência de transtornos ansiosos, cenário agravado por características do ambiente contemporâneo: rotinas aceleradas, jornadas de trabalho extensas, instabilidade financeira, isolamento social e exposição constante a estímulos digitais. Esses fatores não permanecem restritos apenas à esfera emocional — eles se traduzem em respostas fisiológicas mensuráveis. O estresse crônico, sustentado por sentimento de insegurança e sobrecarga, mantém o eixo hipotálamo-hipófise-adrenal (HPA) persistentemente ativado, elevando os níveis circulantes de cortisol, além de alterar a motilidade intestinal, a permeabilidade da mucosa e a composição da microbiota (Redondo-Useros et al., 2020).

Esse elo entre o que se sente e o que ocorre no intestino é explicado pelo eixo intestino-cérebro, uma via de comunicação bidirecional que integra sinais neurais — sobretudo pelo nervo vago —, endócrinos e imunológicos entre o sistema nervoso central e o trato gastrointestinal (Cryan et al., 2019). Um estado emocional negativo e sustentado, como o vivido em quadros de ansiedade, não fica restrito apenas ao cérebro: ele reconfigura o ambiente intestinal, o que favorece a proliferação de bactérias pró-inflamatórias em detrimento de espécies benéficas, processo conhecido como disbiose. Em um estudo pré-clínico de referência na área, Bravo et al. (2011) demonstraram que a modulação da microbiota por uma cepa de Lactobacillus alterou diretamente a expressão de receptores de GABA no cérebro de camundongos e reduziu comportamentos de ansiedade — efeito que desaparecia quando o nervo vago era seccionado, evidenciando essa via como uma das principais rotas de comunicação entre intestino e cérebro.

Uma vez instalada a disbiose, a barreira intestinal perde parte de sua integridade, permitindo a translocação de componentes bacterianos — como lipopolissacarídeos (LPS) — e o aumento de citocinas pró-inflamatórias como a TNF-α, e a IL-6 na circulação sanguínea. Esse estado inflamatório de baixo grau compromete a permeabilidade da barreira hematoencefálica e interfere na síntese central de neurotransmissores como GABA e serotonina (Cryan et al., 2019). Em contrapartida, quando a microbiota está equilibrada, ela fermenta fibras, polifenóis e ingredientes funcionais, produzindo Ácidos Graxos de Cadeia Curta (AGCC) — acetato, propionato e butirato —, que fortalecem as junções de obstrução do epitélio intestinal que reduz a inflamação sistêmica e, ao se ligarem aos receptores GPR41 e GPR43, participam diretamente da regulação do eixo HPA e da resposta ao estresse (Dalile et al., 2019; Berding et al., 2021).

Para compreender essa dinâmica de comunicação e sinalização, a Figura 1 ilustra as três vias integradas do eixo microbiota-intestino-cérebro no contexto da ansiedade e da modulação por compostos bioativos e alimentos funcionais.

DOI: 10.51161/iv-conasus/87606

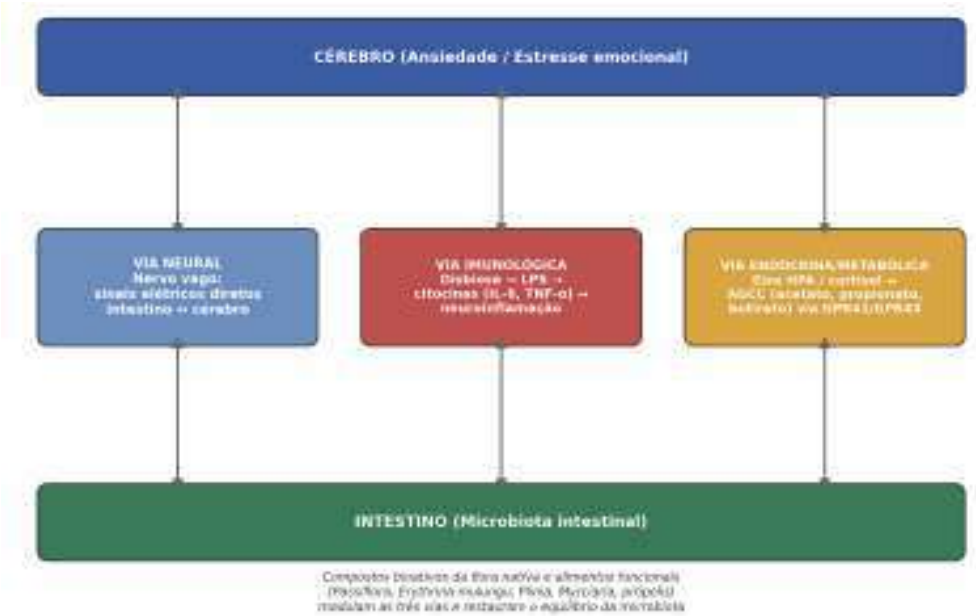


Figura 1 – Mecanismo neurobiológico do eixo microbiota-intestino-cérebro e vias de modulação fitoquímica
Fonte: elaborado pela autora (2026).

Como demonstrado na Figura 1, a comunicação entre o trato gastrointestinal e o cérebro ocorre por três vias integradas. Na via neural, o nervo vago atua como rota direta de transmissão de impulsos entre intestino e cérebro: sinais gerados por metabólitos bacterianos ou por estados de estresse que transitam por essa via, alterando a atividade de áreas cerebrais ligadas ao processamento emocional (Bravo et al., 2011). Na via imunológica, a disbiose rompe a barreira do epitélio colônico, permitindo a passagem do LPS para a circulação, o que ativa as células de defesa e libera citocinas pró-inflamatórias que alcançam o cérebro e interferem na síntese de serotonina e GABA. Já na via endócrina e metabólica, o estresse emocional acaba ativando o eixo HPA e eleva o cortisol, enquanto a metabolização de compostos bioativos pela microbiota produz AGCC, que estimulam a liberação de neuropeptídeos e reduzem a hiperatividade hormonal do estresse.

É nesse ponto que os compostos bioativos da flora nativa brasileira e os alimentos funcionais ganham relevância terapêutica: atuam tanto como substrato quanto como moduladores diretos dessa via. Os flavonoides e C-glicosídeos da Passiflora edulis e da Passiflora alata interagem com receptores GABAérgicos centrais e periféricos, produzindo efeito ansiolítico sem os prejuízos motores típicos dos benzodiazepínicos, ou seja de psicofármacos sintéticos. Os alcaloides isoquinolínicos do Erythrina mulungu inibem receptores nicotínicos e atenuam a hiperatividade do eixo HPA, reduzindo o cortisol circulante e a resposta fisiológica ao estresse crônico (Oliveira, 2023). Já os polifenóis e antocianinas presentes na Plinia cauliflora e na Myrciaria dubia (camu-camu) atuam como substrato prebiótico, estimulando o crescimento de Akkermansia muciniphila — bactéria associada ao fortalecimento da barreira intestinal, à redução de citocinas pró-inflamatórias e ao aumento do Fator Neurotrófico Derivado do Cérebro (BDNF) no hipocampo, estrutura central para a regulação da memória, do humor e da resposta ao estresse.

Complementando esse conjunto de bioativos, uma revisão recente de Deng et al. (2025) aponta a própolis como um alimento funcional relevante na modulação da microbiota e no manejo de distúrbios do sistema nervoso central. Rico em flavonoides e compostos fenólicos,

a própolis atua como um composto natural que favorecendo bactérias benéficas e suprimindo patógenos, além de aumentar a produção de AGCC no cólon. Esses efeitos preservam as junções de oclusão do epitélio intestinal e contribuem para reduzir a translocação de LPS e a neuroinflamação associada (Deng et al., 2025). O Quadro 1 sintetiza os principais compostos discutidos, seus mecanismos de ação e impactos clínicos.

Quadro 1 – Síntese dos compostos bioativos da flora nativa e alimentos funcionais, mecanismos de ação e impactos clínicos na ansiedade

Espécie Vegetal / Alimento Funcional	**Mecanismo de Ação no Eixo Intestino-Cérebro**	**Impacto Clínico na Ansiedade**
Passiflora edulis e P. alata (Flavonoides e C-glicosídeos)	Modulação direta de receptores GABAérgicos centrais e periféricos; redução da sinalização inflamatória intestinal.	Efeito ansiolítico e sedativo leve, sem indução de tolerância ou déficit motor.
Erythrina mulungu (Alcaloides Isoquinolínicos)	Inibição de receptores nicotínicos de acetilcolina e atenuação da hiperatividade do eixo Hipotálamo-Hipófise-Adrenal (HPA) (Oliveira, 2023).	Redução do cortisol circulante e da resposta fisiológica ao estresse crônico.
Plinia cauliflora / Myrciaria dubia (Polifenóis e Antocianinas)	Ação prebiótica: estímulo ao crescimento de Akkermansia muciniphila e produção de Ácidos Graxos de Cadeia Curta (AGCC).	Fortalecimento da barreira intestinal, redução de citocinas pró-inflamatórias e estímulo ao BDNF.
Própolis (flavonoides e compostos fenólicos)	Ação eubiótica e antimicrobiana seletiva; estímulo à produção de AGCC; redução da translocação de LPS (Deng et al., 2025).	Contenção da neuroinflamação e do estresse oxidativo, com proteção da barreira hematoencefálica.

Fonte: elaborado pela autora (2026), com base em Oliveira (2023), Berding et al. (2021) e Deng et al. (2025).

Essa evidência tem implicações diretas para a Atenção Primária à Saúde. Como a APS é a porta de entrada do SUS e concentra grande parte da demanda por queixas de ansiedade leve e moderada, incorporar a Psiquiatria Nutricional, o uso de alimentos funcionais e o manejo racional da flora nativa à rotina das equipes de Saúde da Família amplia as opções terapêuticas disponíveis, sobretudo para usuários que necessitam evitar o uso continuado de psicofármacos sintéticos. Essa abordagem encontra respaldo institucional na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) e na Relação Nacional de Plantas Medicinais de Interesse ao SUS (RENISUS), o que facilita sua incorporação a Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) construídos junto ao usuário.

Como limitação, observa-se a escassez de ensaios clínicos randomizados conduzidos diretamente com populações atendidas na rede pública brasileira, além de variabilidade na padronização dos extratos botânicos e apícolas utilizados nos estudos disponíveis, o que reforça a necessidade de pesquisas aplicadas à realidade operacional do SUS.

DOI: 10.51161/iv-conasus/87606

4. CONCLUSÃO

A Psiquiatria Nutricional, aliada ao aproveitamento dos compostos bioativos da flora nativa e de alimentos funcionais como a própolis, representa uma abordagem promissora para o cuidado em saúde mental na Atenção Primária do SUS. A modulação do eixo intestino-cérebro por meio dessas matrizes biológicas oferece um mecanismo neurobiológico consistente para atenuar sintomas ansiogênicos, atuando tanto na redução da neuroinflamação quanto no reequilíbrio da microbiota intestinal.

Essa abordagem valoriza a biodiversidade brasileira e fortalece as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde, ampliando o acesso a alternativas terapêuticas seguras que reduzem os riscos da medicalização excessiva. Recomenda-se a capacitação das equipes multiprofissionais da rede pública e o incentivo a pesquisas clínicas que validem protocolos fitoterápicos e funcionais padronizados para o SUS.

REFERÊNCIAS

BERDING, K. et al. Diet and the microbiota-gut-brain axis: Sowing the seeds of good mental health. **Advances in Nutrition**, Bethesda, v. 12, n. 4, p. 1239-1285, 2021.

BRAVO, J. A. et al. Ingestion of Lactobacillus strain regulates emotional behavior and central GABA receptor expression in a mouse via the vagus nerve. **Proceedings of the National Academy of Sciences**, Washington, v. 108, n. 38, p. 16050-16055, 2011.

CRYAN, J. F. et al. The microbiota-gut-brain axis. **Physiological Reviews**, Bethesda, v. 99, n. 4, p. 1877-2013, 2019.

DALILE, B. et al. The role of short-chain fatty acids in microbiota-gut-brain communication. **Nature Reviews Gastroenterology & Hepatology**, Londres, v. 16, p. 461-478, 2019.

DENG, Y. et al. Propolis as a functional food ingredient: modulation of gut microbiota and implications for chronic disease management. **Food Research International**, Amsterdã, v. 218, art. 116836, 2025. DOI: https://doi.org/10.1016/j.foodres.2025.116836.

JACKA, F. N. et al. A randomised controlled trial of dietary improvement for adults with major depression (the 'SMILES' trial). **BMC Medicine**, Londres, v. 15, n. 1, p. 23, 2017.

OLIVEIRA, R. M. Fitoterápicos da flora brasileira no manejo de transtornos de ansiedade na atenção primária. **Revista Brasileira de Plantas Medicinais**, Botucatu, v. 25, n. 2, p. 110-122, 2023.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. World mental health report: transforming mental health for all. Genebra: OMS, 2022.

REDONDO-USEROS, N. et al. Microbiota and lifestyle: a special focus on diet. **Nutrients**, Basileia, v. 12, n. 6, p. 1776, 15 jun. 2020. DOI: https://doi.org/10.3390/nu12061776.

ENTRE O LÚDICO E O SÉRIO: UMA INTERVENÇÃO GRUPAL COM CRIANÇAS DA INSTITUIÇÃO SEMEADORES DA PAZ

SAADA CERQUEIRA SANTOS; JANINE SOARES SENA

Introdução: O voluntariado constitui uma importante ferramenta de engajamento social e fortalecimento democrático. Nesse contexto, o Instituto Semeadores da Paz, em Salvador/BA, promove o desenvolvimento social, emocional e cultural de crianças em situação de vulnerabilidade por meio do projeto “Sementes do Amanhã”. Este trabalho apresenta uma análise da experiência realizada na instituição, no âmbito da disciplina “Técnicas de Intervenções Grupais”, fundamentada na teoria de Enrique Pichon-Rivière sobre a relação dialética entre sujeito e mundo. **Objetivos**: Realizar intervenções lúdicas com as crianças, utilizando o brincar como recurso simbólico para compreender sua relação com o mundo e observar a dinâmica grupal. Buscou-se também promover espaços de escuta e reflexão sobre identidade, fortalecendo vínculos e a consciência crítica. **Metodologia**: Foi realizado um estudo descritivo a partir de três visitas presenciais à instituição, entre novembro e dezembro de 2024. As intervenções envolveram desenhos livres, leitura da obra “Flávia e o bolo de chocolate”, apresentação de imagens de diferentes fenótipos e dinâmicas como “Terra e Mar”, “Trem Humano”, “Mímica” e “Dança das Cadeiras”. As atividades foram desenvolvidas de forma participativa, respeitando as escolhas das crianças e priorizando a escuta ativa. **Resultados**: Observou-se um grupo com identidade constituída, atravessada por questões de raça, classe e gênero. Foram identificadas reproduções de estigmas sociais, como o desejo de embranquecimento e a associação da negritude à inferioridade estética. Contudo, o espaço lúdico possibilitou a ressignificação dessas questões, inclusive por meio de questionamentos realizados pelas próprias crianças diante de discursos racistas. As dinâmicas também evidenciaram a formação de subgrupos por afinidades e gênero, revelando a presença de papéis sociais no cotidiano infantil. **Conclusão**: A experiência demonstrou a importância do Instituto Semeadores da Paz como espaço de acolhimento e proteção. O lúdico mostrou-se eficaz no fortalecimento de vínculos e na ampliação das referências de mundo das crianças. Conclui-se que intervenções contínuas e interseccionais são fundamentais para promover autoestima, reflexão crítica e enfrentamento das desigualdades presentes em seu cotidiano.

Palavras-chave: **RELAÇÕES RACIAIS; LUDICIDADE; GRUPO**

DOI: 10.51161/iv-conasus/87607

MUDANÇA E CONFORMAÇÃO DO PERFIL ASSISTENCIAL: EXPERIÊNCIA EXITOSA DO HOSPITAL DE DERMATOLOGIA SANITÁRIA DO PARANÁ

MARISTELA ZANELLA; LUISA HELENA GALINA FRANCISCO; SIMONE RODRIGUES DE CARVALHO; SUZANE KETLYN MARTELLO; BRENDO VITOR NOGUEIRA SOUSA; MARCOS PAULO COLLA; THIAGO AURÉLIO DE OLIVEIRA

Introdução: O Hospital de Dermatologia Sanitária do Paraná (HDSPR), localizado no município de Piraquara e vinculado à Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, é uma tradicional instituição pública brasileira voltada à dermatologia sanitária. Originalmente estruturado como hospital-colônia, destinado ao isolamento compulsório de pacientes com hanseníase, passou, nas últimas décadas, por importante transformação assistencial e administrativa com foco na otimização dos recursos públicos e oferta de serviços especializados à população através do Sistema Único de Saúde (SUS). **Objetivo:** descrever a experiência exitosa de reorganização do HDSPR, enfatizando a implantação de novos serviços especializados, a transição para o modelo ambulatorial e a implementação dos Programas de Residência Médica em Dermatologia e Residência Uniprofissional em Enfermagem em Dermatologia Sanitária. **Relato de experiência:** A transição do modelo hospitalar para ambulatorial se iniciou em 2021, com o ambulatório especializado em dermatologia e no tratamento de lesões de difícil cicatrização, somados à oferta de serviços de clínica médica, cirurgia vascular, exames complementares, procedimentos cirúrgicos e tratamento multiprofissional. Entre 2021 e 2024 houve um crescimento superior a 500% na produção assistencial, reduzindo o tempo de espera dos usuários pelos serviços especializados e com impacto significativo no faturamento hospitalar. Em 2023 se iniciou o Programa de Residência Médica em Dermatologia e, em 2026, o Programa de Residência Uniprofissional em Enfermagem, consolidando o HDSPR também como centro formador de recursos humanos para o SUS. A experiência demonstra o potencial transformador da integração entre gestão pública, assistência especializada e ensino em saúde na reorganização de um hospital histórico, vinculado à saúde pública desde a sua criação. **Conclusão:** A reorganização institucional permitiu substituir, progressivamente, um modelo centrado na atenção hospitalar, por uma estrutura baseada em atendimentos ambulatoriais alinhados às políticas de saúde atuais, com integração multiprofissional e resolutividade dos casos pelo mesmo equipamento de saúde. O atendimento ambulatorial apresenta vantagens quanto ao custo, eficiência e ampliação da capacidade assistencial, auxiliando na sustentabilidade das redes de atenção à saúde e do próprio SUS. A integração entre o ensino e a assistência promovido pelos programas de residência contribui permanentemente para a qualificação do serviço, com base nas necessidades de saúde locais.

Palavras-chave: **ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL; ATENÇÃO À SAÚDE; GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE**

DOI: 10.51161/iv-conasus/87616

FORTALECIMENTO DA LINHA DE CUIDADO MATERNO-INFANTIL E REDUÇÃO DA MORTALIDADE INFANTIL EM PIRAQUARA PR

LUISA HELENA GALINA FRANCISCO; JULIEANNE REID ARCAIN; BRUNA QUADROS

Introdução: A mortalidade infantil constitui importante indicador das condições de saúde e da qualidade da assistência ofertada à população. Em Piraquara/PR, a análise dos óbitos infantis ao longo dos últimos anos subsidiou a reorganização progressiva da linha de cuidado materno-infantil. Em 2019, diante de taxas elevadas de mortalidade, foi implantado o Programa Pequeno Piraquarense, associado à qualificação do pré-natal, capacitação das equipes e padronização de protocolos assistenciais. Após sua implantação, observou-se redução expressiva da mortalidade infantil, cuja taxa passou de 19 óbitos por mil nascidos vivos em 2019 para 7 em 2020. **Objetivo**: Descrever a experiência de Piraquara na estruturação e ampliação da linha de cuidado materno-infantil, com ênfase nas estratégias implementadas para redução da mortalidade infantil. **Relato de experiência:** O Pequeno Piraquarense estruturou ações de acompanhamento das gestantes, estratificação de risco, fortalecimento do pré-natal, educação em saúde e cuidado do recém-nascido, articulando APS, vigilância e atenção especializada. A análise epidemiológica de 2024 e 2025 identificou novo desafio: maior relevância dos óbitos infantis tardios e necessidade de fortalecer o cuidado longitudinal após o período neonatal. Como resposta, em 2025 o programa foi ampliado, incorporando ações voltadas à criança até os dois anos de idade e fortalecendo o cuidado nos primeiros mil dias de vida. Houve ampliação da equipe de pediatria no eMulti e descentralização dos pediatras para todas as Unidades Básicas de Saúde. Além das crianças de risco intermediário e alto risco, passou-se a garantir acompanhamento pediátrico aos filhos de gestantes de alto risco nos primeiros quatro meses de vida, proporcionando puericultura qualificada, avaliação do crescimento e desenvolvimento, vigilância nutricional, identificação precoce de agravos e apoio matricial. **Conclusão**: A experiência demonstra a importância da utilização dos indicadores de mortalidade como ferramenta de gestão. A integração entre vigilância, Atenção Primária e pediatria especializada permitiu que Piraquara adaptasse sua estratégia conforme a mudança do perfil epidemiológico, avançando de uma intervenção inicialmente concentrada no pré-natal e período neonatal para uma linha de cuidado longitudinal. O fortalecimento do Pequeno Piraquarense constitui estratégia municipal para prevenção de óbitos evitáveis e qualificação integral da atenção à infância.

Palavras-chave: **MORTALIDADE INFANTIL; LINHA DE CUIDADO MATERNO-INFATIL; GESTÃO EM SAÚDE**

DOI: 10.51161/iv-conasus/87618

PREVALÊNCIA, CORRELATOS DE SAÚDE E INTERVENÇÕES NO TRANSTORNO DO LUTO PROLONGADO: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

MATEUS ALFREDO DUARTE; VILMAR TRISTÃO DUARTE; CLARIANE RAMOS LOBO

Introdução: O Transtorno do Luto Prolongado (TLP) foi recentemente incorporado à CID-11 e ao DSM-5-TR, caracterizando-se por uma resposta de pesar intensa e incapacitante que persiste por mais de doze meses após a perda. No âmbito da saúde coletiva e dos princípios de integralidade do SUS, a compreensão do TLP é crucial, pois sua cronicidade impacta não apenas o bem-estar psíquico, mas também a integridade física. O luto patológico atua como um determinante que eleva o risco de mortalidade, morbidades somáticas e ideação suicida, exigindo estratégias de vigilância e cuidado especializado. **Objetivo**: Sintetizar as evidências científicas sobre a prevalência global do TLP, sua associação com agravos à saúde física e a eficácia das intervenções psicoterapêuticas contemporâneas. **Metodologia**: Realizou-se uma revisão sistemática baseada em estudos epidemiológicos e mapeamentos de evidências publicados entre 2018 e 2025. A estratégia de busca em bases de dados (MEDLINE, Web of Science, Cochrane e PsycINFO) utilizou os descritores e operadores booleanos: “prolonged grief disorder” OR “prolonged grief” OR “traumatic grief” AND “somatic symptoms” OR “physical illness”. Foram selecionados trabalhos com instrumentos validados e avaliação de rigor metodológico. **Resultados**: A prevalência estimada de TLP provável situa-se entre 7,7% e 10% na população enlutada. Alertas epidemiológicos indicam que taxas superiores a 15% podem estar sobre-estimadas devido ao uso de amostras não probabilísticas. Identificou-se que 72% das evidências estabelecem associações moderadas a fortes entre o transtorno e doenças físicas, como hipertensão, insônia severa e síndromes de dor somática. A ideação suicida mostrou-se uma comorbidade crítica, atingindo 18,2% dos casos prováveis. Quanto ao tratamento, a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) focada no luto apresenta as evidências mais robustas de eficácia, superando intervenções de suporte genéricas. **Conclusão**: O luto prolongado constitui um desafio relevante para a rede de atenção psicossocial, demandando protocolos de triagem multidisciplinares. A integração entre saúde mental e física é essencial para reduzir a carga de doenças crônicas e promover a equidade no acesso a tratamentos validados, garantindo o suporte preventivo aos enlutados em situação de vulnerabilidade.

Palavras-chave: **LUTO; EPIDEMIOLOGIA; SAÚDE MENTAL**

DOI: 10.51161/iv-conasus/87628

VACINA BCG: MECANISMOS IMUNOLÓGICOS PARA A PROTEÇÃO CONTRA A TUBERCULOSE

KATIA REGINA CAMPOS DOS SANTOS; MARCIA LIMA DO NASCIMENTO; GIANE TEIXEIRA SALES TOSTES; ALDREY REGINA SOUZA

Introdução: A vacina BCG (Bacillus Calmette-Guérin) é fundamental na prevenção da tuberculose, atuando na indução de respostas imunológicas inatas e adaptativas. Compreender os mecanismos imunológicos envolvidos e a interação entre diferentes tipos de anticorpos é essencial para otimizar a eficácia da vacina e aprimorar as políticas de saúde pública, especialmente no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS). **Objetivo:** O estudo teve como objetivo analisar os efeitos da vacina BCG sobre a resposta imunológica, com foco na ativação das imunidades inata e adaptativa, e na interação entre anticorpos IgG e IgE. Buscou-se também identificar como essas informações podem contribuir para a melhoria das campanhas de vacinação e da saúde pública no Brasil. **Metodologia:** A pesquisa adotou uma abordagem qualitativa, utilizando análise de conteúdo com base em Bardin. Foram revisados estudos publicados nos últimos cinco anos, abordando a vacina BCG e suas implicações imunológicas. Os descritores utilizados incluíram "vacina BCG", "resposta imunológica", "anticorpos IgG e IgE" e "tuberculose"**.** **Resultados:** Os resultados indicaram que a vacina BCG ativa macrófagos e células dendríticas, promovendo a liberação de citocinas essenciais para a resposta imune. A ativação de linfócitos T CD4+ resulta na formação de células T auxiliares, que são cruciais para a defesa contra a tuberculose. A análise revelou que os anticorpos IgG desempenham um papel vital na neutralização do patógeno, enquanto os anticorpos IgE, embora associados a reações alérgicas, podem influenciar a eficácia da resposta imunológica. **Conclusão:** Concluiu-se que a vacina BCG não apenas ativa respostas imunológicas complexas, mas também destaca a interação entre diferentes tipos de anticorpos, essencial para a proteção contra a tuberculose. A compreensão desses mecanismos é crucial para o desenvolvimento de vacinas mais eficazes e para a implementação de estratégias de saúde pública, reforçando a importância da BCG no SUS e a necessidade de pesquisas contínuas na área.

Palavras-chave: **EFICÁCIA; SAÚDE PÚBLICA; VACINAÇÃO**

DOI: 10.51161/iv-conasus/87635

A IMPORTÂNCIA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA QUALIDADE DO CUIDADO PRÉ-NATAL

EMILY GONÇALVES CORREA; LAÍS FERNANDA MERIGO JUNG; THAYNA CAMILLY WOLSKI DE LIMA

Introdução: O acompanhamento pré-natal constitui uma estratégia fundamental para a promoção da saúde materno-infantil, possibilitando a identificação precoce de fatores de risco, o rastreamento de infecções e a realização de intervenções preventivas. No contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), a Atenção Primária à Saúde (APS) desempenha papel central na organização desse cuidado. **Objetivo:** Analisar, por meio da literatura científica, aspectos relacionados à qualidade e à adequação da assistência pré-natal desenvolvida na Atenção Primária à Saúde no Brasil. **Metodologia:** Foi realizada uma revisão bibliográfica de estudos publicados entre 2022 e 2026, identificados nas bases de dados PubMed e SciELO, utilizando termos relacionados à assistência pré-natal e à Atenção Primária à Saúde. Foram selecionados estudos científicos que abordassem a qualidade e a adequação do cuidado pré-natal, ações preventivas e rastreamento de agravos durante a gestação no contexto da Atenção Primária à Saúde brasileira. **Resultados:** Os estudos analisados evidenciaram a importância da APS na oferta de ações preventivas e no acompanhamento das gestantes, mas também apontaram fragilidades na organização e na qualidade da assistência. Foram identificadas inadequações relacionadas à estrutura dos serviços, à disponibilidade de recursos para diagnóstico e tratamento da sífilis gestacional e ao acompanhamento das gestantes. Também foram observadas desigualdades socioeconômicas relacionadas à adequação do pré-natal. Entre as ações desenvolvidas, destacaram-se o rastreamento de infecções sexualmente transmissíveis e a suplementação de ferro e ácido fólico, esta última associada à realização de pelo menos seis consultas de pré-natal. **Conclusão:** A APS apresenta papel essencial na promoção da saúde materno-infantil e na prevenção de complicações durante a gestação. Entretanto, a literatura evidencia a necessidade de qualificação dos serviços, ampliação do acesso e redução das desigualdades, fortalecendo a integralidade e a qualidade da assistência pré-natal no SUS.

Palavras-chave: **ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE; CUIDADO PRÉ-NATAL; SAÚDE MATERNO-INFANTIL**

DOI: 10.51161/iv-conasus/87637

APRENDIZAGEM BASEADA NO TERRITÓRIO NA FORMAÇÃO EM SAÚDE: VIVÊNCIAS DOVER-SUS EM MOJU-PA

MARIA CLARA MIRANDA RODRIGUES FERREIRA; ANNA CAROLINE ORNELAS DA COSTA; ADRIELE FERREIRA RIBEIRO; ANA GABRIELE DA SILVA COSTA; BIANCA EVANGELISTA PENICHE; KAYKY CÉZAR DA SILVA PAZ

Introdução: A formação em saúde requer experiências que ultrapassem os espaços acadêmicos e possibilitem compreender diferentes realidades sociais e sanitárias. Nessa perspectiva, a Aprendizagem Baseada no Território favorece a construção de conhecimentos a partir da inserção nos contextos de saúde, considerando características, necessidades e saberes locais. O Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS) promove essa aproximação ao inserir acadêmicos na realidade do Sistema Único de Saúde (SUS), articulando formação, serviço e comunidade. Em Moju-PA, a experiência ganha relevância diante da presença de comunidades ribeirinhas e quilombolas e dos desafios de acesso à saúde. **Objetivo:** Relatar a experiência de acadêmicos da área da saúde durante o VER-SUS em Moju-PA. **Relato de experiência:** A experiência envolveu 30 acadêmicos de cursos da saúde, três facilitadores e a Equipe de Trabalho Local, com atividades de aproximação entre formação, serviço e território. Foram realizadas rodas de conversa com trabalhadores, atividades de educação em saúde, especialmente vinculadas ao Programa Saúde na Escola (PSE), visitas a serviços e comunidades ribeirinhas e quilombolas e discussões coletivas. As atividades permitiram identificar aspectos relacionados à organização do cuidado, como extensão territorial, dificuldades de deslocamento e oferta limitada de serviços e insumos. O contato com profissionais, comunidades e serviços possibilitou trocas de saberes e reflexões sobre o trabalho multiprofissional e sobre a necessidade de considerar as particularidades sociais, culturais e territoriais nas práticas de saúde. Além disso, a vivência possibilitou reconhecer que a produção do cuidado em saúde está relacionada às condições e à organização das comunidades. Essa aproximação favoreceu uma formação crítica e sensível às desigualdades, fortalecendo a compreensão do território como espaço de aprendizagem e transformação das práticas em saúde. **Conclusão:** A experiência ampliou a percepção dos acadêmicos sobre o processo de formação, possibilitando repensar conhecimentos, atitudes e responsabilidades profissionais. O VER-SUS constituiu um espaço de escuta, troca e reflexão, no qual a inserção no território contribuiu para ressignificar aprendizagens e ampliar a compreensão sobre o cuidado em saúde e a atuação profissional no SUS.

Palavras-chave: **ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE; POPULAÇÕES TRADICIONAIS; SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

DOI: 10.51161/iv-conasus/87638

FORMAÇÃO E CONSOLIDAÇÃO DA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DE PIRAQUARA: UMA DÉCADA DE ESTRUTURAÇÃO E FORTALECIMENTO (2016–2026)

GLAUCIA BUSS; LUISA HELENA GALINA FRANCISCO

Introdução: A organização da Rede de Urgência e Emergência (RUE) é fundamental para garantir acesso oportuno, assistência resolutiva e integração entre os diferentes pontos da Rede de Atenção à Saúde. Em Piraquara, município da Região Metropolitana de Curitiba, o período entre 2016 e 2026 foi marcado pela progressiva estruturação da RUE, envolvendo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), Central Municipal de Remoções, Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h), regulação e assistência farmacêutica. **Objetivo:** Relatar o processo de implantação, expansão e consolidação da Rede de Urgência e Emergência de Piraquara entre 2016 e 2026 e seus principais resultados assistenciais. **Metodologia:** Estudo descritivo, retrospectivo e documental, em formato de relato de experiência institucional. Foram analisados Planos Municipais de Saúde, Relatórios Anuais de Gestão, Relatórios Detalhados Quadrimestrais, documentos DigiSUS e publicações oficiais do município. **Resultados:** A estruturação iniciou-se com o fortalecimento do atendimento pré-hospitalar pelo SAMU, seguido pela ampliação da Central Municipal de Remoções e, em 2019, pela inauguração da primeira UPA 24h do município. A frota da Central de Remoções passou de 13 veículos em 2013 para 23 em 2020, com aumento de 05 para 12 ambulâncias. Poucos meses após sua inauguração, a UPA tornou-se equipamento estratégico no enfrentamento da pandemia de COVID-19, sendo ampliada com módulos habitáveis, novos consultórios, sala de medicação e sete leitos adicionais. Nos períodos de maior pressão assistencial, chegou a manter aproximadamente 45 pacientes simultaneamente aguardando regulação hospitalar e/ou terapia intensiva. A produção da UPA cresceu de 61.163 consultas em 2020 para 142.913 em 2025. Em 2025 foram registrados ainda 194.140 exames laboratoriais e 81.866 radiografias. A assistência farmacêutica também foi fortalecida, com ampliação dos investimentos, descentralização da dispensação e implantação, em 2026, da dispensação farmacêutica vinculada à UPA. **Conclusão:** A trajetória demonstra que a consolidação da RUE resultou da integração progressiva entre estrutura física, transporte sanitário, atendimento pré-hospitalar, regulação, diagnóstico e assistência farmacêutica. O fortalecimento desses componentes ampliou a capacidade municipal de resposta às urgências e evidencia o compromisso das equipes da Secretaria Municipal de Saúde com a qualificação contínua do SUS e com uma assistência mais acessível, segura e resolutiva à população.

Palavras-chave: **REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA; FORTALECIMENTO DO SUS; GESTÃO EM SAÚDE**

DOI: 10.51161/iv-conasus/87642

O IMPACTO DA DESINFORMAÇÃO NAS COBERTURAS VACINAIS INFANTIS NO SUS: UMA REVISÃO INTEGRATIVA.

ANALUCIA SILVA FERREIRA

Introdução: O Programa Nacional de Imunizações enfrenta um cenário de queda crônica em suas coberturas vacinais infantis desde 2015, registrando sinais de recuperação gradual. Esse declínio histórico é potencializado pela infodemia e pela hesitação vacinal, comprometendo a imunidade coletiva e elevando o risco de ressurgimento de doenças imunopreveníveis no Sistema Único de Saúde (SUS). **Objetivo:** Analisar, por meio da literatura científica recente, o impacto da desinformação e os determinantes regionais da hesitação vacinal infantil no contexto do SUS. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão integrativa da literatura realizada nas plataformas SciELO e Google Acadêmico. Utilizaram-se os descritores "desinformação", "hesitação vacinal" e "SUS" para selecionar artigos originais nacionais publicados entre 2021 e 2026. O corpus final foi composto por estudos de campo de abordagem quantitativa e qualitativa. **Resultados:** Os achados demonstram que a hesitação e o atraso vacinal variam conforme as linhas temporais e realidades regionais. No Nordeste, inquérito realizado em 2022 em região metropolitana maranhense apontou prevalência de 25,2% de comportamento hesitante, revelando que mais de 91% dos cuidadores manifestaram expressa preocupação com reações adversas graves influenciadas por boatos digitais. Na Região Norte, pesquisa populacional conduzida entre 2020 e 2022 em Rio Branco (AC) identificou taxa semelhante de hesitação (26,4%), destacando que a falsa complacência geracional e os conteúdos mentirosos resultaram em coberturas oportunas inferiores a 6% na localidade. No Sul, investigações cobrindo o período de 2015 a 2021 no litoral paranaense documentaram que a hesitação, associada à baixa escolaridade, derrubou as coberturas para menos de 80% nos anos de crise sanitária. A fragilidade na comunicação oficial é explorada por redes digitais que emulam falsas autoridades médicas para validar narrativas fraudulentas. Em contrapartida, os profissionais da Atenção Primária surgem como elos cruciais na desconstrução de mitos através do vínculo territorial. **Conclusão:** Conclui-se que a desinformação exerce impacto deletério sobre a Vigilância em Saúde. O combate à hesitação exige estratégias intersetoriais urgentes, unindo busca ativa e comunicação digital assertiva para restabelecer a segurança vacinal.

Palavras-chave: **DESINFORMAÇÃO; HESITAÇÃO VACINAL; SUS**

DOI: 10.51161/iv-conasus/87643

O IMPACTO DAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM SAÚDE NA AUTOIMAGEM E NO BEM-ESTAR DOS IDOSOS: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

MARIA ALICE DE OLIVEIRA PEREIRA; RAFAELA PERMANHANE PEREIRA; LIZIANE MARTINS

Introdução: A baixa representatividade do corpo idoso nos discursos contemporâneos de beleza resulta em impactos negativos na autoestima e no senso de pertencimento dessa população, afetando diretamente seu bem-estar biopsicossocial. Nesse contexto, as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) destacam-se como abordagens sensíveis e transversais que atuam de forma complementar à medicina tradicional, considerando a totalidade do indivíduo para além da enfermidade física. **Objetivos:** Analisar de que maneira as PICS, aplicadas ao autocuidado, por meio de oficinas vivenciais, favorecem o bem-estar e a promoção da saúde de idosos. **Relato de Experiência:** Trata-se de uma pesquisa-ação com abordagem qualitativa e descritiva, realizada com 12 idosos (11 mulheres e 1 homem) do Programa Universidade Aberta à Terceira Idade (UATI), da Universidade do Estado da Bahia (UNEB), em Teixeira de Freitas - Bahia. A coleta de dados ocorreu através da observação sistemática, registros verbais e a aplicação da dinâmica: “Espelho da Autoestima” antes e após as intervenções. As oficinas foram estruturadas em três etapas: reflexão inicial sobre autocuidado e emoções; práticas sensoriais (escalda-pés aromático, automassagem e cuidados com a pele); e valorização da imagem mediante oficina de maquiagem. A Análise de Conteúdo realizada permitiu identificar uma evolução expressiva nos estados emocionais relatados, que transitaram de ansiedade, tristeza e desânimo para tranquilidade, alegria e relaxamento. Consolidaram-se duas categorias temáticas: “Resgate da Autoestima e Beleza” e “Bem-Estar Social e Cuidado”, evidenciando acolhimento emocional, fortalecimento de vínculos, alívio de tensões físicas e incentivo ao autocuidado contínuo. **Conclusão:** As PICS, quando integradas a práticas de autocuidado, contribuem significativamente para a promoção da saúde de idosos, em uma perspectiva ampliada de saúde, favorecendo o equilíbrio biopsicossocial, o resgate da autoestima e a vivência de experiências positivas na terceira idade.

Palavras-chave: **AUTOESTIMA; BEM-ESTAR BIOPSICOSSOCIAL; ENVELHECIMENTO**

DOI: 10.51161/iv-conasus/87644

ATUAÇÃO FARMACÊUTICA NA SEGURANÇA DA FARMACOTERAPIA DE IDOSOS EM SITUAÇÃO DE POLIFARMÁCIA NO SUS

JULIANA VITÓRIA AZEVEDO SANTOS; DAYVSON DAVI DA SILVA SANTA ROSA; RODOLFO ALAN DOS SANTOS; CASSIA DIAS DO NASCIMENTO

Introdução: O envelhecimento populacional está relacionado ao aumento da ocorrência de doenças crônicas e à necessidade de tratamentos medicamentosos contínuos. Nesse contexto, a utilização concomitante de múltiplos medicamentos por idosos pode aumentar a ocorrência de problemas relacionados à farmacoterapia, como interações medicamentosas, reações adversas, duplicidade terapêutica e dificuldades na adesão ao tratamento. Diante disso, a assistência farmacêutica no Sistema Único de Saúde apresenta papel relevante na promoção do uso racional e seguro de medicamentos, especialmente por meio do acompanhamento e da orientação farmacêutica. **Objetivo**: Analisar, por meios de revisões bibliográficas sobre a importância da atuação farmacêutica na promoção e da segurança da farmacoterapia de idosos em situação de polifarmácia no SUS. **Metodologia**: Trata-se de uma revisão bibliográfica, de caráter descritivo, realizada por meio da análise de publicações científicas relacionadas à polifarmácia em idosos, assistência farmacêutica, segurança da farmacoterapia e uso racional de medicamentos no SUS. Foram consideradas produções científicas que abordassem os principais riscos associados ao uso concomitante de medicamentos e as estratégias de atuação dos profissionais farmacêuticos na prevenção de problemas relacionados à farmacoterapia. **Resultados**: Os estudos analisados apontam que o uso concomitante de múltiplos medicamentos entre idosos pode aumentar a ocorrência de interações medicamentosas, reações adversas, duplicidade terapêutica e dificuldades na adesão ao tratamento. Nesse cenário, a atuação farmacêutica pode contribuir para a identificação de problemas relacionados aos medicamentos, revisão da farmacoterapia, orientação quanto ao uso correto e acompanhamento dos pacientes. Essas ações favorecem o uso racional dos medicamentos e podem contribuir para a redução de riscos e para a melhoria da qualidade da assistência prestada aos usuários do SUS.**Conclusão**: A atuação farmacêutica constitui uma estratégia importante para a promoção da segurança da farmacoterapia de idosos em situação de polifarmácia. A integração do farmacêutico às equipes de saúde e o acompanhamento adequado dos usuários podem contribuir para a identificação e prevenção de problemas relacionados aos medicamentos, fortalecendo a assistência farmacêutica e qualificando o cuidado no SUS.

Palavras-chave: **ADESÃO AO TRATAMENTO; CUIDADO FARMACÊUTICO; SEGURANÇA DO PACIENTE**

DOI: 10.51161/iv-conasus/87649

BENEFÍCIOS DA INCLUSÃO DE DADOS E REDISTRIBUIÇÃO DE EXAMES DE TUBERCULOSE DURANTE A PANDEMIA DE SARS-COV-2 PELO LABORATÓRIO CENTRAL DE MATO GROSSO DO SUL

EUNICE ATSUKO TOTUMI CUNHA; MARCELLO DE SANTANA FIORI ADELAIDO; LUCIANA ROCHA DE MOURA; ADSON DE AQUINO BERNARDELLI; THAIS OLIVEIRA GONÇALVES; ODENIR AMORIM; JESSYANE RODRIGUES RAMIREZ CARVALHO

RESUMO

Este estudo buscou-se avaliar o impacto do diagnóstico de tuberculose, no período pandêmico e pós pandêmico advindos provenientes das medidas tomadas em Mato Grosso do Sul, quanto a disponibilidade equipamentos e cadastramento dos exames no sistema oficial (GAL) do projeto "Identificação de estratégias de busca ativa de casos de tuberculose e rastreamento de contatos para o controle da tuberculose nas prisões brasileiras II", que até 2021 eram cadastradas somente no sistema Research Electronic Data Capture (REDCap) que já era executado no LACEN-MS, para as unidades prisionais do estado, a partir de 2022. Inicialmente houve a disponibilidade do equipamento GeneXpert somente para o laboratório municipal de Campo Grande e depois para mais localidades que realizava maior número de exames, que seriam: Corumbá, Dourados, Amambai, AGEPEN e para pesquisa, que seria realizada no Hospital São Julião. Foram distribuídos os exames durante a pandemia, localidades que não possuía cabine de segurança biológica, na realização em localidades que as possuíam. As localidades foram divididas por regiões e solicitados para execução dos exames com pessoas que necessitavam o referido diagnóstico. Em 2019 foram realizados 7279 exames. No auge da pandemia em 2020, foram realizados 6006 exames, com recuperação em 2021com a realização de 9034 exames. No decorrer dos anos, em 2025, foram 29.016 exames. No ano de 2022 o LACEN adquiriu 2 GeneXpert e em 2025 mais 2 equipamentos, com proposta para realizar todos exames de tuberculose dos hospítais públicos e particulares de Campo Grande, contribuindo para o diagnóstico precoce, e liberação de leitos hospitalares em tempo hábil. O apoio das localidades na realização dos exames durante a pandemia, para que nenhum município permanecesse sem cobertura de diagnóstico de tuberculose em tão crítico período da saúde pública mundial, foi decisivo para o êxito em escala estadual em Mato Grosso do Sul, o que demonstra a importância da colaboração sensata entre ações técnicas, administrativas e de suprimento de materiais.

Palavras chave: Cabine de segurança biológica; diagnóstico; teste rápido molecular

1 INTRODUÇÃO

Em 2014, quando da implantação, no país, da plataforma GeneXpert- equipamento de reação em cadeia da polimerase (PCR) para uso de teste rápido molecular (TRM) no diagnóstico de tuberculose e resistência à rifampicina –, o Ministério da Saúde definiu que, além das capitais estaduais, somente receberiam os equipamentos necessários as localidades que houvessem diagnosticado ao menos 100 casos de tuberculose anualmente. Em Mato Grosso do Sul, nenhum

DOI: 10.51161/iv-conasus/87657

dos municípios – exceto Campo Grande, a capital – atendia a esse critério. Mesmo assim, um levantamento da realização de baciloscopias identificou outros cinco municípios que foram considerados prioritários na atenção a possíveis casos da doença. Destes cinco, foram contemplados com o sistema somente três: Amambai, Dourados e Corumbá. Em Campo Grande, no entanto, foram também alocados outros dois equipamentos, um deles na Agência Estadual de Administração do Sistema Penitenciário (AGEPEN) e outro para o projeto de pesquisa do Hospital São Julião, totalizando assim seis pontos de acesso no estado.

Com a emersão da pandemia de covid-19 (SARS-CoV-2), o Ministério da Saúde determinou que as baciloscopias, os TRM e as culturas para diagnóstico e acompanhamento dos casos de tuberculose, bem como os processamentos das amostras, só passariam a ser feitos em localidades que dispusessem de cabines de biossegurança biológica, para proteção do trabalhador (Brasil, 2020).

Em resposta a um ofício enviado a todos os municípios, elaborado pelo Laboratório Central de Saúde Pública de Mato Grosso do Sul (LACEN-MS) em conjunto com a Secretaria de Estado da Saúde (SES), constatou-se haver apenas cinco dessas instalações: em Corumbá, em Campo Grande (Hospital São Julião e LACEN-MS) e, em Dourados, na Universidade Federal da Grande Dourados, esta com duas cabines, cujo acesso foi solicitado pela SES, com proposta de também atender localidades vizinhas, buscando-se diminuir os possíveis casos de tuberculose sem atendimento laboratorial, já que Mato Grosso do Sul não dispõe de laboratórios regionalizados com abrangência extramunicipal.

2 OBJETIVO

Este estudo buscou avaliar o impacto de SARS-CoV-2 no diagnóstico da tuberculose durante no período pandêmico e no pós-pandêmico, com particular atenção às perdas e contribuições advindas desse impacto.

3 RELATO DE CASO/EXPERIÊNCIA

Este estudo descritivo retrospectivo e prospectivo do período 2018-2025 utilizou dados colhidos do Gerenciador de Ambiente Laboratorial (GAL) do Ministério da Saúde.

Em 2020, o equipamento alocado à AGEPEN foi cedido temporariamente ao LACEN-MS, que passou a se incumbir das amostras provenientes dos presídios. Dourados e Amambai cobririam suas regiões, enquanto o Hospital São Julião cobriria as localidades próximas a Campo Grande. Três Lagoas, que não dispunha de GeneXpert, mas realizava baciloscopias e possuía cabine de segurança biológica, continuou a processar seus exames, cobrindo também a região de entorno. Essas mudanças foram formalizadas em atendimento a recomendações do Ministério da Saúde, com redistribuição da cobertura de cada localidade que dispunha tanto de cabine de biossegurança quanto de GeneXpert.

O LACEN-MS tornou-se responsável por todos os exames oriundos das demais localidades, bem como de Porto Murtinho e dos presídios de Campo Grande, conforme lista anexa. Os exames incluíram baciloscopia, TRM, cultura e teste de sensibilidade a drogas, identificados no GAL, cujo banco de dados é disponibilizado pelo Ministério da Saúde a todos os laboratórios da rede pública.

4 DISCUSSÃO

Tabela 1. Exames de tuberculose no Laboratório Central de Saúde Pública de Mato Grosso do Sul (LACEN-MS) antes (2018-2019), durante (2020-2021) e após a pandemia (2022-2025).

DOI: 10.51161/iv-conasus/87657

Ano	BAAR	Cultura	Teste de sensibi-lidade	TRM	IGRA	LPA	Total
2018	919	7.585	441	–	–		8.946
2019	142	6.656	481	–	–		7.279
2020	466	4.507	377	656	–		6.006
2021	576	3.926	506	4.056	–		9.034
2022	764	6.838	713	9.143	2		17.460
2023	1.069	11.228	654	12.874	157		25.982
2024	681	13.010	689	11.495	212		26.087
2025	448	15.265	131	12.252	371	549	29.016
Total	**5.065**	**69.015**	**3.992**	**50.476**	**742**	**549**	**129.810**

Fonte: GAL/MS.

Como mostra a Tabela 1, em 2020, auge da pandemia, houve diminuição de 1.279 exames em relação a 2019, mesmo com toda a pactuação realizada. Isso, porém, foi seguido, em 2021, por uma recuperação quantitativa para 9.034 exames, com significativo aumento de 3.028.

O grande aumento observado em 2022 deveu-se ao fato de passarmos a incluir no GAL as amostras provenientes do projeto "Identificação de estratégias de busca ativa de casos de tuberculose e rastreamento de contatos para o controle da tuberculose nas prisões brasileiras II", do AGEPEN, que até 2021 eram cadastradas somente no sistema Research Electronic Data Capture (REDCap). Essa inclusão, por iniciativa do LACEN-MS, tornou-se possível porque, embora os *kits* de TRM fossem fornecidos pelo Ministério da Saúde ao projeto da AGEPEN, passaram a ser utilizados no LACEN-MS. De 2022 a 2025, foram realizados 52.858 exames no âmbito desse projeto, incluindo TRM, cultura e baciloscopia, quase metade, portanto, dos 98.545 do período.

Em 2022 incluímos o Interferon Gamma Release Assay (teste IGRA), que avalia se o contato com o bacilo da tuberculose pode futuramente levar a desenvolvimento da doença. (Havendo resultado positivo, o paciente é encaminhado à quimioprofilaxia). Em 2024 incluímos também o LPA, teste genético por PCR que avalia a resistência a isoniazida e rifampicina, principais drogas para tratamento de tuberculose.

Com a parceria realizada, aceitando a execução do projeto da AGEPEN no LACEN-MS, foram recebidos no período 2022-2025 materiais de consumo no valor de R$ 225.162,34.

5 CONCLUSÃO

Uma vez somado o equipamento cedido pela AGEPEN ao ferramental já disponível no LACEN-MS, evidenciou-se o benefício do uso de TRM em grande escala com diagnóstico rápido (processamento na manhã e resultados à tarde), reduzindo o risco de infecção, principalmente em pacientes hospitalizados, e contribuindo para maior agilidade na liberação de leitos hospitalares.

A aquisição complementar de dois equipamentos GeneXpert pelo LACEN em 2022, com recursos estaduais, permitiu oferecer o serviço de micobacteriologia a todos os hospitais de Campo Grande, contribuindo para o diagnóstico precoce, diminuindo o risco entre pacientes hospitalizados e agilizando a liberação de leitos. O TRM é hoje oferecido também a todos hospitais dos demais municípios que coletam materiais nobres (líquor, medula, lavado brônquico e outros).

Em 2025, mais dois equipamentos GeneXpert foram adquiridos para suprir o aumento da demanda por exames.

DOI: 10.51161/iv-conasus/87657

O apoio das localidades na realização dos exames durante a pandemia, para que nenhum município permanecesse sem cobertura de diagnóstico de tuberculose em tão crítico período da saúde pública mundial, foi decisivo para o êxito em escala estadual em Mato Grosso do Sul, o que demonstra a importância da colaboração sensata entre ações técnicas, administrativas e de suprimento de materiais.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Coordenação-Geral de Vigilância das Doenças de Transmissão Respiratória de Condições Crônicas. Departamento de Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Laboratórios de Saúde Pública. **Ofício conjunto n.º 3/2020/CGDR/.DCCI/SVS/MS:** Recomendações para o diagnóstico da tuberculose durante a pandemia por SARS-CoV-2 (COVID-19). Disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/copy_of_portarias/2021/oficio-conjunto-no-3-2020-cgdr-dcci-svs-ms/@@display-file/file. Acesso em: 1 ago. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Coordenação-Geral de Vigilância das Doenças de Transmissão Respiratória de Condições Crônicas. Departamento de Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Laboratórios de Saúde Pública. **Manual de recomendações para o diagnóstico laboratorial de tuberculose e micobactérias não tuberculosa de interesse em saúde pública no Brasil.** https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/tuberculose/manual-de-recomendacoes-e-para-diagnostico-laboratorial-de-tuberculose-e-micobacterias-nao-tuberculosas-de-interesse-em-saude-publica-no-brasil.pdf/view. Acesso em: 4 ago. 2026.

DOI: 10.51161/iv-conasus/87657

CONSULTÓRIO NA RUA E EQUIDADE EM SAÚDE: RELATO DE CASO DE GESTANTE EM SITUAÇÃO DE RUA COM TRANSTORNO MENTAL GRAVE

FELIPE BARBOSA SANTOS; LEONARDO DE OLIVEIRA CAMPOS; ANDRESSA FERNANDES DA SILVA; OLIVIA DA CONCEIÇÃO BARRETO DIAS; DIOGO DE DEUS ACIOLY COUTO

Introdução: O Consultório na Rua (CnaR) constitui estratégia do Sistema Único de Saúde (SUS) voltada à ampliação do acesso e à promoção da equidade em saúde para a população em situação de rua, historicamente exposta a barreiras estruturais de acolhimento e continuidade do cuidado. **Objetivo:** Relatar o caso de A.S., 26 anos, gestante em situação de rua com idade gestacional de aproximadamente 15 semanas no início do acompanhamento, diagnóstico de esquizofrenia (CID F20) e vínculos familiares fragilizados, acompanhada pela equipe do CnaR 5.2 entre janeiro e agosto de 2025. **Relato de caso/experiência:** Trata-se de um estudo de caso construído a partir do acompanhamento longitudinal da usuária no território, com articulação intersetorial entre CnaR 5.2, CAPS II, Clínica da Família e CAPS III. Inicialmente acolhida com discurso delirante e receptividade parcial ao cuidado, A.S. já possuía vínculos prévios com a rede, o que favoreceu a construção de um plano de cuidado compartilhado. As ações articuladas incluíram manejo e entrega quinzenal de medicação, realização de pré-natal completo com nove consultas, exames e vacinação, e articulação com a maternidade de referência para garantir um parto seguro. Paralelamente, o fortalecimento do vínculo terapêutico viabilizou avanços na cidadania, com a emissão de documentos civis (RG, CPF e título de eleitor) e a reativação do benefício BPC/LOAS. Como resultado, destaca-se o nascimento seguro de uma criança saudável em junho de 2025, a aprovação do benefício assistencial com apoio do CAPS na gestão financeira, a garantia de moradia por meio da transferência para a unidade de acolhimento (UA), a manutenção do vínculo materno através de visitas semanais e o encaminhamento para continuidade do acompanhamento social no CREAS. **Conclusão:** O caso evidencia que a intersetorialidade, o trabalho em equipe e a construção de vínculos configuram-se como ferramentas essenciais para a garantia do cuidado integral, a promoção da cidadania e a defesa da vida, mesmo diante dos cenários de maior complexidade social e clínica.

Palavras-chave: **REDUÇÃO DE DANOS; CIDADANIA; SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

DOI: 10.51161/iv-conasus/87664

COZINHAR, APRENDER E CUIDAR: OFICINAS CULINÁRIAS NA PROMOÇÃO A SAÚDE

Anna Beatriz Pereira De Moura; Julia de Mello Martins; Vitória Ferreira Guarabira; Anna Beatrice Torres dos Santos; Sabrina da Silva Dias

RESUMO

Este relato de experiência descreve a realização de oficinas culinárias como estratégia de estímulo a escolhas alimentares mais saudáveis, fundamentadas nas recomendações do Guia Alimentar para a População Brasileira. Parte-se da hipótese de que práticas culinárias educativas, desenvolvidas de forma participativa e contextualizada, favorecem a aprendizagem significativa, ampliam a autonomia culinária e contribuem para a promoção da saúde ao fortalecer a relação dos sujeitos com o alimento e o ato de cozinhar. Entre 2023 e 2024, foram realizadas seis oficinas, planejadas para distintos públicos e cenários. As atividades incluíram a Oficina de Temperos em uma escola municipal; as Oficinas de Molhos e Cozinhando com Plantas Alimentícias Não Convencionais no campus universitário da UERJ-ZO; e a oficina Cozinhando com Ciência, destinada a crianças durante o período de férias escolares. As ações envolveram 180 participantes e utilizaram metodologia participativa, com valorização dos saberes populares e estímulo ao trabalho coletivo. Os resultados indicaram aumento do interesse, da participação e da aceitação das preparações elaboradas pelos diferentes públicos. De forma transversal, as ações desenvolvidas em 2024 evidenciaram a integração entre Promoção da Saúde e os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável 2, que visa garantir segurança alimentar, erradicação da fome e promoção de agricultura sustentável, e 13, esta que por vez visa combater mudanças climáticas e seus impactos, ao articular segurança alimentar, sustentabilidade e educação ambiental. Conclui-se que as oficinas culinárias, constituem uma estratégia potente para a promoção da saúde, ao estimular escolhas alimentares mais saudáveis, sustentáveis e socialmente contextualizadas, fortalecendo a autonomia culinária e o engajamento dos participantes em diferentes cenários educativos.

Palavras-chave: Alimentação Adequada e Saudável; Guia Alimentar para a População Brasileira; Hábitos Alimentares.

1 INTRODUÇÃO

A Promoção da Saúde constitui uma estratégia fundamental para o enfrentamento dos problemas de saúde das populações, ao adotar uma concepção ampliada do processo saúde-doença considerando seus determinantes sociais e reconhecendo a alimentação adequada e saudável como elemento central na transformação favorável desses determinantes (Bógus et al., 2024). Nessa perspectiva, o Guia Alimentar para a População Brasileira fundamenta-se no princípio de comer comida de verdade, baseada em alimentos in natura ou minimamente processados e em preparações culinárias tradicionais, como eixo central da promoção da saúde e da segurança alimentar (Brasil, 2014).

Nesse contexto, destaca-se a transição alimentar, em que alimentos ultraprocessados substituíram os naturais, resultando em déficits nutricionais mesmo em cenários de sobrepeso, fenômeno de transição nutricional marcada pela perda do vínculo com o alimento e pela

DOI: 10.51161/iv-conasus/87669

redução da variedade de alimentos consumidos, processo que historicamente beneficiou a indústria alimentícia em detrimento da qualidade da alimentação (Bógus et al., 2024; Noronha et al., 2024). Diante desse cenário, o Guia enfatiza a retomada da cultura alimentar e do ato de cozinhar como estratégias centrais para a reversão desses impactos.

Cozinhar, então, configura-se como uma prática emancipatória e promotora de uma alimentação mais saudável, diversa e sustentável, ao fortalecer a autonomia, ampliar o repertório alimentar e favorecer escolhas alinhadas ao consumo de alimentos mais saudáveis. Para além de seu caráter técnico, as cozinhas constituem espaços criativos de aprendizagem, nos quais o improviso e a flexibilidade são continuamente exercitados por meio da "mão na massa", das conversas, da troca de experiências e da construção coletiva do saber culinário. Nesse ambiente acolhedor, o ato de cozinhar ultrapassa a dimensão instrumental e assume um papel central na promoção da saúde, no fortalecimento dos vínculos sociais e na valorização da cultura alimentar (Marinho, Brito, 2024; Caron et al., 2024).

A autonomia culinária, conforme definida por Oliveira e Castro (2022), refere-se à capacidade de pensar, decidir e agir na preparação de refeições no domicílio, em consonância com as recomendações do Guia Alimentar para a População Brasileira, associando-se a melhor qualidade da dieta, menor consumo de alimentos ultraprocessados e, consequentemente, à redução do risco de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT). Nesse sentido, a Promoção da Saúde articula-se diretamente ao Objetivo de Desenvolvimento Sustentável 2 (Fome Zero e Agricultura Sustentável), ao fomentar sistemas alimentares sustentáveis e o acesso equitativo a alimentos saudáveis. Este relato de experiência tem como objetivo descrever a realização de oficinas culinárias como estratégia de estímulo a escolhas alimentares mais saudáveis, fundamentadas nas recomendações do Guia Alimentar para a População Brasileira.

2 RELATO DE EXPERIÊNCIA

Desde 2023, o projeto de extensão "Segurança Alimentar em Práticas Educativas" da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ) desenvolve ações voltadas ao incentivo de práticas alimentares mais saudáveis, utilizando como estratégias jogos educativos, palestras, construção de material didático e oficinas culinárias, com o objetivo de sensibilizar diferentes faixas etárias para os impactos das escolhas alimentares e suas repercussões na saúde.

As oficinas culinárias, em especial, têm sido adotadas como estratégia de aprendizagem significativa, potencializando as experiências de promoção da saúde ao articular teoria, prática e vivências cotidianas. O planejamento das oficinas culinárias foi realizado pela equipe do projeto de extensão, considerando as características dos diferentes públicos, os contextos institucionais e os objetivos educativos propostos para cada ação. As atividades foram fundamentadas nas recomendações do Guia Alimentar para a População Brasileira, priorizando metodologias participativas capazes de integrar conhecimentos teóricos e práticos.

Para cada oficina foram definidos previamente o público-alvo, os objetivos de aprendizagem, as preparações culinárias, os alimentos utilizados, os materiais didáticos, a organização do espaço físico e a distribuição das atribuições entre os extensionistas. O planejamento também contemplou a adequação das atividades às demandas apresentadas pelas instituições visitadas e às características dos participantes, buscando favorecer o protagonismo e a aprendizagem significativa por meio da experimentação culinária e da construção coletiva do conhecimento.

No ano de 2023, o projeto de extensão realizou quatro oficinas culinárias, desenvolvidas em diferentes cenários e direcionadas a públicos distintos, de acordo com os objetivos estipulados para cada ação e em concordância com os meios fornecidos pelas

instituições onde ocorreram. As atividades foram planejadas com base nos princípios da Educação Alimentar e Nutricional e do Guia Alimentar para a População Brasileira, privilegiando metodologias participativas, aprendizagem pela experiência e valorização dos saberes populares.

A primeira atividade foi a Oficina de Temperos, desenvolvida em uma escola municipal parceira do projeto, a partir de demanda apresentada pela própria unidade escolar. A oficina teve como objetivo incentivar o aproveitamento dos alimentos produzidos na horta escolar e estimular a substituição de temperos industrializados pelo uso de ervas e especiarias naturais, contribuindo para a redução do teor de sódio das preparações ofertadas aos estudantes. A atividade foi estruturada em dois momentos: inicialmente realizou-se uma palestra dialogada com a equipe gestora e os manipuladores de alimentos, abordando aspectos relacionados ao uso de temperos naturais, alimentação saudável e redução do consumo de sal; posteriormente, foi realizada uma demonstração culinária seguida de experimentação coletiva das preparações elaboradas. Participaram da atividade a equipe gestora da escola e quatro manipuladores de alimentos, buscando favorecer a incorporação das estratégias discutidas à rotina da alimentação escolar.

Posteriormente, durante a 1ª Feira Gastronômica, Ciências e Artes, realizada no campus da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), foram promovidas duas oficinas culinárias: Oficina de Molhos e Cozinhando com Plantas Alimentícias Não Convencionais (PANCs). Ambas utilizaram metodologia predominantemente prática e demonstrativa, estimulando a participação ativa do público durante o preparo das receitas. A Oficina de Molhos enfatizou a substituição de molhos ultraprocessados por preparações caseiras, enquanto a oficina sobre PANCs buscou incentivar o consumo de alimentos in natura e ampliar o conhecimento sobre espécies alimentícias pouco exploradas, como a Ora-pro-Nóbis e outros vegetais folhosos. As atividades foram abertas a estudantes, docentes, técnicos administrativos e membros da comunidade externa, favorecendo a troca de conhecimentos entre diferentes áreas. Em razão da capacidade da cozinha experimental, cada oficina recebeu até 20 participantes, totalizando 40 pessoas.

Ainda em 2023, durante o período de férias escolares de julho, foi realizada a oficina Cozinhando com Ciência, destinada a crianças de 7 a 12 anos, filhas de servidores, docentes e estudantes da universidade. A atividade teve como objetivo despertar o interesse pela alimentação saudável por meio da integração entre ciência e culinária, apresentando conceitos relacionados aos processos químicos e bioquímicos envolvidos na preparação dos alimentos. A oficina foi organizada em duas etapas. Inicialmente, foram utilizados recursos audiovisuais para explicar fenômenos como a ação dos fermentos químico e biológico, o crescimento do pão e a formação de geleias. Em seguida, as crianças participaram, sob supervisão da equipe extensionista, do preparo das receitas e da elaboração de materiais educativos destinados à reprodução das experiências no ambiente domiciliar. A oficina contou com a participação de 15 crianças e com o apoio de cinco integrantes do projeto, responsáveis pela condução das atividades práticas e pela mediação pedagógica.

Em 2024, as ações do projeto passaram a integrar, de forma transversal, os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) 2 – Fome Zero e Agricultura Sustentável – e 13 – Ação Contra a Mudança Global do Clima –, articulando educação alimentar, sustentabilidade e educação ambiental. Nesse contexto, foram realizadas oficinas culinárias em duas escolas municipais participantes do projeto, após a implantação, manutenção e colheita das hortas escolares, estabelecendo uma sequência pedagógica que permitiu aos estudantes vivenciar todas as etapas do sistema alimentar, desde o cultivo até o consumo dos alimentos.

As oficinas foram desenvolvidas nos refeitórios escolares, escolhidos intencionalmente como espaços educativos por favorecerem a aproximação entre o conteúdo trabalhado e as práticas alimentares cotidianas dos estudantes. A metodologia adotada

privilegiou atividades práticas e participativas, estimulando a manipulação dos alimentos, a experimentação das preparações culinárias e a reflexão sobre alimentação saudável, sustentabilidade e valorização dos alimentos produzidos na própria horta escolar.

Participaram das atividades duas turmas de aproximadamente 30 estudantes em cada escola, totalizando 120 crianças. As oficinas foram conduzidas por integrantes do projeto de extensão, que atuaram como mediadores das atividades, promovendo o diálogo entre os conhecimentos científicos e os saberes construídos pelos participantes ao longo da experiência.

No conjunto, as seis oficinas culinárias realizadas entre 2023 e 2024 envolveram 180 participantes de diferentes faixas etárias e contextos educativos. Todas as atividades foram fundamentadas em metodologias participativas, pautadas na valorização dos saberes populares, na aprendizagem pela experiência e na construção coletiva do conhecimento. Como estratégias de registro das ações, foram utilizados observação participante, diário de campo, registros fotográficos e anotações das falas espontâneas dos participantes durante o desenvolvimento das oficinas. Esses registros subsidiaram a análise das experiências, permitindo identificar aspectos relacionados ao engajamento dos participantes, à aceitação das preparações culinárias e às percepções sobre as práticas alimentares desenvolvidas.

Por se tratar de um relato de experiência, os resultados foram construídos a partir dos registros produzidos durante a execução das oficinas. Foram utilizados como instrumentos de coleta de dados: observação participante realizada pelos extensionistas; registros fotográficos das oficinas; falas espontâneas dos participantes anotadas pelos mediadores durante e ao final das atividades; observação da aceitação das preparações culinárias, considerando interesse, experimentação e comentários dos participantes.

3 DISCUSSÃO

O desenvolvimento das oficinas para os adultos evidenciou que metodologias participativas, fundamentadas na aprendizagem pela experiência, favoreceram o envolvimento dos participantes nas atividades propostas. Durante as oficinas, observou-se elevada participação nas etapas práticas de preparo das receitas, bem como manifestações de interesse relacionadas aos ingredientes utilizados, às técnicas culinárias e às possibilidades de reprodução das preparações no cotidiano.

A observação dos extensionistas evidenciou que a experimentação culinária favoreceu a descoberta de novos sabores e a ressignificação de alimentos pouco utilizados. Entre os relatos registrados pelos extensionistas destacaram-se comentários sobre a aceitação do molho barbecue preparado com goiabada e sobre as características sensoriais positivas do uso de temperos naturais em substituição aos condimentos industrializados. Esses achados sugerem que a vivência prática amplia a receptividade a preparações mais saudáveis e fortalece a valorização dos alimentos in natura. De modo prático a mudança na percepção sensorial, observada no relato “ficou difícil voltar ao industrializado”, assim como a descoberta de novos sabores, sugere que a vivência prática não apenas ampliou o repertório culinário dos participantes, mas também favoreceu uma reflexão crítica sobre o consumo de alimentos ultraprocessados e o reconhecimento das vantagens das preparações produzidas com alimentos in natura ou minimamente processados.

Esses resultados corroboram os princípios do Guia Alimentar para a População Brasileira (Brasil, 2014), que reconhece o ato de cozinhar como estratégia de promoção da autonomia alimentar e de fortalecimento da cultura alimentar. Outro resultado observado foi o fortalecimento da autonomia culinária entre os participantes adultos, especialmente manipuladores de alimentos e participantes das oficinas realizadas no campus universitário. Durante os encontros, verificou-se interesse crescente pela substituição de produtos

ultraprocessados por preparações caseiras e pela utilização de ingredientes frescos nas receitas desenvolvidas.

Após as oficinas, diversos participantes relataram incorporar as preparações ao cotidiano doméstico. Entre as falas registradas destacou-se a percepção de que, após a experimentação das receitas elaboradas durante as atividades, "seria difícil fazer em casa sozinha, mas agora eu posso refazer", evidenciando mudanças na percepção sensorial e na valorização das preparações culinárias produzidas artesanalmente.

Esses achados dialogam com Oliveira e Castro (2022), que definem autonomia culinária como a capacidade de decidir, planejar e preparar refeições saudáveis no ambiente domiciliar. Segundo as autoras, essa autonomia está associada à melhoria da qualidade da alimentação e à redução do consumo de alimentos ultraprocessados, reconhecidos como importantes fatores relacionados ao aumento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs). Segundo a literatura, diante desse cenário, torna-se imprescindível repensar o modelo alimentar dominante e resgatar práticas que promovam saúde, autonomia e equidade. Retornar ao hábito de cozinhar “comida de verdade” emerge como um fator essencial nesse processo.

Nas oficinas desenvolvidas com crianças, a abordagem lúdico-pedagógica mostrou-se particularmente efetiva para estimular o interesse pela alimentação e pela preparação dos alimentos. A associação entre atividades práticas, experimentação culinária e explicações científicas favoreceu maior envolvimento das crianças durante todo o processo.

Nas oficinas realizadas após a colheita das hortas escolares, as manipuladoras de alimentos relataram surpresa diante da elevada aceitação das hortaliças pelos estudantes, destacando que "não viam as crianças comendo tantos vegetais". Segundo as profissionais, a participação das crianças no cultivo, na colheita e no preparo das receitas despertou maior curiosidade e interesse pelos alimentos produzidos na horta, favorecendo sua experimentação. Embora não seja possível afirmar mudanças permanentes nos hábitos alimentares, os registros indicam que a integração entre horta escolar e oficina culinária constituiu um importante estímulo inicial para a aceitação de vegetais, evidenciando o potencial dessas estratégias na promoção da alimentação saudável.

Em conjunto, os resultados obtidos nas oficinas realizadas com adultos e crianças evidenciam que as oficinas culinárias, quando utilizadas como estratégia educativa participativa, constitui um importante instrumento para a promoção da alimentação adequada e saudável. Enquanto, entre os adultos, observaram-se o fortalecimento da autonomia culinária, a valorização das preparações caseiras e reflexões sobre a substituição de alimentos ultraprocessados por b) alimentos in natura ou minimamente processados, entre as crianças destacaram-se o aumento da curiosidade, da experimentação e da aceitação de vegetais, especialmente quando integradas às atividades de cultivo nas hortas escolares.

Esses achados demonstram que o envolvimento ativo dos participantes em todas as etapas do processo favorece a construção de conhecimentos significativos e o desenvolvimento de práticas alimentares mais conscientes. Tais evidências corroboram os princípios do Guia Alimentar para a População Brasileira (Brasil, 2014), que reconhece o ato de cozinhar como elemento central da promoção da saúde. Da mesma forma, os resultados convergem com Marinho e Brito (2024), ao evidenciar que práticas culinárias participativas fortalecem processos educativos emancipatórios, e com Noronha et al. (2023), ao indicar que estratégias voltadas ao resgate da culinária e da cultura alimentar representam alternativas concretas para o enfrentamento dos desafios impostos pelo crescente consumo de alimentos ultraprocessados, contribuindo para a promoção de sistemas alimentares mais saudáveis e sustentáveis.

4 CONCLUSÃO

Pode-se concluir que a realização de oficinas culinárias, fundamentadas nas recomendações do Guia Alimentar para a População Brasileira, constitui uma estratégia potente para promover escolhas alimentares mais saudáveis, ao favorecer a autonomia culinária, a valorização do consumo de alimentos in natura e minimamente processados e o fortalecimento do vínculo com o alimento. As experiências relatadas evidenciaram que abordagens participativas e contextualizadas ampliam o engajamento dos participantes, promovem a construção coletiva do conhecimento e contribuem para a promoção da saúde em diferentes públicos e cenários educativos. Nesse sentido, as oficinas culinárias extrapolaram a transmissão de conhecimentos técnicos, constituindo espaços de diálogo e aproximação entre universidade e comunidade, fortalecendo o papel da extensão universitária na promoção da saúde e da segurança alimentar. Como principal aprendizado, a experiência demonstrou que a integração entre cultivo, preparo e consumo dos alimentos potencializa as ações de Educação Alimentar e Nutricional, ao mesmo tempo em que evidencia o desafio de ampliar e manter essas estratégias de forma contínua nos diferentes territórios e instituições.

REFERÊNCIAS

BÓGUS, Cláudia Maria *et al*. Enlaces entre agricultura urbana, promoção da saúde e segurança alimentar e nutricional. *In*: BÓGUS, Cláudia Maria *et al*. **Hortas comunitárias urbanas**: promovendo a saúde e a segurança alimentar e nutricional nas cidades. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 2024. p. 13-25. Disponível em: https://www.saude.sp.gov.br/resources/instituto-desaude/homepage/pdfs/livro-hortasurbanas_digital1.pdf. Acesso em: 7 jan. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia alimentar para a população brasileira**. 2. ed., 1. reimpr. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. 156 p. ISBN 978-85-334-2176-9.

BRASIL. **Lei nº 11.346, de 15 de setembro de 2006**. Dispõe sobre o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – SISAN e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 2006. Disponível em: https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2006/lei-11346-15-setembro2006-545529-publicacaooriginal-58455-pl.html. Acesso em: 21 jan. 2026.

CARON, Daniele *et al*. Cozinhas-Território: espaços de convergência social e comunitária. **Revista da Extensão**, Porto Alegre, p. 34-42, 2024. Disponível em: https://seer.ufrgs.br/index.php/revext/article/view/142828. Acesso em: 7 jan. 2026.

MARINHO, Viviane; SÁ BRITO, Fernanda Ribeiro dos Santos de. Educação alimentar e nutricional como prática emancipatória: por uma práxis popular e engajada. **DEMETRA: Alimentação, Nutrição & Saúde**, Rio de Janeiro, v. 19, e77420, p. 1-15, 2024. DOI: https://doi.org/10.12957/demetra.2024.77420. Disponível em: https://www.e-publicacoes.uerj.br/demetra/article/view/77420. Acesso em: 7 jan. 2026.

NORONHA, G. S. *et al*. (org.). **Alimentação e nutrição no Brasil**: perspectivas na segurança e soberania alimentar. Rio de Janeiro: Edições Livres; Fundação Oswaldo Cruz, 2023. 452 p. ISBN 978-65-87663-09-8. DOI: https://doi.org/10.1590/0102-311XPT126424.

OLIVEIRA, Mariana Fernandes Brito de; CASTRO, Inês Rugani de. Autonomia culinária: um modelo conceitual multinível de culinária doméstica saudável. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 4, e00178221, 2022. DOI: https://doi.org/10.1590/0102-311XPT178221. Disponível em: https://csp.cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/artigo/1722/autonomia-culinaria-um-modelo-conceitual-multinivel-de-culinaria-domestica-saudavel. Acesso em: 7 jan. 2026.

PESQUISAR ONDE SE CUIDA: DESAFIOS DA PRODUÇÃO DE CONHECIMENTO EM TERRITÓRIO RURAL NO CONTEXTO DO PROFSAÚDE

JANAÍNE COELHO GUIMARÃES; HELENA DE OLIVEIRA.

RESUMO

As especificidades geográficas, sociais e laborais das populações rurais influenciam não apenas o acesso e a organização dos serviços de saúde, mas também a realização de pesquisas inseridas nesses cenários. Este trabalho teve como objetivo analisar os desafios encontrados no desenvolvimento de uma pesquisa em saúde realizada na Atenção Primária à Saúde (APS) rural, no contexto do Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE), considerando as implicações das características territoriais, da organização do serviço e da integração entre pesquisa e prática assistencial. Trata-se de estudo descritivo-reflexivo, de abordagem qualitativa, elaborado a partir da experiência de uma pesquisa voltada ao rastreamento do risco para Diabetes Mellitus tipo 2 entre adultos com idade igual ou superior a 35 anos, residentes em uma microárea rural de um município de pequeno porte de Minas Gerais. Os registros e ocorrências do trabalho de campo foram sistematizados por convergência temática e interpretados à luz da literatura. Foram identificados seis eixos inter-relacionados: condições geográficas e deslocamento; localização e participação dos usuários; temporalidades e atividades laborais; atuação da Agente Comunitária de Saúde; articulação entre pesquisa e assistência; e dupla inserção profissional-pesquisadora. Dispersão populacional, distâncias, condições das estradas, períodos chuvosos, ausências e necessidade de reagendamentos interferiram na operacionalização da pesquisa. Em contrapartida, o conhecimento territorial da Agente Comunitária de Saúde, o vínculo longitudinal e a inserção da pesquisadora na equipe favoreceram a aproximação com os participantes e a compreensão das dinâmicas locais, embora essa inserção tenha exigido atenção à delimitação ética entre assistência e investigação. Conclui-se que pesquisas desenvolvidas na APS rural requerem planejamento metodológico sensível às especificidades locais, flexibilidade na condução do trabalho de campo e reconhecimento das potencialidades dos trabalhadores e serviços. A experiência reforça a importância da articulação entre formação, pesquisa e prática profissional para a produção de investigações contextualizadas e comprometidas com as necessidades do Sistema Único de Saúde.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Pesquisa em Serviços de Saúde; Educação de Pós-Graduação.

1 INTRODUÇÃO

Os territórios rurais brasileiros apresentam características sociais, demográficas, geográficas e econômicas que influenciam as condições de vida, o processo saúde-doença e o acesso aos serviços de saúde. A dispersão populacional, as grandes distâncias, as dificuldades de deslocamento e as particularidades dos modos de vida e trabalho diferenciam esses territórios dos contextos predominantemente urbanos e demandam formas de organização da aten-

DOI: 10.51161/iv-conasus/87675

ção capazes de responder às suas especificidades (Franco; Lima; Giovanella, 2021; Almeida et al., 2021).

No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o reconhecimento dessas particularidades encontra respaldo na Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas (PNSIPCFA), orientada para a promoção da equidade, ampliação do acesso e redução dos riscos e agravos relacionados às condições de vida e trabalho dessas populações (Brasil, 2011). Nesse contexto, a Atenção Primária à Saúde (APS), por sua proximidade com os territórios e responsabilidade sanitária sobre populações definidas, ocupa posição estratégica. Entretanto, a presença dos serviços não elimina as desigualdades de acesso, uma vez que condições territoriais, transporte, disponibilidade de profissionais e organização dos processos de trabalho podem comprometer a continuidade e a oportunidade do cuidado em áreas rurais (Franco; Lima; Giovanella, 2021; Almeida et al., 2021; Garnelo et al., 2018).

Essas particularidades também repercutem na produção de conhecimento em saúde. Pesquisas realizadas em territórios rurais requerem estratégias metodológicas sensíveis às condições de acesso, comunicação e disponibilidade dos participantes, assim como às dinâmicas sociais e laborais das comunidades. Nesse contexto, características territoriais não constituem apenas circunstâncias externas à investigação, mas podem interferir diretamente em sua operacionalização, especialmente quando a pesquisa se desenvolve no cotidiano dos serviços de APS.

Os mestrados profissionais constituem espaços privilegiados de aproximação entre produção científica, formação e prática profissional. O Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE), desenvolvido em rede nacional, busca formar profissionais para a produção de conhecimento, gestão e atenção em Saúde da Família, fortalecendo a integração entre instituições formadoras, trabalhadores, serviços e usuários (PROFSAÚDE, [s. d.]). Essa perspectiva favorece a investigação de problemas identificados no cotidiano do SUS e a produção de conhecimentos vinculados aos contextos em que são desenvolvidos.

Quando esse processo formativo ocorre em territórios rurais, a relação entre pesquisa e serviço assume contornos particulares. O pesquisador que também integra a equipe de saúde vivencia simultaneamente as demandas assistenciais e as exigências metodológicas e éticas da investigação. O campo de pesquisa passa, assim, a ser compreendido como um território vivo, no qual produção de conhecimento, relações de cuidado e dinâmica dos serviços se encontram.

Diante desse cenário, analisar experiências de pesquisa desenvolvidas na APS rural pode contribuir para compreender os desafios e as potencialidades da produção de conhecimento nesses contextos. Assim, este trabalho tem como objetivo analisar os desafios encontrados no desenvolvimento de uma pesquisa em saúde realizada em território rural da APS, no contexto do PROFSAÚDE, considerando as implicações das características territoriais, da organização do serviço e da integração entre pesquisa e prática assistencial para a produção de conhecimento no SUS.

2 MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de estudo descritivo-reflexivo, de abordagem qualitativa, elaborado a partir da experiência de desenvolvimento de uma pesquisa vinculada ao PROFSAÚDE, realizada na APS em território rural de um município de pequeno porte de Minas Gerais. A análise focalizou o percurso do trabalho de campo e os aspectos territoriais, logísticos, assistenciais e relacionais envolvidos em sua execução.

A experiência ocorreu durante pesquisa voltada ao rastreamento do risco para Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) entre adultos residentes em área rural e acompanhados por uma equipe

da Estratégia Saúde da Família (ESF). O território caracteriza-se por ampla extensão geográfica, dispersão populacional e comunidades distribuídas em diferentes localidades.

A pesquisa de origem incluiu indivíduos com idade igual ou superior a 35 anos, cadastrados em uma microárea rural da ESF e sem diagnóstico prévio de DM registrado em prontuário. A identificação dos potenciais participantes ocorreu a partir dos registros do sistema de informação da APS e do reconhecimento territorial realizado com a equipe de saúde, especialmente com a Agente Comunitária de Saúde (ACS) responsável pela microárea.

A coleta de dados ocorreu ao longo de seis meses e envolveu instrumento estruturado para caracterização sociodemográfica e identificação de fatores de risco para DM2, Finnish Diabetes Risk Score (FINDRISC), avaliação de parâmetros clínicos, histórico familiar e exames relacionados ao rastreamento da doença, conforme protocolo da pesquisa. As atividades foram articuladas à rotina da unidade e às possibilidades de acesso dos participantes.

Para o presente estudo, foram retomados e sistematizados os registros e as ocorrências relacionados à realização do trabalho de campo, juntamente com a experiência da pesquisadora como profissional da equipe responsável pelo território. A análise foi descritiva e reflexiva, mediante agrupamento dos elementos identificados por convergência temática. A partir desse processo, foram constituídos seis eixos relacionados às dimensões territoriais, à participação dos usuários, às dinâmicas laborais, à atuação da ACS, à articulação entre pesquisa e assistência e à dupla inserção profissional-pesquisadora.

Os eixos foram interpretados à luz da literatura sobre saúde rural, territorialização, APS e integração ensino-serviço-pesquisa, buscando compreender as relações entre as características do território, a operacionalização da investigação e a produção de conhecimento vinculada à prática profissional.

A pesquisa que originou esta reflexão foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora, sob Parecer Consubstanciado nº 7.878.452, com posterior aprovação de emenda ao protocolo pelo Parecer nº 8.056.594. Todos os participantes receberam esclarecimentos sobre os objetivos e procedimentos do estudo e formalizaram sua participação mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A realização da pesquisa no território rural evidenciou que sua operacionalização não se restringiu às etapas previamente estabelecidas no protocolo, demandando adequações às características do território, às condições de participação dos usuários e à dinâmica assistencial da equipe. A análise permitiu sistematizar seis eixos inter-relacionados: condições geográficas e deslocamento; localização e participação dos usuários; temporalidades e atividades laborais; atuação da ACS; articulação entre pesquisa e assistência; e dupla inserção profissional-pesquisadora. A Tabela 1 sintetiza os desafios identificados, suas repercussões e as estratégias adotadas durante o trabalho de campo.

DOI: 10.51161/iv-conasus/87675

Tabela 1 – Síntese dos desafios identificados durante a realização da pesquisa em território rural

Eixo	Desafio identificado	Repercussão	Estratégia adotada
Território e deslocamento	Dispersão geográfica, distâncias, estradas e períodos chuvosos	Dificuldades de acesso e deslocamento	Adequação das atividades às condições territoriais
Participação dos usuários	Dificuldade de localização, ausências e reagendamentos	Necessidade de novas tentativas de contato	Busca ativa e reorganização dos encontros
Trabalho e temporalidade rural	Trabalho fora da localidade e indisponibilidade nos horários previstos	Dificuldade de compatibilização com a coleta	Flexibilização de horários e reagendamentos
Participação do ACS	Necessidade de reconhecimento das dinâmicas locais	Importância do conhecimento territorial para localização e contato	Articulação com o ACS da microárea
Pesquisa e assistência	Investigação concomitante às atividades da APS	Conciliação entre assistência e procedimentos da pesquisa	Articulação da coleta ao processo de trabalho
Profissional-pesquisadora	Pesquisadora como médica da equipe	Vínculo e conhecimento do território associados à delimitação entre assistência e pesquisa	Observância dos procedimentos éticos

Fonte: elaboração própria (2026).

O território como componente do percurso metodológico

A dispersão dos domicílios, as distâncias entre localidades, as condições das vias rurais e os períodos chuvosos interferiram na organização do trabalho de campo, evidenciando o território não apenas como cenário da investigação, mas como componente de sua operacionalização.

Esse achado converge com estudos sobre a APS rural. Fausto et al. (2023) destacam que comunidades dispersas em grandes extensões, longas distâncias e isolamento populacional condicionam a organização dos serviços. No Norte de Minas Gerais, Almeida et al. (2021) também identificaram a influência das características socioespaciais no acesso e na organização da APS. Embora direcionados à assistência, esses achados dialogam com a experiência analisada ao demonstrarem como as características territoriais repercutem sobre as possibilidades concretas de acesso.

No contexto da pesquisa, essas condições indicam que aspectos relacionados ao deslocamento e à acessibilidade precisam ser incorporados ao planejamento metodológico, considerando seus efeitos sobre recrutamento, cronograma e organização da coleta.

Participação, trabalho e temporalidades da população rural

A participação dos usuários foi atravessada pelas dinâmicas de vida e trabalho próprias do território. Parte dos potenciais participantes trabalhava fora da comunidade ou permanecia ausente em determinados períodos, enquanto outros não compareciam às avaliações agendadas, demandando novas tentativas de contato e reorganização dos encontros ao longo da coleta.

Essas situações não devem ser interpretadas exclusivamente como baixa adesão. Estudos com populações rurais brasileiras demonstram que barreiras geográficas e disponibilidade de transporte permanecem relevantes mesmo em contextos de elevada cobertura pela ESF, indicando que cobertura formal não corresponde necessariamente à possibilidade concreta de utilização dos serviços (Garnelo et al., 2018). De forma semelhante, estudo sobre participação em pesquisas em saúde identificou localização inconveniente dos locais de pesquisa, acesso limitado ao transporte e restrições relacionadas ao tempo e ao trabalho entre as principais barreiras relatadas pelos participantes (McCormick et al., 2026).

Nesse cenário, a flexibilidade temporal constituiu elemento importante para a viabilidade do trabalho de campo. O período de seis meses permitiu acomodar ausências, reagendamentos e diferentes disponibilidades dos participantes, evidenciando a necessidade de cronogramas compatíveis com as dinâmicas locais.

A Agente Comunitária de Saúde como mediadora entre pesquisa e território

A ACS desempenhou papel relevante na identificação e aproximação dos participantes por seu conhecimento sobre a localização das famílias, os deslocamentos e as rotinas da comunidade. Em territórios rurais, onde endereços formais e recursos tecnológicos nem sempre são suficientes para localizar usuários, esse conhecimento assume especial importância. Estudos em municípios rurais remotos apontam a atuação ampliada desses profissionais na articulação entre serviços, equipes e comunidades (Almeida et al., 2021).

Essa experiência evidencia que pesquisas inseridas na APS podem se beneficiar do conhecimento territorial dos trabalhadores, para além dos instrumentos formais de recrutamento. A literatura sobre pesquisa em comunidades rurais também destaca o engajamento de atores locais como estratégia capaz de favorecer recrutamento, participação e construção de confiança entre pesquisadores e comunidade (Brockman et al., 2023).

Entretanto, a participação de profissionais que possuem vínculo prévio com a população exige atenção aos aspectos éticos da investigação, de modo a preservar a autonomia dos participantes e evitar que a relação estabelecida com a equipe de saúde seja interpretada como obrigação de participar.

Pesquisa, assistência e dupla inserção profissional-pesquisadora

A investigação ocorreu no mesmo território em que se desenvolve o cuidado longitudinal, exigindo compatibilização entre procedimentos da pesquisa, demandas assistenciais e responsabilidades da equipe. Essa proximidade, por outro lado, favoreceu a compreensão das dinâmicas locais e ampliou as possibilidades de integração entre o conhecimento produzido e o cuidado desenvolvido no serviço.

A interface entre investigação e assistência tornou-se particularmente relevante quando o rastreamento identificou alterações que demandavam avaliação clínica. Nesses casos, os achados foram direcionados ao acompanhamento assistencial, respeitando o protocolo da pesquisa e o consentimento dos participantes.

A condição da pesquisadora como médica da equipe representou, simultaneamente, potencialidade e desafio. O conhecimento do território, a longitudinalidade e o vínculo com a comunidade favoreceram a condução e a compreensão do campo, ao mesmo tempo em que exigiram delimitação entre a relação assistencial e a participação na pesquisa, com atenção à autonomia, à confidencialidade e ao consentimento.

Essa dupla inserção evidencia uma particularidade das pesquisas desenvolvidas no âmbito dos mestrados profissionais: a proximidade entre o problema investigado e o contexto de atuação do pesquisador. No PROFSAÚDE, essa relação aproxima formação, investigação

e serviço, ao possibilitar que questões originadas no cotidiano da APS sejam analisadas de forma sistematizada e contextualizada.

4 CONCLUSÃO

A experiência demonstrou que a realização de pesquisas na APS rural requer planejamento metodológico capaz de incorporar as particularidades do território e as dinâmicas de vida, trabalho e cuidado da população. Mais do que obstáculos à execução de um protocolo previamente definido, esses elementos constituíram dimensões do próprio percurso investigativo, exigindo flexibilidade e adequações ao longo do trabalho de campo.

A inserção da pesquisa no cotidiano da APS revelou, também, potencialidades relacionadas ao conhecimento territorial, à atuação da ACS e ao vínculo estabelecido entre equipe e comunidade. Nesse contexto, a dupla condição profissional-pesquisadora favoreceu a compreensão da realidade investigada, mas demandou atenção permanente aos limites entre assistência e pesquisa e à preservação da autonomia dos participantes.

No âmbito do PROFSAÚDE, o percurso realizado evidencia a contribuição dos mestrados profissionais para aproximar formação, pesquisa e serviço, possibilitando que questões emergentes da prática sejam investigadas a partir das realidades em que se produzem o cuidado. Como limitações, destacam-se o caráter descritivo-reflexivo do estudo, sua realização em uma única microárea rural e a utilização de registros produzidos originalmente no contexto de outra investigação, o que restringe a generalização dos achados.

Estudos futuros podem ampliar a análise para diferentes territórios rurais e contextos de APS, permitindo identificar desafios compartilhados e especificidades locais. A sistematização dessas experiências pode contribuir para o desenvolvimento de estratégias metodológicas mais adequadas à pesquisa em contextos rurais e para a produção de conhecimento comprometido com as necessidades dos territórios e do SUS.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Patty Fidelis de; SANTOS, Adriano Maia dos; CABRAL, Lucas Manoel da Silva; FAUSTO, Márcia Cristina Rodrigues. Contexto e organização da atenção primária à saúde em municípios rurais remotos no Norte de Minas Gerais, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 37, n. 11, e00255020, 2021. DOI: 10.1590/0102-311X00255020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.866, de 2 de dezembro de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011.

BROCKMAN, Tabetha A. et al. Community engagement strategies to promote recruitment and participation in clinical research among rural communities: a narrative review. *Journal of Clinical and Translational Science*, v. 7, n. 1, e84, 2023. DOI: 10.1017/cts.2023.16.

FAUSTO, Márcia Cristina Rodrigues et al. Atenção Primária à Saúde em municípios rurais remotos brasileiros: contexto, organização e acesso à atenção integral no Sistema Único de Saúde. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 32, n. 1, e220382pt, 2023. DOI: 10.1590/S0104-12902023220382pt.

FRANCO, Cassiano Mendes; LIMA, Juliana Gagno; GIOVANELLA, Lígia. Atenção primária à saúde em áreas rurais: acesso, organização e força de trabalho em saúde em revisão

integrativa de literatura. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 37, n. 7, e00310520, 2021. DOI: 10.1590/0102-311X00310520.

GARNELO, Luiza et al. Acesso e cobertura da Atenção Primária à Saúde para populações rurais e urbanas na região norte do Brasil. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 42, n. esp. 1, p. 81-99, 2018. DOI: 10.1590/0103-11042018S106.

MCCORMICK, Jennifer B. et al. Perceptions of health research participation in rural and urban Pennsylvanians. *Journal of Clinical and Translational Science*, v. 10, n. 1, e72, 2026. DOI: 10.1017/cts.2026.10718.

PROFSAÚDE. **Mestrado Profissional em Saúde da Família: objetivos**. [S. l.]: PROFSAÚDE, [s. d.].

INTERVENÇÃO FARMACÊUTICA NA ORGANIZAÇÃO DA TERAPIA MEDICAMENTOSAPARA PROMOÇÃO DA ADESÃO AO TRATAMENTO NO SERVIÇO DE ATENÇÃODOMICILIAR (SAD) DO SUS

ANA FLÁVIA FERRAZ DE SÁ; LARISSA HELENA SILVA PAZ FREITAS; VALTENIR XAVIER DOS SANTOS; CARMEN LUCIA DA SILVA VIEGAS; LUCAS FERNANDO T OLIVEIRA

Introdução: A adesão à farmacoterapia é um grande desafio para pacientes atendidos pelo Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), que costumam lidar com doenças crônicas e polifarmácia. Dificuldades na organização dos remédios causam esquecimentos e erros de administração, tornando essencial a atuação farmacêutica para promover a segurança do paciente e o uso racional de medicamentos no SUS. **Objetivo:** Relatar a implantação de uma estratégia de organização individualizada da terapia medicamentosa para favorecer a adesão ao tratamento de pacientes no SAD do Hospital Maria Lucinda. **Relato de Experiência:** A intervenção foi feita com dez pacientes acompanhados pelo SAD Recife/Hospital Maria Lucinda que tinham dificuldades na administração de suas medicações. Após a análise das prescrições, os remédios foram separados em embalagens específicas por período de uso (manhã, tarde, noite, etc.), devidamente identificadas com nome do paciente, medicamento, dose e horário. Adicionalmente, realizou-se uma ação de educação permanente direcionada à equipe multiprofissional sobre uso racional de medicamentos, segurança e o papel do farmacêutico no cuidado domiciliar. **Discussão:** A organização individualizou o tratamento de forma simples e viável, auxiliando cuidadores e pacientes no cumprimento dos horários corretos. Além de destacar a relevância do farmacêutico na remoção de barreiras à adesão, o treinamento da equipe multiprofissional fortaleceu a integração entre os profissionais e elevou a qualidade da assistência. **Conclusão:** Trata-se de uma estratégia prática, de baixo custo e fácil integração na rotina do SAD. Ela previne falhas de administração, aumenta a adesão terapêutica e reforça o valor do farmacêutico e do cuidado integrado dentro da rede do SUS.

Palavras-chave: **ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA; ATENÇÃO DOMICILIAR; ADESÃO AO TRATAMENTO**

DOI: 10.51161/iv-conasus/87681

PRINCÍPIO DE EQUIDADE NO SUS: UM PROJETO EM CONSTRUÇÃO

LETÍCIA SCHMOLLER TAMANINI; HUGO FAGUNDES BARBOSA; RAFAELA SCHMITZ TEIXEIRA; VITÓRIA CHAMERA

Introdução: A igualdade e a equidade erroneamente são percebidas como sinônimos, apesar dos significados diferentes ambos têm por objetivo promover justiça social. A igualdade visa a tratar todos indivíduos de maneira homogênea, todavia, nota-se insuficiente, uma vez que o Brasil é um país heterogêneo, que possui, historicamente, grupos marginalizados. Por vez, equidade, princípio fundamental do Sistema Único de Saúde, busca uma distribuição equitativa para cada cidadão, priorizando suas necessidades e dificuldades ao acesso de direitos fundamentais para a dignidade humana. **Objetivo:** Promover um olhar crítico e sensível para as vulnerabilidades sociais e suas consequências para o acesso à equidade na saúde. Além de compreender o papel da Atenção Primária à Saúde (APS), das Redes de Atenção à Saúde (RAS), do financiamento do SUS e da participação popular. **Metodologia:** Revisão bibliográfica com artigos publicados no: SciELO e repositório.usp.br. Buscando leituras com relevância acadêmica. Foram selecionados artigos dos últimos 10 anos e como critério de exclusão, foram retirados os que não estavam no período de tempo estabelecido. **Resultados:** Foi possível compreensão do SUS como um projeto social em construção, sendo a APS sua porta de entrada que assegura continuidade do cuidado e melhoria na integração com a RAS, ademais destacou-se o trabalho das ESF para fortalecer a equidade e maior vínculo com a comunidade. Ficou evidente o descaso nos investimentos no SUS pois, persiste uma insuficiência no direcionamento de políticas e ações, de modo a atender as demandas de cada indivíduo. É notório a participação popular ativa para identificação das demandas do território e melhor adesão dos programas. Outrossim, a pandemia de COVID-19 expôs uma correlação entre vulnerabilidade social e acesso à saúde, visto que países mais vulneráveis encontram maiores entraves para obter assistência médica e vacinação. **Conclusão:** Conclui-se que cabe ao SUS não apenas promover acesso universal ao serviços de saúde, mas também garantir que esse acesso ocorra de forma equitativa, para minimizar desigualdades historicamente construídas. Para que esse princípio seja concretizado, é fundamental que os governos invistam em políticas públicas capazes de assegurar o acesso e a utilização equitativa dos serviços de saúde por toda a população.

Palavras-chave: **ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE; EQUIDADE; VULNERABILIDADES**

DOI: 10.51161/iv-conasus/87684

GRUPO DE GESTANTES NA ATENÇÃO BÁSICA: UM ESPAÇO DE ACOLHIMENTO, ESCLARECIMENTOS E TROCAS.

BÁRBARA CLEONICE MACHADO SILVA; CAMILA COELHO MASCARENHAS DE SOUZA; JESICA TATIANA PONCE; LANDINEIDY CRISTINA DE FARIAS CORREIA; MARIANA OLIVEIRA LEITE; MILENE BARBOSA RAMOS; THIAGO CONCEIÇÃO DA SILVA SANTANA

Introdução: A criação de Grupo de Gestante na Unidade de Saúde da Família é uma forma de possibilitar que gestantes, de diferentes períodos gestacionais, possam se encontrar, sob a tutela de um acompanhamento transdisciplinar dos profissionais de saúde do local, obtendo o acolhimento necessário, mas também, realizando trocas de experiências e possibilitando a construção de conhecimento. **Objetivo:** Proporcionar um ambiente de conforto emocional, onde as participantes possam trocar experiências; Desenvolver atividades teórico-práticas onde os conhecimentos acerca do período gestacional, do parto e pós-parto possam ser construídos e aprofundados; Possibilitar um estreitamento de vínculo com a equipe de saúde. **Relato de experiência: F**oi possível perceber, que apesar de simples na ideia, a implementação perpassa por alguns pontos de complexidade, que podem impactar na aderência das pacientes e que necessitam de expertise da equipe de saúde para contorná-los. Com o “obstáculo” do horário em mente, a equipe optou por estabelecer que os encontros ocorreriam de forma mensal, na última quinta-feira do mês, para facilitar a programação, e estabeleceu a estratégia de marcar consultas pré-natais no mesmo dia do grupo, para que as pacientes pudessem otimizar seu deslocamento e participar das duas atividades. Sobre o público a compor o grupo, foi estabelecido que, à exceção de momentos específicos, as gestantes deveriam comparecer sem acompanhantes, para que se sentissem mais à vontade para externar seus pensamentos, o que se mostrou muito assertivo, diante dos encontros vivenciados, visto que, por mais que a maternidade seja socialmente romantizada, não é o desejo de muitas pessoas que acabam engravidando, ou ao menos, não quando ocorreu. As temáticas a serem trabalhadas partiam de um levantamento da equipe de saúde a partir de observações e dos questionamentos levantados durante as consultas, sempre planejadas de forma a produzir mais do que uma roda de conversa, mas também atividades práticas, onde as gestantes pudessem atuar ativamente na construção do seu conhecimento. Conclusão: Com o tempo, apesar da adesão aquém do planejado, foi possível perceber que as gestantes participantes do grupo se encontravam mais conscientes das alterações trazidas pela gravidez e menos ansiosas para os momentos vindouros.

Palavras-chave: **GESTANTE; ATENÇÃO BÁSICA; EDUCAÇÃO EM SAÚDE**

DOI: 10.51161/iv-conasus/87685

CRISE DE IMUNIZAÇÃO E A REEMERGÊNCIA DE DOENÇAS PREVENÍVEIS NO BRASIL: UM DIAGNÓSTICO CRÍTICO PARA O FORTALECIMENTO DO SUS

HÁRYAN ALVES

Introdução: A vacinação é o pilar fundamental da segurança sanitária e da redução da morbimortalidade no Brasil. Contudo, o declínio progressivo nas coberturas vacinais observado nos últimos anos tem despertado preocupação quanto à manutenção do controle de doenças previamente eliminadas ou controladas no território nacional, ocasionando um desafio à integridade do Programa Nacional de Imunizações (PNI). **Objetivo:** Este estudo teve como objetivo analisar os determinantes multicausais da queda nas taxas de imunização e as implicações epidemiológicas para a reemergência de doenças imunopreveníveis no território brasileiro. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão bibliográfica, realizada mediante buscas sistemáticas nas bases PubMed, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Foram utilizados descritores relacionados à vacinação, cobertura vacinal, imunização, doenças imunopreveníveis e Sistema Único de Saúde, combinados por operadores booleanos. Foram consideradas publicações pertinentes ao contexto brasileiro e ao objetivo do estudo. **Resultados:** Os resultados evidenciaram que a redução das coberturas vacinais apresenta caráter multifatorial, envolvendo hesitação vacinal, circulação de desinformação (infodemia), percepção reduzida do risco das doenças pela população, dificuldades de acesso aos serviços e barreiras relacionadas à organização das ações de imunização. Esse cenário pode comprometer a proteção coletiva e favorecer a ocorrência de surtos e a reemergência de doenças imunopreveníveis, especialmente em populações com menor cobertura. Destaca-se a importância da atuação dos profissionais de saúde na educação da população, no enfrentamento da desinformação, na busca ativa de pessoas não vacinadas e na ampliação do acesso às ações de imunização. **Conclusão:** O estudo aponta que a manutenção de elevadas coberturas vacinais permanece essencial para a prevenção da reemergência de doenças imunopreveníveis. O fortalecimento das ações do Programa Nacional de Imunizações, associado à comunicação qualificada, à educação em saúde e à ampliação do acesso, é fundamental para a proteção coletiva e a consolidação das ações do SUS.

Palavras-chave: **COBERTURA VACINAL; DOENÇAS IMUNOPREVENÍVEIS; IMUNIZAÇÃO**

DOI: 10.51161/iv-conasus/87686

LESÕES CUTÂNEAS EM PACIENTES DIABÉTICOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

DEOLANE ANTUNES; JANETE GUIMARAES BARCELOS; LETÍCIA DUARTE MASCARENHAS; LETÍCIA LARA DINIZ

Introdução:O Diabetes Mellitus (DM) é um distúrbio metabólico e multissistêmico. É dividido em DM tipo I e DM tipo II. O DM tipo I é causado pela eliminação das células pancreáticas que produzem insulina. Já a DM tipo II é causada pela insuficiência pancreática de produção de insulina. O DM se relaciona com múltiplas manifestações dermatológicas. É considerada a terceira maior causa de morte no Brasil e a sétima em anos de vida perdidos em incapacidade. **Objetivo:** Identificar e descrever as principais lesões cutâneas que podem acometer o portador da DM. **Método:**A atual pesquisa é caracterizada como uma revisão integrativa que visa melhor compreensão do tema. É um método que se concentra em reunir e resumir resultados encontrados em pesquisas dentro de um determinado assunto, buscando sistematizar, ordenar e integrar as informações.Epatas para elaboração da revisão integrativa: identificação do problema, contrução de uma questão norteadora, critérios de inclusão e exclusão, critérios de exclusão, apresentação dos resultados e conclusão. Foi utilizada a estratégia PICO. No processo de seleção dos estudos, escolheu-se as plataformas BVS, Medline e LILACS. **Resultado:**A partir dos artigos analisados o presente estudo identificou e descreveu as principais lesões cutâneas que podem acometer o portador da DM. Na esfera das manifestações ocasionadas pela DM, indica que, comumente, o fenômeno ocorre por conta de complicações dos capilares.Verificou-se que as principais manifestações são a acantose nigricans, dermopatia diabética, bolhoses diabéticas, distúrbios esclerodermiformes, necrobiosis lipoidica, síndrome do pé diabético e pele grossa. Percebeu-se, ainda, que a atenção primária procura auxiliar aos pacientes com diabetes por meio de diferentes ações que vão desde o atendimento até estratégias de prevenção e acesso à informação. **Conclusão:**O presente artigo identificou as principais manifestações das lesões cutâneas na DM. De acordo com o estudo há incidência maior entre determinadas condições do que em outras, mas que em todos os casos, demanda-se acompanhamento próximo. Vale ressaltar que a atenção primária procura auxiliar aos pacientes de diabetes por meio de diferentes ações que visam a promoção, prevenção e tratamento desses indivíduos, buscando assim um cuidado integral e um planejamento de intervenções de cuidado necessárias.

Palavras-chave: **ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE; DIABETES MELLITUS.; LESÕES CUTÂNEAS.**

DOI: 10.51161/iv-conasus/87689

QUEDA NA COBERTURA VACINAL CONTRA O SARAMPO NO BRASIL E SEUS DESDOBRAMENTOS NA SAÚDE PÚBLICA

JULIA NASCIMENTO FLORES; ALINE EVANGELISTA DE ALMEIDA; LEONARDO ALVES REZENDE; JULIANA MARIOTI; JULIANA CALLEGARIS GOMES; MARIANA APARECIDA CHAGAS; MELISSA PAES LEME ALBERTO OLIVEIRA SILVA

Introdução: O sarampo é uma doença grave, infecciosa e prevenível através da imunização. Em 2016 o Brasil recebeu a certificação da Organização Pan-Americana de Saúde em relação à eliminação da doença. Porém a partir de 2018 houve uma queda na cobertura vacinal, que culminou no reaparecimento do sarampo e novos surtos no Brasil. Este cenário foi agravado pela propagação da desinformação e pelos impactos da pandemia da COVID-19, colocando em risco a imunidade coletiva da população. **Objetivo:** Analisar os fatores associados à queda da cobertura vacinal e seus desdobramentos para a saúde pública no Brasil. **Metodologia:** Estudo descritivo do tipo revisão integrativa da literatura. A coleta de dados abrangeu artigos científicos e documentos epidemiológicos focados na cobertura da vacina tríplice viral e nos surtos de sarampo no Brasil. Foram incluídos estudos que abordavam as causas da hesitação vacinal, barreiras de acesso e os desdobramentos assistenciais e econômicos para a saúde pública. **Resultados:** A análise da literatura evidencia uma acentuada redução na cobertura vacinal contra o sarampo, que permaneceu abaixo da meta preconizada pela Organização Mundial da Saúde de 95%. Está queda resulta de um cenário multifatorial que envolve a falsa sensação de segurança da população, a disseminação da desinformação (fake News), dificuldades de acesso aos serviços de saúde e a interrupção de rotinas em crises globais. Como desdobramento para a saúde pública, a perda da imunidade de rebanho acarretou a reemergência da doença e surtos graves, a perda do certificado de eliminação do sarampo pelo país em 2019 e o aumento das hospitalizações e da morbimortalidade infantil, gerando sobrecarga ao SUS e exigindo o urgente fortalecimento das estratégias do Programa Nacional de Vacinação PNI. A desinformação e a diminuição da cobertura vacinal também podem aumentar a demanda por atendimento de maior complexidade, elevando os custos relacionados ao manejo de casos e complicações evitáveis. **Conclusão:** A queda da cobertura vacinal do sarampo no Brasil decorre da desinformação, da baixa percepção de risco e de barreiras de acesso ao SUS. Esse cenário provocou graves surtos, aumento da morbimortalidade infantil e a perda do certificado de eliminação da doença.

Palavras-chave: **COBERTURA VACINAL; PROGRAMAS DE IMUNIZAÇÃO; SARAMPO**

DOI: 10.51161/iv-conasus/87690

ACESSO E EQUIDADE NA ATENÇÃO À SAÚDE MATERNA DE MULHERES INDÍGENAS NA AMAZÔNIA: REVISÃO INTEGRATIVA

ALESY DOS SANTOS RIBEIRO; NANY SEVALHO AZUELLO; ELINE ARAUJO DE OLIVEIRA; FLAVIA MAIA TRINDADE; ADRIANA RAQUEL NUNES DE SOUZA; ADERLAINE DA SILVA SABINO; DIORGES BOONE DA SILVA

Introdução: A atenção à saúde materna de mulheres indígenas constitui importante desafio para a efetivação dos princípios de universalidade, integralidade e equidade do Sistema Único de Saúde. Na Amazônia, particularidades territoriais, socioculturais e organizacionais podem repercutir no acesso, na continuidade e na adequação da assistência durante a gestação, parto e puerpério, evidenciando a necessidade de estratégias de cuidado sensíveis às especificidades dos povos indígenas. **Objetivo:** Analisar as evidências científicas acerca das barreiras e estratégias relacionadas ao acesso e à equidade na atenção à saúde materna de mulheres indígenas no contexto amazônico. **Metodologia:** Revisão integrativa da literatura realizada a partir de buscas nas bases MEDLINE/PubMed, LILACS/BVS e SciELO, contemplando publicações entre 2019 e 2026, nos idiomas português, inglês e espanhol. Foram utilizados descritores relacionados à saúde materna, saúde de populações indígenas, assistência pré-natal, acesso aos serviços de saúde, equidade e Amazônia. Incluíram-se estudos primários relacionados à atenção à mulher indígena durante o ciclo gravídico-puerperal no contexto amazônico ou da Amazônia Legal. Excluíram-se estudos secundários, teórico-reflexivos, duplicados e pesquisas não relacionadas ao recorte territorial estabelecido. Após aplicação dos critérios de elegibilidade, cinco estudos compuseram a amostra final. **Resultados:** A análise evidenciou desigualdades no acesso e na continuidade da atenção materna, com fragilidades relacionadas ao acompanhamento pré-natal e à organização dos serviços. Identificaram-se ainda barreiras territoriais, linguísticas e socioculturais, além da necessidade de maior articulação entre o modelo assistencial e as práticas, crenças e saberes tradicionais indígenas. Entre as estratégias para qualificação da assistência destacaram-se o fortalecimento das equipes de saúde indígena, a valorização da interculturalidade, a qualificação profissional, o cuidado culturalmente sensível e a incorporação de tecnologias capazes de ampliar a resolutividade da atenção em territórios indígenas. **Conclusão:** Persistem desigualdades que dificultam a efetivação do acesso equitativo à saúde materna de mulheres indígenas na Amazônia. A superação dessas barreiras requer estratégias territorializadas e culturalmente sensíveis, articuladas aos saberes tradicionais e à organização do SUS, fortalecendo a integralidade, a equidade e a qualidade da atenção durante o ciclo gravídico-puerperal.

Palavras-chave: **SAÚDE DE POPULAÇÕES INDÍGENAS; SAÚDE MATERNA; EQUIDADE EM SAÚDE**

DOI: 10.51161/iv-conasus/87691

SEGURANÇA E PRÁTICA CLÍNICA: O PROTAGONISMO DA ENFERMAGEM NA IMPLANTAÇÃO DO NIRSEVIMABE EM UMA MATERNIDADE PÚBLICA NO AMAPÁ – RELATO DE EXPERIÊNCIA

MICHELLY DA COSTA CAVALCANTE MUNIZ; PATRÍCIA RODRIGUES DA SILVA ; LEONARDO NUNES PEREIRA; GABRIEL DE LUCAS MIRA DA CRUZ; ANALU CARVALHO DE LAVOR; LUZILENA DE SOUSA PRUDÊNCIO

RESUMO:

O Vírus Sincicial Respiratório (VSR) constitui uma das principais causas de morbidade, gravidade e hospitalização em neonatos prematuros, exigindo estratégias de prevenção altamente eficazes na rotina hospitalar. Este relato de experiência descreve a atuação direta e o protagonismo da enfermagem na coordenação, planejamento estratégico e implantação do protocolo de administração do anticorpo monoclonal Nirsevimabe em uma maternidade de Alto Risco no norte do Brasil, instituição pública de referência no estado do Amapá. A vivência metodológica concentrou-se na sistematização rigorosa dos processos de trabalho, englobando desde a estruturação de fluxos operacionais específicos e seguros até a capacitação contínua da equipe multiprofissional, visando garantir a excelência no manejo clínico do imunobiológico. O enfermeiro assumiu a liderança técnica desta inovação assistencial, articulando soluções dinâmicas para superar barreiras logísticas regionais e assegurando a adesão estrita ao protocolo direcionado a prematuros de até 36 semanas e 6 dias de gestação. A experiência demonstrou que o protagonismo da enfermagem é fator determinante para o êxito de políticas públicas de imunização em contextos amazônicos complexos e a garantia de uma assistência qualificada. Ademais, o monitoramento contínuo dos indicadores de cobertura evidenciou o impacto positivo dessa intervenção na redução de complicações respiratórias. Os resultados qualitativos e operacionais apontam para um avanço expressivo na proteção neonatal antecipada, consolidando a gestão de processos, a articulação interprofissional e a educação em saúde voltada aos familiares como pilares fundamentais. Conclui-se que a autonomia da enfermagem fortalece a assistência humanizada, qualifica a rede de atenção e assegura a introdução efetiva de novas tecnologias preventivas em saúde pública.

PALAVRAS-CHAVE: imunização, prematuros, vírus sincicial respiratório,

1. INTRODUÇÃO:

As infecções do trato respiratório inferior representam um desafio crítico para a saúde pública global, figurando entre as principais causas de morbidade e mortalidade infantil. Nesse cenário, o Vírus Sincicial Respiratório (VSR) — um vírus de RNA da família *Pneumoviridae* — destaca-se como o agente etiológico predominante em crianças menores de dois anos de idade (Gasthi, 2024). Dada a elevada carga assistencial gerada por esse patógeno, especialmente durante os períodos sazonais, estratégias de prevenção e intervenção precoce tornam-se imperativas para a preservação da saúde infantil.

DOI: 10.51161/iv-conasus/87694

Nesse contexto, o Nirsevimabe, um anticorpo monoclonal de imunoglobulina humana G1, emerge como uma tecnologia de imunização passiva com potencial para conferir proteção imediata contra o VSR. Reconhecendo seu impacto, o Ministério da Saúde incorporou o Nirsevimabe ao Programa Nacional de Imunizações (PNI) do Sistema Único de Saúde (SUS), visando proteger populações de maior vulnerabilidade, como prematuros e lactentes com comorbidades específicas (Brasil, 2026).

O Nirsevimabe sucede o Palivizumabe, tecnologia anterior que, embora tenha representado um avanço significativo desde sua incorporação ao SUS em 2012, apresentava limitações logísticas e operacionais(Brasil, 2026). Enquanto o esquema anterior demandava até cinco doses mensais, calculadas conforme o peso do neonato, o Nirsevimabe otimiza a profilaxia, ampliando o alcance para prematuros de até 36 semanas e 6 dias de gestação, além de contemplar um espectro mais amplo de comorbidades (São Paulo, 2026).

Conforme as diretrizes ministeriais, que vedam a intercambialidade entre os imunobiológicos na mesma temporada, a Maternidade no Amapá, referência em alto risco, iniciou a implantação desta nova tecnologia. O presente relato de experiência tem como objetivo demonstrar o protagonismo da enfermagem na organização, definição de fluxos e operacionalização desta estratégia de imunização em uma maternidade na Amazônia Brasileira, evidenciando os desafios e o êxito da assistência na implementação de inovações tecnológicas.

2. RELATO DE EXPERIÊNCIA:

Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa, delineado na modalidade de relato de experiência. O estudo retrata o processo de planejamento, implantação e operacionalização da estratégia de imunização passiva com o anticorpo monoclonal Nirsevimabe em uma maternidade pública de referência em gestação de alto risco na região Norte do Brasil. A instituição destaca-se como polo de assistência materno-infantil de alta complexidade, prestando cobertura não apenas à demanda estadual, mas também acolhendo usuárias oriundas de municípios vizinhos e de localidades insulares adjacentes do estado do Pará, em virtude da localização estratégica e da adscrição de fluxos da rede de atenção à saúde. A vivência institucional ocorreu no período compreendido entre fevereiro e maio de 2026, englobando as etapas de alinhamento técnico, construção participativa de fluxos, capacitação de equipes, adaptação logística e monitoramento dos indicadores de cobertura.

A fase inicial da implantação exigiu a elaboração de instrumentos normativos e operacionais para subsidiar a prática assistencial. Foram desenvolvidas reuniões sistemáticas de planejamento entre a coordenação do serviço e a equipe de enfermagem, resultando na construção de fluxogramas de atendimento, confecção de impressos padronizados para registro e na introdução de carimbos de identificação específicos para o controle do imunobiológico.

Para assegurar a adesão qualificada da equipe multiprofissional, o processo de capacitação foi conduzido sob a perspectiva da educação permanente em saúde. Utilizou-se uma metodologia mista, conjugando exposições dialogadas com a entrega individualizada de material técnico impresso. Posteriormente, foram conduzidas sessões no formato de rodas de conversa, estratégia metodológica que favoreceu a escuta ativa, o levantamento de questionamentos e a validação colaborativa de ajustes no processo de trabalho a partir das sugestões oriundas dos profissionais da ponta.

O núcleo central da execução da estratégia foi capitaneado pela equipe de enfermagem da sala de imunização da unidade, composta uma enfermeira responsável técnica, duas enfermeiras com vasta expertise em imunização e seis profissionais de nível médio (técnicas de

enfermagem). Cabe destacar a atitude receptiva e proativa da equipe frente à inovação tecnológica; em momento algum evidenciaram-se resistências operacionais. Pelo contrário, as profissionais demonstraram total engajamento, atuando ativamente na pactuação de fluxos e na disseminação capilar de informações científicas e operacionais sobre o imunizante no âmbito hospitalar.

Para otimizar a assistência, estruturou-se um fluxo interprofissional bem definido, delimitando as atribuições de enfermeiras, técnicas de enfermagem e médicos neonatologistas. As equipes das unidades de internação neonatal e alojamentos conjuntos foram sensibilizadas para atuar como agentes de identificação precoce dos neonatos elegíveis — priorizando os prematuros nascidos com idade gestacional inferior a 37 semanas (até 36 semanas e 6 dias de gestação).

Identificado o recém-nascido elegível, a equipe assistencial acionava imediatamente a equipe da sala de imunização. Adotou-se um modelo de busca ativa e administração descentralizada: a equipe vacinadora deslocava-se de maneira oportuna até o leito de origem do neonato, viabilizando a administração segura do imunobiológico nos diferentes setores assistenciais, tais como o Alojamento Conjunto (ALCON), a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) e a Unidade de Cuidados Intermediários Neonatais Convencionais (UCINCO).

A implantação da tecnologia esbarrou em limitações estruturais que exigiram soluções gerenciais dinâmicas. A sala de imunização dispõe de espaço físico reduzido e de um equipamento de refrigeração de capacidade estritamente exígua para o armazenamento de imunobiológicos. Somando-se a isso, o Nirsevimabe é fornecido em embalagens de apresentação individualizada em caixas unitárias, o que gera uma demanda volumétrica de espaço desfavorável para grandes estoques.

Para contornar esse desafio logístico, estabeleceu-se um modelo de suprimento fracionado e semanal, com pedidos e captação regulares junto à Central Estadual de Imunizantes. Essa gestão rigorosa do estoque impediu a superlotação da rede de frio local, garantindo a manutenção da estabilidade térmica e a segurança microbiológica do anticorpo sem comprometer a rotina dos demais imunizantes da unidade.

A segurança do paciente constituiu um eixo transversal em todas as etapas da intervenção. Antes da administração, realizou-se um intenso trabalho de comunicação terapêutica e educação em saúde direcionada aos pais e responsáveis, esclarecendo os benefícios clínicos da imunização passiva, a importância da proteção precoce contra o VSR e sanando dúvidas pertinentes. Pós-administração, instituiu-se o protocolo obrigatório de observação clínica do neonato por um período mínimo de 20 minutos, visando à detecção imediata de eventuais intercorrências. No tocante à farmacovigilância, a equipe foi amplamente orientada sobre a notificação compulsória de Eventos Supostamente Atribuíveis à Vacinação ou Imunização (ESAVI), com o registro por meio de plataforma digital.

Diante de eventuais barreiras operacionais iniciais — a exemplo de deficiências pontuais na emissão de prescrições médicas por parte de alguns profissionais —, a equipe de enfermagem exerceu um papel de liderança resolutiva, sinalizando proativamente os recém-nascidos aptos aos plantonistas e articulando a imediata formalização da prescrição.

3. DISCUSSÃO:

A introdução de uma nova tecnologia no cotidiano assistencial invariavelmente suscita expectativas, reconfigurando rotinas e exigindo adaptações rápidas das equipes de saúde. No contexto da neonatologia, a incorporação do anticorpo monoclonal Nirsevimabe representa uma estratégia prioritária do Ministério da Saúde voltada para a mitigação das formas graves de infecções respiratórias — como bronquiolites e pneumonias — que sobrecarregam os serviços pediátricos na sazonalidade do Vírus Sincicial Respiratório (Brasil, 2026). Essa iniciativa alinha-se diretamente às diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança

(PNAISC), cujos Eixos I e III preconizam, respectivamente, a promoção e a proteção da saúde infantil e o acesso à imunização em tempo oportuno como pilares para o crescimento e o desenvolvimento com qualidade.

Um dos achados centrais desta vivência diz respeito à transição bem-sucedida da insegurança inicial para a apropriação técnica da tecnologia. Diferente de cenários de resistência a mudanças comumente relatados na literatura gerencial, a equipe de enfermagem da Maternidade demonstrou proatividade exemplar. A adesão integral às capacitações, o uso efetivo dos materiais orientadores e a formulação colaborativa de melhorias no fluxo assistencial evidenciam que a educação permanente é um catalisador de excelência operacional. A articulação harmoniosa entre enfermeiras e técnicas de enfermagem garantiu que as barreiras estruturais fossem superadas sem conflitos institucionais.

Sob a ótica logística e regional, a implantação do serviço na Amazônia Legal impôs desafios peculiares. A sala de imunização da maternidade, caracterizada por espaço físico restrito e equipamento de refrigeração de capacidade exígua, contrastava com o volume volumétrico das caixas de apresentação individual do Nirsevimabe. Contudo, por meio de um planejamento rigoroso de suprimento fracionado e controle sistemático da rede de frio — mantendo a estabilidade térmica e a ausência de perdas técnicas —, a equipe assegurou a viabilidade microbiológica do imunobiológico.

Essa eficiência logística reveste-se de relevância ainda maior ao considerar o perfil demográfico da clientela atendida. A maternidade acolhe expressivo contingente de usuárias provenientes de localidades longínquas, compreendendo populações ribeirinhas, indígenas e de regiões de difícil acesso. Nesse cenário, a imunização prévia à alta hospitalar configura-se como uma intervenção de equidade em saúde, eliminando o risco de perda de seguimento pós-alta e garantindo que o neonato retorne ao seu território de origem devidamente protegido.

No tocante à aceitação familiar e à segurança do paciente, os resultados demonstram um cenário altamente favorável. A ausência de recusas por parte dos responsáveis decorre diretamente do acolhimento qualificado e da comunicação terapêutica prévia exercida pela equipe, que esclareceu a importância da imunização passiva. A posologia pautada na estratificação ponderal (0,5 mL para menores de 5 kg e 1,0 mL para crianças acima de 5 kg), conforme Manual do Ministério da Saúde de 2026 ocorreu com total segurança clínica, sem registro de intercorrências, eventos adversos ou falhas processuais. Adicionalmente, a fidedignidade no registro nominal e a rastreabilidade garantida pelos sistemas de informação consolidam a transparência epidemiológica da intervenção.

4. CONCLUSÃO:

A implantação do anticorpo monoclonal Nirsevimabe na maternidade no Amapá, referência em gestação de alto risco, representa um marco tecnológico e de expressivo impacto na saúde pública estadual. Ao ofertar imunidade passiva imediata em dose única, a intervenção atinge diretamente os neonatos prematuros, grupo de extrema vulnerabilidade e com elevado risco de evolução para formas graves com necessidade de suporte em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN). A efetivação dessa assistência pelo Sistema Único de Saúde (SUS) acarreta benefícios contundentes, reduzindo de forma drástica as hospitalizações decorrentes do Vírus Sincicial Respiratório (Brasil,2026). Diferente da estratégia anterior com o Palivizumabe — que exigia cinco doses mensais —, a nova tecnologia otimiza a profilaxia e se alinha aos dados epidemiológicos que demonstram que lactentes menores de seis meses concentram cerca de 61% dos casos de síndrome respiratória aguda grave por VSR, reforçando a urgência dessa imunoprofilaxia.

DOI: 10.51161/iv-conasus/87694

Nesse processo, a equipe de enfermagem assumiu um protagonismo indissociável, construindo saberes, sensibilizando a equipe multiprofissional, planejando a execução e monitorando integralmente todas as etapas. A excelência técnica na administração do imunobiológico e a vigilância ativa para a detecção de Eventos Supostamente Atribuíveis à Vacinação ou Imunização (ESAVI) asseguraram a segurança inegociável do paciente. Além disso, a enfermagem atuou como elo comunicativo essencial com as famílias, promovendo a educação em saúde indispensável para a total aceitação da nova tecnologia (Brasil, 2026).

Sem o rigor no registro nominal e nos sistemas de informação executado pelas profissionais, a rastreabilidade e o monitoramento da cobertura vacinal seriam inviáveis. A integração entre a inovação biotecnológica do Nirsevimabe e a competência operacional da enfermagem permitiu a democratização do acesso a uma profilaxia de ponta, mitigando a morbimortalidade infantil e fortalecendo a rede de cuidados neonatais na Amazônia.

A condução exemplar da equipe, pautada pela ausência de resistências e guiada pelo entendimento de que a saúde pública se constrói com ciência e engajamento, ressignificou o microplanejamento na prática assistencial. Conclui-se que os recém-nascidos elegíveis atendidos na instituição recebem uma assistência pautada na excelência técnica, com um cuidado especializado, proficiente e profundamente humanizado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. **Uso do anticorpo monoclonal palivizumabe durante a sazonalidade do vírus sincicial respiratório – VSR**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/anticorpo_palivizumabe_sazonalidade_virus_vsr.pdf. Acesso em: 19 jun. 2026.

GASHTI, S. M.; PEIXOTO, K. A.; ARAUJO, L. N. C. C. de; MUNIZ, R. A.; REIS, S. O.; OLIVEIRA, T. R. de; MUNDIM, R. R. Nirsevimabe - anticorpo monoclonal na prevenção contra bronquiolite viral aguda. **Brazilian Journal of Health Review**, *[S. l.]*, v. 7, n. 3, p. e70649, 2024. DOI: 10.34119/bjhrv7n3-406. Disponível em: https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/70649. Acesso em: 19 jun. 2026.

SÃO PAULO (Estado). Secretaria de Saúde. Coordenadoria de Controle de Doenças. Centro de Vigilância Epidemiológica "Prof. Alexandre Vranjac". **Guia Operacional para Implementação da Estratégia de Imunização contra o Vírus Sincicial Respiratório (VSR) com Anticorpo Monoclonal em Crianças Prematuras e com Comorbidades**. São Paulo: CVE, 2026.

DA IMPLANTAÇÃO À INCORPORAÇÃO NO PROCESSO DE TRABALHO: TELECONSULTORIA COMO ESTRATÉGIA DE FORTALECIMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM MUNICÍPIO DE PEQUENO PORTE

JANAÍNE COELHO GUIMARÃES; PAULO RICARDO DA SILVA;
ROSANEA MARIA DE JESUS TURQUETI

RESUMO

A ampliação da capacidade resolutiva dos serviços e sua articulação com a atenção especializada constituem desafios para o Sistema Único de Saúde, especialmente em municípios de pequeno porte. Nesse cenário, recursos de telessaúde podem apoiar profissionais e qualificar a organização do cuidado, desde que efetivamente integrados às práticas assistenciais. Este trabalho objetiva analisar o processo de implantação e incorporação da teleconsultoria ao processo de trabalho da Atenção Primária à Saúde em um município de pequeno porte de Minas Gerais, descrevendo as estratégias adotadas e os resultados iniciais de sua utilização. Trata-se de relato de experiência desenvolvido no âmbito da gestão municipal de saúde. A estratégia envolveu diagnóstico situacional, elaboração de plano de ação, definição de fluxos, reavaliação de demandas existentes, capacitação presencial de médicos, enfermeiros, profissionais da gestão e regulação em maio de 2026 e monitoramento da utilização da ferramenta. Foram analisados registros de teleconsultorias realizadas entre abril e julho de 2026 e dados consolidados do monitoramento regional. No período, foram registradas 73 teleconsultorias, todas respondidas, distribuídas em 12 especialidades. Neurologia concentrou 20 solicitações, Angiologia 17 e Dermatologia 13, correspondendo, conjuntamente, a 68,5% do total. A utilização passou de uma solicitação em abril para 26 em maio e 35 em junho, período subsequente à estruturação da estratégia, havendo ainda 11 registros referentes a julho, cuja completude mensal não pôde ser confirmada. No monitoramento regional, o município alcançou, em junho, a segunda colocação em produção mensal de teleconsultorias e a terceira no alcance da meta semestral. A experiência demonstra que a incorporação da teleconsultoria ultrapassa sua disponibilização tecnológica e requer organização de fluxos, capacitação, envolvimento dos profissionais e acompanhamento contínuo. Embora o curto período de observação e a ausência de indicadores sistematizados de desfechos assistenciais limitem a avaliação de sua resolutividade, os resultados indicam progressiva integração da estratégia ao cotidiano da assistência e justificam a continuidade do monitoramento de seus efeitos sobre encaminhamentos, acesso à atenção especializada e coordenação do cuidado.

Palavras-chave: Telessaúde; Saúde Digital; Gestão em Saúde.

1 INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) ocupa posição estratégica na coordenação do cuidado e na organização dos fluxos assistenciais no Sistema Único de Saúde (SUS). Entretanto, a necessidade de acesso à atenção especializada permanece como um dos desafios para a integralidade do cuidado, particularmente em municípios de pequeno porte, nos quais a disponibilidade local de especialistas é limitada e o acesso depende frequentemente da

DOI: 10.51161/iv-conasus/87696

organização das redes regionalizadas de atenção. Nesse cenário, estratégias capazes de ampliar a capacidade resolutiva da APS e qualificar sua articulação com outros níveis assistenciais assumem relevância para o fortalecimento das Redes de Atenção à Saúde.

A telessaúde vem sendo incorporada às políticas públicas brasileiras como estratégia para ampliar o acesso, apoiar profissionais e favorecer a continuidade do cuidado. No âmbito do Programa SUS Digital, a Ação Estratégica SUS Digital – Telessaúde estabelece diferentes modalidades de serviços assistenciais, entre elas a teleconsultoria, definida como consultoria mediada por Tecnologias Digitais de Informação e Comunicação (TDIC), realizada entre profissionais de saúde para esclarecimento de dúvidas relacionadas a procedimentos clínicos, ações de saúde e questões do processo de trabalho (Brasil, 2024). Na APS, sua utilização pode contribuir para maior resolubilidade clínica, qualificação da demanda encaminhada à atenção especializada, redução da sobrecarga dos complexos reguladores e continuidade do cuidado (Brasil, 2025).

Em Minas Gerais, a teleconsultoria é disponibilizada de forma assíncrona, possibilitando a discussão de casos entre profissionais da APS e especialistas por meio de plataforma digital, com resposta às solicitações em até 72 horas (Minas Gerais, 2026). A estratégia amplia as possibilidades de suporte clínico às equipes e pode favorecer a tomada de decisão no próprio território, seja pela resolução do caso na APS, pela realização prévia de exames e adequação de condutas ou pela qualificação do encaminhamento quando a atenção especializada permanece necessária.

Entretanto, a disponibilidade de uma ferramenta tecnológica não implica, isoladamente, sua incorporação ao cotidiano dos serviços. A implementação da teleconsultoria envolve aspectos relacionados à organização dos fluxos, conhecimento e adesão dos profissionais, integração com a rotina assistencial, apoio institucional e monitoramento de sua utilização. A literatura recente destaca a necessidade de avaliar a implementação das teleconsultorias no SUS considerando não apenas sua oferta, mas também fatores capazes de influenciar sua adoção, execução e sustentabilidade nos diferentes contextos assistenciais.

Em municípios de pequeno porte, compreender esse processo torna-se especialmente relevante diante da necessidade de articular a capacidade resolutiva das equipes locais com a atenção especializada regional. A experiência de implantação acompanhada de capacitação, definição de fluxos e monitoramento pode contribuir para identificar elementos que favoreçam a passagem da simples disponibilização da ferramenta para sua efetiva utilização no processo de trabalho da APS.

Diante disso, este estudo tem como objetivo analisar o processo de implantação e incorporação da teleconsultoria ao processo de trabalho da APS em um município de pequeno porte de Minas Gerais, descrevendo as estratégias adotadas, a evolução de sua utilização, as especialidades demandadas e os resultados iniciais observados no contexto municipal e no monitoramento regional.

2 RELATO DE EXPERIÊNCIA

Trata-se de relato de experiência sobre o processo de implantação e incorporação da teleconsultoria ao processo de trabalho da APS de Antônio Carlos, município de pequeno porte de Minas Gerais. A experiência foi desenvolvida no âmbito da gestão municipal de saúde, envolvendo profissionais médicos e enfermeiros das equipes de APS, gestão, regulação municipal e apoio institucional relacionado à oferta da teleconsultoria.

A implantação foi precedida por diagnóstico situacional, que identificou utilização limitada da ferramenta, apesar de sua disponibilidade, e necessidade de maior integração entre APS e atenção especializada. A partir desse diagnóstico, foi elaborado plano estratégico contemplando definição de fluxos, organização das responsabilidades, orientação das equipes

e acompanhamento da utilização. Em 12 de maio de 2026, foi realizada capacitação presencial com médicos, enfermeiros, profissionais da gestão e da regulação, abordando acesso à plataforma, elaboração das solicitações, acompanhamento das respostas e utilização da teleconsultoria como suporte à tomada de decisão clínica e à qualificação dos encaminhamentos.

Após a capacitação, a utilização da ferramenta passou a ser acompanhada sistematicamente pela gestão municipal. Para este relato, foram considerados os registros de teleconsultorias realizadas entre abril e julho de 2026, extraídos do painel de monitoramento da plataforma, contemplando número de solicitações e respostas, distribuição mensal e especialidades demandadas. Foram também utilizados dados consolidados de monitoramento da Superintendência Regional de Saúde de Barbacena, permitindo contextualizar o desempenho municipal no cenário regional. O monitoramento regional contemplava indicadores de produção, alcance de metas e utilização da teleconsultoria pelos municípios da área de abrangência.

Os dados quantitativos foram organizados por frequência absoluta e analisados descritivamente, considerando a evolução temporal da utilização, a distribuição das solicitações por especialidade e os indicadores de desempenho municipal. A experiência foi analisada ainda à luz das estratégias adotadas durante a implantação, buscando identificar elementos relacionados à progressiva incorporação da teleconsultoria ao processo de trabalho da APS.

3 DISCUSSÃO

A experiência demonstrou ampliação da utilização da teleconsultoria após a estruturação da estratégia municipal. Entre abril e julho de 2026, foram registradas 73 teleconsultorias, todas respondidas. Conforme apresentado na Figura 1, houve uma solicitação em abril, 26 em maio, 35 em junho e 11 registros referentes a julho. A capacitação municipal ocorreu em 12 de maio de 2026, sendo seguida por aumento expressivo da utilização ainda naquele mês e maior produção em junho. Embora essa relação temporal não permita estabelecer causalidade, a sequência observada sugere que a capacitação, associada à definição de fluxos, à reavaliação das demandas existentes e ao acompanhamento pela gestão, pode ter favorecido maior utilização da ferramenta pelos profissionais da APS.

DOI: 10.51161/iv-conasus/87696

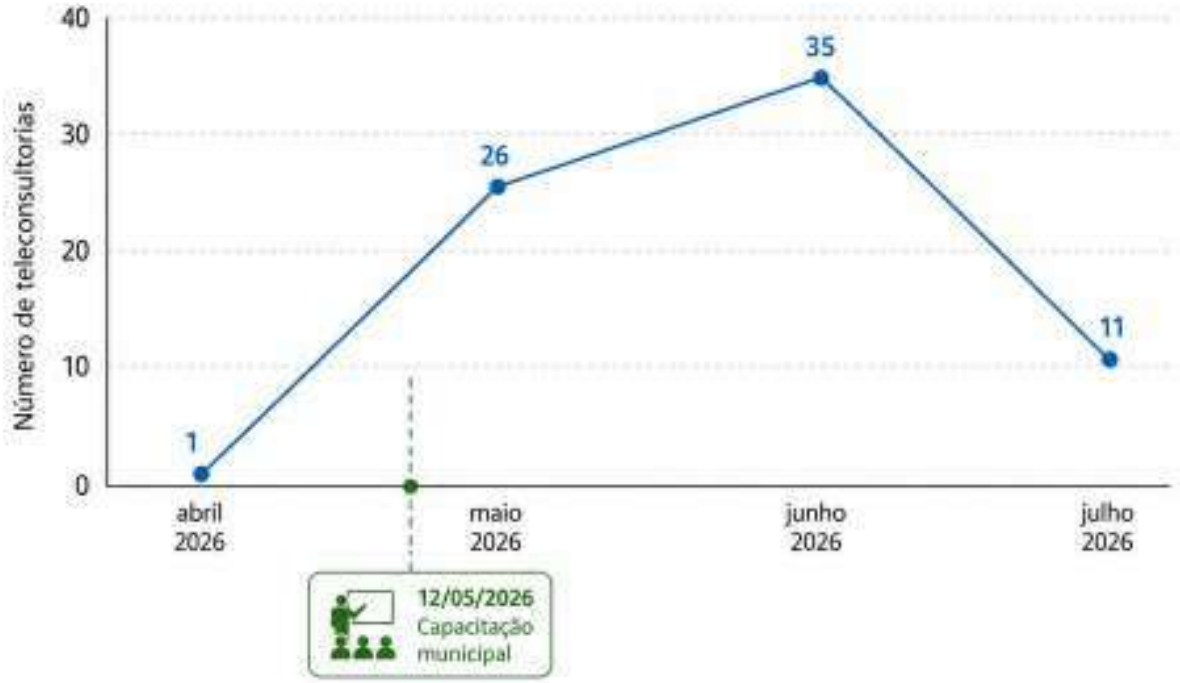


Figura 1 – Evolução mensal das teleconsultorias realizadas no município de Antônio Carlos, Minas Gerais, de abril a julho de 2026.
Fonte: Painel de Monitoramento da Teleconsultoria MG (2026).

A experiência reforça que a disponibilidade tecnológica, isoladamente, não assegura sua incorporação ao cotidiano assistencial. A implementação das teleconsultorias constitui processo complexo, influenciado pelas características da intervenção, pelo contexto organizacional, pelos profissionais envolvidos e pelas estratégias utilizadas para sua operacionalização e sustentabilidade (Colussi et al., 2026). A literatura também aponta que dificuldades de engajamento dos profissionais podem limitar a utilização espontânea da ferramenta, sendo relevantes estratégias de sensibilização, capacitação e acompanhamento para favorecer sua integração ao processo de trabalho (Castro Filho et al., 2022).

A distribuição por especialidades demonstrou utilização diversificada da estratégia. Neurologia concentrou 20 teleconsultorias, seguida de Angiologia, com 17, e Dermatologia, com 13. Juntas, essas três especialidades corresponderam a 50 das 73 solicitações (68,5%). Também foram registradas demandas para Cardiologia e Hematologia, com quatro cada; Endocrinologia, Gastroenterologia e Ginecologia, com três cada; Otorrinolaringologia e Reumatologia, com duas cada; e Nefrologia e Urologia, com uma cada. A presença de demandas em 12 especialidades indica utilização da teleconsultoria como recurso de apoio a diferentes situações clínicas acompanhadas pela APS.

A utilização da teleconsultoria como suporte aos profissionais da APS encontra respaldo em experiências anteriores. Em Minas Gerais, Marcolino et al. (2014), ao analisarem teleconsultorias realizadas pela Rede de Teleassistência de Minas Gerais, demonstraram sua utilização no apoio à tomada de decisão e avaliaram sua efetividade e resolutividade em municípios remotos. Em âmbito nacional, Schmitz e Harzheim (2017) identificaram ampla utilização das teleconsultorias no Programa Telessaúde Brasil Redes, embora com diferenças importantes entre os núcleos e contextos analisados. Esses achados reforçam que a incorporação

da ferramenta depende não apenas de sua disponibilidade, mas das condições locais de organização e utilização.

Além do crescimento da utilização no âmbito municipal, o monitoramento realizado pela Superintendência Regional de Saúde de Barbacena demonstrou posição de destaque de Antônio Carlos. Em junho de 2026, o município alcançou a segunda colocação regional em produção mensal de teleconsultorias e a terceira colocação no alcance da meta semestral. Esse desempenho, observado no período subsequente à capacitação e à estruturação dos fluxos municipais, reforça os resultados relacionados à progressiva incorporação da estratégia ao processo de trabalho da APS.

Entretanto, o desempenho da teleconsultoria não deve ser analisado exclusivamente pelo volume de solicitações. Sua relevância relaciona-se também à capacidade de apoiar decisões clínicas, qualificar o cuidado e ampliar a resolutividade da APS. Marcolino et al. (2014) identificaram potencial das teleconsultorias para evitar encaminhamentos e apoiar a condução clínica no nível primário, enquanto Colussi et al. (2026) destacam a teleconsultoria como estratégia para ampliação do acesso à atenção especializada e qualificação da APS.

Na experiência municipal, o acompanhamento inicial permitiu observar situações conduzidas na própria APS após orientação especializada, casos nos quais a teleconsultoria subsidiou exames ou adequação de condutas antes de eventual encaminhamento e situações mantidas em acompanhamento compartilhado. Entretanto, os 73 registros atuais não foram classificados sistematicamente segundo o desfecho assistencial, não sendo possível estimar a proporção de encaminhamentos evitados ou a resolutividade clínica da estratégia.

Como limitações, destacam-se o curto período de acompanhamento e a ausência, nesta etapa, de indicadores sistematizados sobre desfechos clínicos, encaminhamentos evitados e repercussões sobre o acesso à atenção especializada. Os registros disponíveis também não permitem distinguir quantas teleconsultorias decorreram da reavaliação de encaminhamentos previamente existentes e quantas corresponderam a novas demandas surgidas no período. Essa diferenciação é relevante para interpretar a evolução mensal da utilização, uma vez que a estratégia de implantação incluiu a revisão de pacientes que já aguardavam atenção especializada. Além disso, não foi possível confirmar se os 11 registros referentes a julho correspondiam ao mês completo. Dessa forma, a variação mensal deve ser interpretada com cautela, sem inferir redução da utilização da ferramenta. A continuidade do monitoramento permitirá avaliar sua sustentabilidade e incorporar indicadores de resolutividade, perfil das demandas, encaminhamentos e efeitos sobre o acesso à atenção especializada.

4 CONCLUSÃO

A experiência demonstrou que a implantação estruturada da teleconsultoria, associada à capacitação dos profissionais, definição de fluxos e acompanhamento pela gestão, foi seguida pela ampliação de sua utilização na APS. A diversidade de especialidades demandadas e o desempenho alcançado no monitoramento regional indicam progressiva incorporação da ferramenta ao processo de trabalho municipal.

Os resultados reforçam que a implementação da teleconsultoria ultrapassa sua simples disponibilização tecnológica. Sua integração ao cotidiano da APS requer organização dos processos de trabalho, envolvimento dos profissionais e monitoramento contínuo, podendo constituir importante recurso de apoio à tomada de decisão e à articulação com a atenção especializada.

Como limitações, destacam-se o curto período de acompanhamento, a impossibilidade de distinguir, nos dados consolidados, teleconsultorias decorrentes da reavaliação de encaminhamentos anteriores daquelas relacionadas a novas demandas e a ausência de indicadores sistematizados de desfechos assistenciais. Também não foi possível confirmar se

os registros referentes a julho correspondiam ao mês completo, o que limita a interpretação da evolução mensal nesse período.

Como perspectiva, recomenda-se a continuidade do monitoramento, incorporando indicadores de resolutividade, encaminhamentos evitados, perfil e origem das demandas e repercussões sobre o acesso à atenção especializada. O acompanhamento longitudinal permitirá avaliar a sustentabilidade da estratégia e compreender em que medida sua incorporação ao processo de trabalho contribui para fortalecer a capacidade resolutiva e a coordenação do cuidado pela APS.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3.691, de 23 de maio de 2024. Institui a Ação Estratégica SUS Digital – Telessaúde. *Diário Oficial da União*: Brasília, DF, 2024.

CASTRO FILHO, Eno Dias de et al. Identificação de elementos estratégicos para implantação e engajamento de serviços de teleconsultoria para atenção primária à saúde: uma revisão de literatura. *Brazilian Journal of Development*, Curitiba, v. 8, n. 5, 2022. DOI: 10.34117/bjdv8n5-201.

COLUSSI, Claudia Flemming et al. Implementação das teleconsultorias no Sistema Único de Saúde: proposta de modelo avaliativo. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 31, n. 5, e24792025, 2026. DOI: 10.1590/1413-81232026315.24792025.

MARCOLINO, Milena Soriano et al. Teleconsultorias no apoio à atenção primária à saúde em municípios remotos no estado de Minas Gerais, Brasil. *Revista Panamericana de Salud Pública*, Washington, DC, v. 35, n. 5/6, p. 345-352, 2014.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Teleconsultoria**. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2026.

SCHMITZ, Carlos André Aita; HARZHEIM, Erno. Oferta e utilização de teleconsultorias para Atenção Primária à Saúde no Programa Telessaúde Brasil Redes. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 39, p. 1-11, 2017. DOI: 10.5712/rbmfc12(39)1453.

CRIAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA NACIONAL DE TRIAGEM NEONATAL NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: UMA REVISÃO DE LITERATURA

RAYKA TEIXEIRA DE OLIVEIRA FREITAS; AGATHA SILVA CARDOSO MARQUES; ENY LORRANY TENÓRIO DE LIMA; FELIPE SANTOS MACHADO; MARIA EDUARDA SILVA MARTINS

Introdução: A triagem neonatal é uma importante estratégia de saúde pública que permite identificar precocemente doenças congênitas, genéticas, metabólicas e endocrinológicas em recém-nascidos. No Brasil, essa estratégia é realizada pelo Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN), que inclui diferentes testes, como o Teste do Pezinho (Triagem Biológica Neonatal), Teste do Olhinho (Reflexo Vermelho), Teste da Orelhinha (Triagem Auditiva Neonatal Universal) e Teste do Coraçãozinho (Oximetria de Pulso). A realização desses exames possibilita o diagnóstico e o tratamento precoce, contribuindo para a prevenção de complicações, sequelas e mortes na infância. **Objetivo:** Analisar os principais testes que compõem a triagem neonatal e importância para o diagnóstico precoce. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão de literatura, com caráter descritivo e abordagem qualitativa, elaborada com base em dados científicos, incluindo SciELO, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e PubMed, além de documentos normativos e institucionais do Ministério da Saúde, relacionados ao Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN) e o plano de implementação no Sistema Único de Saúde (SUS). **Resultados:** Documentos analisados mostram que o PNTN foi institucionalizado em 2001 como política pública do SUS, com a definição das doenças inicialmente rastreadas e a estruturação de uma rede para coleta, diagnóstico, acompanhamento e tratamento. O programa, que inicialmente abrangia um número menor de doenças, teve seu rol ampliado de forma escalonada com a Lei nº 14.154/2021; apesar disso, sua implementação ainda não é homogênea em todo o território nacional. A literatura analisada destaca, ainda, como a triagem neonatal possibilita identificar doenças antes do surgimento de manifestações clínicas e iniciar precocemente o tratamento, evitando sequelas graves e óbitos associados. **Conclusão:** Conclui-se que o PNTN apresenta impacto significativo para o diagnóstico precoce de doenças congênitas desde sua criação, o que permite evitar o surgimento de manifestações clínicas nos neonatos e iniciar o tratamento de forma precoce tendo, assim, um melhor prognóstico. Contudo, a sua implementação, apesar dos benefícios para a população, não abrange a totalidade do território nacional.

Palavras-chave: **DIAGNÓSTICO PRECOCE; SAÚDE PÚBLICA; TRIAGEM NEONATAL**

DOI: 10.51161/iv-conasus/87697

USO DOS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO PARA AVALIAÇÃO DE DESIGUALDADES SOCIAIS NA MORTALIDADE INFANTIL EM CURITIBA

VANESSA FERREIRA DE PAULA LAPLECHADE; ANDREA TUCHTENHAGEN WENDT; JULIANA SCHAIA ROCHA

Introdução: A mortalidade infantil constitui um indicador sensível das condições socioeconômicas e da qualidade da atenção à saúde. Em municípios com indicadores globais favoráveis, a análise agregada pode ocultar iniquidades intraurbanas. O relacionamento de bancos de dados (*record linkage*) entre o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) qualifica a informação estatística ao integrá-la. **Objetivo:** Analisar as desigualdades sociais, raciais e territoriais na mortalidade infantil em Curitiba entre 2015 e 2024, utilizando o relacionamento de dados dos sistemas de informação em saúde. **Metodologia:** Estudo epidemiológico de coorte retrospectiva pautado em dados secundários do SIM e SINASC (2015–2024). A integração das bases ocorreu no software R via *record linkage* determinístico. A medição das iniquidades apoiou-se em abordagem interseccional e no cálculo do *Slope Index of Inequality* (SII) e do *Concentration Index* (CIX), com representação visual por *Equiplot*, desagregados por distritos sanitários, escolaridade materna e raça/cor. **Resultados:** O *linkage* recuperou variáveis subnotificadas, aprimorando a consistência da base. A análise por escolaridade materna revelou um SII de -4,28 óbitos por 1.000 nascidos vivos (IC95%: -7,70 a -0,86; $p < 0,05$) e um CIX de 0,20 (IC95%: 0,12 a 0,28), evidenciando disparidade absoluta em desfavor das mães de menor instrução. Na dimensão raça/cor e territorial, observou-se persistente desvantagem para a população não branca em todos os distritos sanitários: enquanto a taxa de mortalidade infantil da população branca variou entre 7,35 e 8,93 por 1.000 nascidos vivos, a da população não branca apresentou valores substancialmente superiores, variando de 10,89 a 13,00 por 1.000. A abordagem interseccional explicitou a sobreposição de vulnerabilidades, demonstrando maior risco de óbito em crianças de mães não brancas, de menor escolaridade e residentes em áreas vulneráveis. **Conclusão:** O relacionamento SIM-SINASC é uma ferramenta estratégica para a vigilância do óbito. Os achados quantificam as disparidades educacionais, raciais e territoriais, subsidiando políticas públicas do SUS focadas na equidade.

Palavras-chave: **INIQUIDADES EM SAÚDE; INTERSECCIONALIDADE; VIGILÂNCIA DO ÓBITO**

DOI: 10.51161/iv-conasus/87701

INTERCULTURALIDADE E INTEGRALIDADE NO SUS: DESAFIOS E ESTRATÉGIAS PARA A QUALIFICAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE DOS POVOS INDÍGENAS

HÁRYAN ALVES

Introdução: A atenção à saúde dos povos indígenas apresenta especificidades relacionadas aos diferentes territórios, culturas, modos de vida e concepções sobre saúde e doença. No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a garantia da integralidade exige que as práticas assistenciais considerem essas particularidades e promovam diálogo entre os serviços de saúde e as comunidades. **Objetivo:** Este estudo teve como objetivo analisar as contribuições da interculturalidade para a consolidação da integralidade e da equidade no cuidado à saúde dos povos indígenas no SUS. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão bibliográfica realizada por meio de buscas sistemáticas nas bases PubMed, LILACS e BVS, utilizando descritores controlados e operadores booleanos. Foram incluídas produções científicas em português, inglês e espanhol que atendiam diretamente aos critérios de pertinência temática. **Resultados:** Os resultados demonstram que barreiras territoriais, sociais, linguísticas, culturais e organizacionais, persistem como entraves críticos ao acesso e à continuidade do cuidado. Evidencia-se que a lacuna na formação intercultural dos profissionais fragiliza a criação de vínculos terapêuticos. Em contrapartida, os achados apontam que experiências que valorizam a participação das comunidades, o diálogo e a articulação entre a valorização da medicina tradicional e os conhecimentos científicos apresentam potencial para qualificar o cuidado. A atuação de profissionais e agentes indígenas de saúde também são relevantes para a mediação entre as diferentes formas de compreender e produzir saúde. **Conclusão:** A práxis intercultural é eixo estruturante e inegociável para a materialização da saúde integral e universal no SUS. O aprimoramento das políticas públicas para os povos indígenas demanda a institucionalização do diálogo de saberes e o suporte contínuo aos profissionais, garantindo uma assistência culturalmente segura, socialmente justa e coerente com os princípios do SUS.

Palavras-chave: **INTERCULTURALIDADE; INTEGRALIDADE EM SAÚDE; SAÚDE INDÍGENA**

DOI: 10.51161/iv-conasus/87705

REABILITAÇÃO PULMONAR NA DOENÇA PULMONAR PÓS-TUBERCULOSE: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

FRANCISCO ROGER COELHO BIER

RESUMO

A doença pulmonar pós-tuberculose é uma sequela frequente e negligenciada da tuberculose, acometendo cerca de metade dos indivíduos após o tratamento curativo, com impacto expressivo na capacidade funcional, na presença de dispneia crônica e na qualidade de vida. O cuidado pós-tuberculose permanece frequentemente fragmentado entre os pontos de atenção do Sistema Único de Saúde, com a reabilitação pulmonar raramente incorporada às Redes de Atenção à Saúde. Diante da publicação recente de ensaios clínicos randomizados de maior porte sobre o tema, este estudo teve como objetivo sintetizar as evidências científicas disponíveis sobre os efeitos da reabilitação pulmonar na capacidade funcional, na dispneia e na qualidade de vida de indivíduos com essa condição. Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, estruturada segundo as etapas propostas por Whittemore e Knafl, com busca em bases eletrônicas de dados biomédicos por estudos primários e revisões sistemáticas publicados até agosto de 2026. Foram identificados onze estudos primários, incluindo dois ensaios clínicos randomizados multicêntricos publicados em 2026, estudos multicêntricos pré e pós-intervenção, coortes prospectivas comunitárias e hospitalares, um ensaio de telerreabilitação e uma revisão sistemática com metanálise reunindo 747 participantes. De forma consistente, os programas de reabilitação pulmonar associaram-se a melhora significativa da capacidade funcional de exercício, redução da dispneia e ganhos na qualidade de vida relacionada à saúde, com efeitos que superaram as diferenças mínimas clinicamente importantes estabelecidas para doenças respiratórias crônicas. Análises recentes de custo-efetividade também indicaram viabilidade econômica da intervenção em contextos de recursos limitados. Conclui-se que as evidências disponíveis sugerem que a reabilitação pulmonar pode proporcionar benefícios clinicamente relevantes sobre a capacidade funcional, a dispneia e a qualidade de vida em indivíduos com doença pulmonar pós-tuberculose. Os achados de custo-efetividade são promissores, mas ainda iniciais, recomendando-se a realização de novos estudos multicêntricos e de implementação que contribuam para a definição de protocolos padronizados e para a incorporação da intervenção às Redes de Atenção à Saúde.

Palavras-chave: Capacidade Funcional; Dispneia; Qualidade de Vida.

1 INTRODUÇÃO

A tuberculose (TB) permanece uma das principais causas de morte por agente infeccioso único no mundo, e a cura microbiológica nem sempre corresponde à recuperação funcional completa dos indivíduos acometidos. A doença pulmonar pós-tuberculose (DPPT) é definida como evidência de anormalidade respiratória crônica, com ou sem sintomas, atribuível ao menos em parte à TB prévia (Allwood et al., 2020). Estima-se que essa condição acometa aproximadamente metade dos indivíduos tratados para TB pulmonar, manifestando-

DOI: 10.51161/iv-conasus/87707

se por padrões obstrutivo, restritivo ou misto, além de bronquiectasias documentadas em parcela expressiva dos sobreviventes (Meghji et al., 2025).

Cerca de um quarto dos sobreviventes de TB permanece sintomático ao final do tratamento, com grau de dispneia crônica relevante, e essa disfunção persiste mesmo após a cura bacteriológica (Meghji et al., 2025). As sequelas pós-TB respondem por parcela substancial da carga global de morbidade atribuída à doença, com magnitude comparável, em anos de vida ajustados por incapacidade, à própria doença ativa (Menzies et al., 2021). Apesar disso, a DPPT permanece amplamente ausente das diretrizes internacionais e dos programas nacionais de controle da tuberculose, configurando uma lacuna assistencial relevante.

A reabilitação pulmonar (RP) é uma intervenção multiprofissional que associa treinamento físico, educação em saúde e intervenções comportamentais, com eficácia consolidada em doenças respiratórias crônicas como a doença pulmonar obstrutiva crônica. Até recentemente, a maior parte da evidência sobre RP na DPPT derivava de estudos observacionais de pequeno porte. Esse cenário mudou de forma expressiva a partir de 2026, com a publicação dos resultados de ensaios clínicos randomizados multicêntricos conduzidos em Uganda e no Quirguistão (Katagira et al., 2026; Akylbekov et al., 2026), que incluíram, pela primeira vez, análises formais de custo-efetividade, e com a atualização da metanálise mais recente da área, reunindo 13 estudos e 747 participantes (Gebremedhn et al., 2026).

A organização do cuidado em Redes de Atenção à Saúde (RAS) — articulando atenção básica, atenção especializada e atenção hospitalar em torno de uma condição de saúde — constitui eixo estruturante do Sistema Único de Saúde (SUS) para a garantia de continuidade assistencial. Contudo, o cuidado pós-tuberculose permanece frequentemente fragmentado entre esses pontos de atenção, com a reabilitação pulmonar raramente incorporada como componente formal das linhas de cuidado respiratório. A incorporação sistemática da RP às RAS, articulando o seguimento pós-TB da atenção básica aos serviços especializados de reabilitação, pode representar uma estratégia relevante para reduzir a morbidade de longo prazo associada à DPPT.

Diante dessa evolução relevante da base de evidências, o presente estudo teve como objetivo sintetizar as evidências científicas disponíveis sobre os efeitos da reabilitação pulmonar na capacidade funcional, na dispneia e na qualidade de vida de indivíduos com doença pulmonar pós-tuberculose.

2 MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, método que permite a incorporação de estudos com delineamentos metodológicos diversos — experimentais, quase-experimentais e observacionais —, possibilitando uma síntese abrangente do estado da arte sobre um determinado fenômeno. O percurso metodológico seguiu as seis etapas propostas por Whittemore e Knafl: identificação do problema e formulação da questão de pesquisa; busca na literatura; avaliação dos estudos; análise dos dados; interpretação dos resultados; e apresentação da síntese.

A questão norteadora foi estruturada segundo a estratégia PICO: população de adultos com diagnóstico de doença pulmonar pós-tuberculose; intervenção de programas de reabilitação pulmonar, incluindo modalidades presenciais e de telerreabilitação; comparação

com cuidado usual, ausência de intervenção ou avaliação pré e pós-intervenção; e desfechos de capacidade funcional de exercício, dispneia e qualidade de vida relacionada à saúde.

Foram consultadas bases eletrônicas de literatura biomédica, incluindo PubMed/MEDLINE, Scopus e Cochrane Library, além de registros de ensaios clínicos, utilizando os descritores "tuberculosis", "post-tuberculosis lung disease", "pulmonary rehabilitation", "exercise capacity", "dyspnea", "telerehabilitation" e "quality of life", combinados por operadores booleanos. Foram incluídos estudos primários e de síntese publicados até agosto de 2026, envolvendo indivíduos adultos com DPPT submetidos a programas estruturados de reabilitação pulmonar, que relataram ao menos um dos desfechos de interesse. Foram excluídos estudos referentes exclusivamente à tuberculose em atividade, sem desfechos funcionais ou de qualidade de vida, e trabalhos indisponíveis na íntegra.

Os estudos selecionados foram analisados de forma descritiva e temática, agrupados segundo os desfechos centrais da questão de pesquisa, com discussão complementar sobre função pulmonar e custo-efetividade das intervenções. A síntese considerou a direção dos efeitos, a consistência dos achados e as limitações metodológicas dos estudos.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram incluídos onze estudos primários e uma revisão sistemática com metanálise. Entre os estudos primários, destacam-se dois ensaios clínicos randomizados multicêntricos publicados em 2026 — conduzidos em Uganda e no Quirguistão —, que representam um salto qualitativo na robustez metodológica da área, com desfechos primários pré-especificados, cegamento da avaliação e análises formais de custo-efetividade.

No que se refere à capacidade funcional de exercício, o estudo de Uganda demonstrou incremento médio de 54,36 metros no Incremental Shuttle Walk Test (ISWT) em relação ao cuidado usual, após seis semanas de reabilitação pulmonar presencial (Katagira et al., 2026). No Quirguistão, o programa culturalmente adaptado resultou em ganho ainda mais expressivo, de 123 metros no ISWT (Akylbekov et al., 2026), superando amplamente a diferença mínima clinicamente importante estabelecida para essa população. Estudos multicêntricos e comunitários corroboram esses achados: no estudo indiano com 246 participantes, observou-se melhora significativa da capacidade funcional (Sinha et al., 2025); na coorte comunitária da Tanzânia, liderada por sobreviventes de TB, o teste de caminhada de seis minutos aumentou de 420 para 460 metros ao final de 24 semanas (Mtei et al., 2025). No Paquistão, um ensaio com seguimento de 12 meses demonstrou incremento inicial de 217 metros no teste de caminhada, com manutenção de 143 metros acima do valor basal um ano depois, evidenciando durabilidade do efeito (Orooj et al., 2025). A metanálise mais recente, reunindo 13 estudos e 747 participantes, encontrou melhora na capacidade funcional, embora a certeza da evidência tenha sido classificada como muito baixa (Gebremedhn et al., 2026), refletindo a heterogeneidade metodológica ainda presente na literatura apesar do fortalecimento recente da base de evidências.

Quanto à dispneia, avaliada predominantemente pelas escalas mMRC e de Borg, o estudo indiano de Hussain et al. (2024) demonstrou redução do grau mMRC médio de 1,5 para 0,7 após seis semanas de reabilitação. No ensaio paquistanês com seguimento longo, a escala de Borg reduziu de 8,64 para 4,40 pontos, com manutenção do benefício ao longo do acompanhamento (Orooj et al., 2025). Esses achados reforçam a dispneia como um dos desfechos mais consistentemente responsivos à reabilitação pulmonar na DPPT.

DOI: 10.51161/iv-conasus/87707

Em relação à qualidade de vida relacionada à saúde, avaliada por múltiplos instrumentos — St. George's Respiratory Questionnaire (SGRQ), SF-36, CAT, CCQ e EQ-5D —, os resultados foram, em geral, consistentes, ainda que nem todos os desfechos tenham atingido significância estatística em todos os ensaios. No ensaio de Uganda, observaram-se reduções significativas no CAT e no CCQ em comparação ao cuidado usual; já a escala visual analógica EQ-VAS (+3,98 pontos) e o ganho de QALY (+0,02) apresentaram apenas melhora marginal, sem significância estatística (Katagira et al., 2026). No Quirguistão, a escala visual analógica do EQ-5D melhorou 20,2 pontos, com ganho estatisticamente significativo de 0,2 QALY entre os grupos (Akylbekov et al., 2026). Na coorte tanzaniana, o escore total do SGRQ reduziu de 34,63 para 12,99 pontos ao final de 24 semanas (Mtei et al., 2025), e no ensaio paquistanês a redução inicial de 28 pontos manteve-se em 32 pontos aos 12 meses (Orooj et al., 2025). O ensaio de telerreabilitação brasileiro, com 30 participantes, demonstrou melhora significativa em todos os domínios do SF-36, com correlação relevante entre a força de quadríceps e os domínios físico e mental do instrumento, sugerindo viabilidade de modalidades remotas de reabilitação (Torres et al., 2025).

A função pulmonar, avaliada como desfecho secundário na maioria dos estudos, apresentou resultados mais heterogêneos. O estudo de base populacional conduzido em Bangladesh demonstrou incremento estatisticamente significativo do volume expiratório forçado no primeiro segundo e da capacidade vital forçada após a reabilitação pulmonar (Rifat et al., 2026), enquanto a coorte tanzaniana não observou melhora espirométrica apesar dos ganhos funcionais e de qualidade de vida (Mtei et al., 2025). Essa dissociação, também descrita em revisões sistemáticas sobre função pulmonar pós-TB (Ratnakumar et al., 2025), sugere que os benefícios da reabilitação pulmonar decorrem, ao menos em parte, de mecanismos extrapulmonares, como o condicionamento muscular periférico e a dessensibilização à dispneia.

Um avanço particularmente relevante da literatura mais recente é a incorporação de análises formais de custo-efetividade aos ensaios de reabilitação pulmonar em DPPT. No estudo de Uganda, o custo estimado foi de US$ 6.468 por ano de vida ajustado pela qualidade (QALY) ganho — estimativa que deve ser interpretada com cautela, uma vez que o ganho de QALY observado nesse ensaio não atingiu significância estatística (Katagira et al., 2026). No Quirguistão, o custo estimado foi de US$ 2.143,20 por QALY ganho, associado a um ganho de QALY estatisticamente significativo (Akylbekov et al., 2026). Esses achados fornecem evidência econômica inicial — mais robusta para o Quirguistão do que para Uganda — para subsidiar a incorporação da reabilitação pulmonar em Programas Nacionais de Controle da Tuberculose, especialmente em países de alta carga e recursos limitados, argumento reforçado pela viabilidade demonstrada por estudos de base populacional e de telerreabilitação (Rifat et al., 2026; Torres et al., 2025).

Não obstante os avanços recentes, a certeza global da evidência permanece classificada como baixa a muito baixa pela metanálise mais atual (Gebremedhn et al., 2026), refletindo o predomínio ainda importante de estudos observacionais sem grupo controle, a heterogeneidade dos protocolos de reabilitação — com duração variando de quatro a 24 semanas — e a diversidade de instrumentos de desfecho utilizados. Ainda assim, a magnitude dos efeitos observados nos ensaios clínicos randomizados mais recentes supera as diferenças mínimas clinicamente importantes estabelecidas para populações com doença respiratória crônica, conferindo relevância clínica, e não apenas estatística, aos achados desta revisão.

DOI: 10.51161/iv-conasus/87707

4 CONCLUSÃO

As evidências científicas atualmente disponíveis, fortalecidas pela publicação recente de ensaios clínicos randomizados multicêntricos com análise de custo-efetividade, indicam que a reabilitação pulmonar constitui uma intervenção eficaz, segura e de baixo custo para a melhora da capacidade funcional de exercício, da dispneia e da qualidade de vida relacionada à saúde em indivíduos com doença pulmonar pós-tuberculose. Os benefícios foram observados em diferentes contextos geográficos e socioeconômicos, incluindo cenários de alta carga de tuberculose e recursos limitados. As análises econômicas recentes fornecem evidências iniciais favoráveis à custo-efetividade da intervenção, especialmente no contexto do Quirguistão, embora sejam necessários estudos adicionais para confirmar sua aplicabilidade em outros sistemas de saúde e subsidiar sua incorporação às Redes de Atenção à Saúde voltadas ao seguimento pós-tuberculose.

Como limitação, destaca-se que a certeza da evidência permanece baixa a muito baixa para a maioria dos desfechos avaliados, em razão da heterogeneidade metodológica dos estudos disponíveis e da escassez de protocolos padronizados de reabilitação pulmonar específicos para essa população. Recomenda-se que futuras pesquisas priorizem a replicação dos achados dos ensaios clínicos de 2026 em outros contextos epidemiológicos, a padronização de protocolos de reabilitação pulmonar, a avaliação de modalidades de telerreabilitação em maior escala e estudos de implementação voltados à incorporação sistemática dessa estratégia às Redes de Atenção à Saúde, articulando atenção básica, especializada e hospitalar em uma linha de cuidado contínua para a pessoa com sequelas pós-tuberculose, de modo a reduzir a morbidade de longo prazo associada à doença.

REFERÊNCIAS

AKYLBEKOV, A. et al. Clinical and cost-effectiveness of pulmonary rehabilitation for people with post-tuberculosis lung disease in Kyrgyzstan: a single-blind randomized controlled trial. Annals of the American Thoracic Society, [S. l.], 2026. DOI: 10.1093/annalsats/aaoag062.

ALLWOOD, B. W. et al. Post-tuberculosis lung health: perspectives from the First International Symposium. **The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease**, [S. l.], v. 24, n. 8, p. 820-828, 2020.

GEBREMEDHN, A. T. et al. Effect of pulmonary rehabilitation on lung function and quality of life in pulmonary tuberculosis survivors with post-tuberculosis lung disease: a systematic review and meta-analysis. BMC Pulmonary Medicine, [S. l.], v. 26, p. 215, 2026. DOI: 10.1186/s12890-026-04217-y.

HUSSAIN, A. et al. Effect of pulmonary rehabilitation in patients with post-tuberculosis sequelae with functional limitation. **Indian Journal of Tuberculosis**, [S. l.], v. 71, n. 2, p. 123-129, 2024.

KATAGIRA, W. et al. Clinical and cost-effectiveness of pulmonary rehabilitation for people with post-tuberculosis lung disease in Uganda: a randomised controlled trial. Chest, [S. l.], 2026. DOI: 10.1016/j.chest.2025.12.057.

MEGHJI, J. et al. Post-tuberculosis lung disease: towards prevention, diagnosis, and care. **The Lancet Respiratory Medicine**, [S. l.], 2025.

MENZIES, N. A. et al. Lifetime burden of disease due to incident tuberculosis: a global reappraisal including post-tuberculosis sequelae. **The Lancet Global Health**, [S. l.], v. 9, p. e1679-e1687, 2021.

MTEI, F. J. et al. Pulmonary rehabilitation for post-TB lung disease led by TB survivors. **Public Health Action**, [S. l.], v. 15, n. 2, p. 82-87, 2025.

OROOJ, M. et al. Long-term effect of pulmonary rehabilitation in pulmonary tuberculosis patients. Thoracic Research and Practice, [S. l.], v. 26, n. 6, p. 323-332, 2025. DOI: 10.4274/ThoracResPract.2025.2025-1-8.

RATNAKUMAR, S. et al. Post-pulmonary tuberculosis lung function: a systematic review and meta-analysis. **The Lancet Global Health**, [S. l.], v. 13, n. 6, p. e1020-e1029, 2025.

RIFAT, M. et al. Feasibility and efficacy of a population-based pulmonary rehabilitation for post-tuberculosis lung disease in Bangladesh. **International Journal of Infectious Diseases**, [S. l.], v. 167, p. 108477, 2026.

SINHA, S. et al. Effectiveness of pulmonary rehabilitation on functional exercise capacity & health related quality of life (HRQOL) among individuals with post tuberculosis lung disease: a multicentric pre & post-interventional study. **Indian Journal of Medical Research**, [S. l.], v. 161, p. 540-551, 2025.

TORRES, D. F. M. et al. Functional capacity and quality of life after telerehabilitation in post-tuberculosis lung disease: a randomized controlled trial. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, São Paulo, 2025.

ANÁLISE COMPARATIVA DA CINESIOTERAPIA VERSUS ACUPUNTURA COM STIPER E AGULHA, NA SENSIBILIDADE DÉRMICA DE MEMBROS SUPERIORES E INFERIORES, DURANTE QUIMIOTERAPIA CONTENDO PACLITAXEL: ENSAIO CLÍNICO RANDOMIZADO

ROBERTA PITTA COSTA LUZ; CARMEN SYLVIA VARELLA ALLIZ SICART; SAMANTHA KARLLA LOPES DE ALMEIDA RIZZI; CINIRA ASSAD HADDAD; SIMONE ELIAS; AFONSO CELSO PINTO NAZÁRIO; GIL FACINA

RESUMO

OBJETIVO: Comparar cinesioterapia, acupressão com Stiper e acupuntura com agulha quanto à sensibilidade de membros superiores e inferiores em mulheres submetidas à quimioterapia com paclitaxel. **MATERIAIS E MÉTODOS:** Ensaio clínico randomizado, controlado, aberto e paralelo, com mulheres nos estádios I a III, em quimioterapia neoadjuvante ou adjuvante, a partir do primeiro ciclo. Foram excluídas pacientes com doença metastática, doenças reumatológicas, limitações de movimento, uso de dispositivos para marcha ou acupuntura nos três meses anteriores. As intervenções ocorreram uma vez por semana, por dez semanas com duração de 30 minutos. O grupo Cinesioterapia (GC) realizou exercícios de membros superiores e inferiores, propriocepção e equilíbrio; os grupos Stiper acupressão (GS) e Agulha (GA) receberam os mesmos acupontos: B11, SI14, CV12, GB34, SP6 e LR3. A sensibilidade foi avaliada por estesiômetro de Semmes-Weinstein. **RESULTADOS:** 102 mulheres selecionadas, 63 foram randomizadas: GS n=26, GA n=18 e GC n=19. Houve alterações de sensibilidade predominantemente leves. Na análise de não inferioridade, considerando a cinesioterapia como comparação, Stiper e agulha apresentaram resultados equivalentes ao exercício, com diferença significativa apenas em algumas medidas do GS. **CONCLUSÃO:** O Stiper e agulha foram equivalentes à cinesioterapia para as alterações de sensibilidade cutânea associadas ao tratamento com paclitaxel.

Palavras-chave: Neoplasia da Mama, Qualidade de Vida, Práticas Integrativas e Complementares.

Número do Parecer: 2.351.174 **DADOS DO PARECER,** N.º CEP: 0934/2017 do comitê de ética em pesquisa. Cadastrado no ***Clinical Trials*** *em 12/12/2017,* ***protocol number -NCT 03373032****.*

1. INTRODUÇÃO:

O tratamento do câncer de mama inclui cirurgia, radioterapia, endocrinoterapia, quimioterapia, terapia-alvo e imunoterapia. Entre os quimioterápicos, os taxanos são amplamente utilizados e podem estar associados à Síndrome de Dor Aguda Pós-Taxanos e à neuropatia periférica induzida pela quimioterapia (NPIQ). Para o paclitaxel, a literatura citada no estudo descreve incidência de NPIQ entre 57% e 83%, com sintomas graves em menor proporção. (Loprinzi CL et al, 2011, Stubblefield MD, 2009 e Saibil S, 2010)

DOI: 10.51161/iv-conasus/87708

A NPIQ pode comprometer a sensibilidade, função física e qualidade de vida. Nesse contexto, o exercício físico é utilizado para controle de efeitos adversos da quimioterapia, enquanto a acupuntura e a acupressão são consideradas alternativas complementares. O Stiper utiliza pastilhas de óxido de silício aplicadas sobre acupontos e constitui uma técnica não invasiva. Relato de caso anterior descreveu redução da dor após estimulação com Stiper em paciente mastectomizada. (Luz RPC, et al, 2016)

Diante da necessidade de estratégias não farmacológicas durante o tratamento oncológico, este estudo comparou cinesioterapia, Stiper e acupuntura com agulha quanto às alterações de sensibilidade em membros superiores e inferiores de mulheres em tratamento com paclitaxel.

Portanto, estudos adicionais são necessários para avaliar a eficácia dessas abordagens terapêuticas e seu potencial para complementar o tratamento oncológico convencional. Comparar os tratamentos de cinesioterapia versus o estímulo dos acupontos utilizando Stiper ou agulha na sensibilidade de membros superiores e inferiores das pacientes em ciclos de quimioterapia neoadjuvante ou adjuvante com o paclitaxel.

2. MATERIAIS E MÉTODOS:

Trata-se de ensaio clínico randomizado, controlado, aberto, com três braços paralelos, financiado pela CAPES. O recrutamento ocorreu entre novembro de 2018 e fevereiro de 2022 no Ambulatório de Mastologia da UNIFESP. Foram selecionadas 102 mulheres; 39 foram excluídas, resultando em 63 participantes. A randomização foi realizada por sequência aleatória (figura 1). Os atendimentos dos três grupos GS, GA (protocolo 1) e GC, aconteceram semanalmente, por 10 semanas consecutivas, com duração de 30 minutos.

Interrupção do protocolo de tratamento por riscos, a suspensão aconteceria em qualquer um dos três tratamentos, antes, durante ou no término do protocolo, caso observasse-se efeitos colaterais tais como: reação alérgica, má adaptação ao material utilizado, infecção em membro superior afetado e a pressão arterial descompensada.

Foram incluídas mulheres com câncer de mama nos estádios I a III, em quimioterapia com paclitaxel, neoadjuvante ou adjuvante, a partir do primeiro ciclo, com disponibilidade para dez semanas. Foram excluídas pacientes com doença metastática, doenças reumatológicas, diabetes mellitus tipo I, limitações de movimento, uso de dispositivos auxiliares para marcha ou acupuntura nos três meses anteriores. O estudo recebeu aprovação ética (Parecer nº 2.351.174; CEP 0934/2017) e foi registrado no ClinicalTrials.gov (NCT03373032).

A avaliação ocorreu no início e ao final do protocolo, utilizando o estesiômetro de Semmes-Weinstein SORRI®-BAURU. Foram examinados dermátomos e miótomos dos membros superiores (C6, C7, C8 e T1) e inferiores (L5 e S1), além da planta dos pés, bilateralmente. O monofilamento era aplicado com os olhos fechados e a sequência de cores permitia classificar a sensibilidade de 1 a 6: verde 1, azul 2, lilás 3, vermelho 4, laranja 5 e rosa 6. No GS (n=26), as pastilhas de Stiper foram aplicadas por 30 minutos e permaneceram aderidas por cinco dias, sendo reaplicadas semanalmente. No GA (n=18), foram utilizadas agulhas estéreis e descartáveis de 0,25 × 30 mm, por 30 minutos. Os dois grupos receberam os pontos B11 Dazhu, SI14 Jianwaishu, CV12 Zhongwan, GB34 Yanglingquan, SP6 Sanyinjiao e LR3 Taichong. O GC (n=19) realizou exercícios para membros superiores e inferiores, incluindo faixas elásticas, halteres, propriocepção e equilíbrio. Os três grupos foram atendidos uma vez por semana, durante dez semanas.

DOI: 10.51161/iv-conasus/87708

A análise utilizou testes não paramétricos após avaliação da normalidade por Shapiro-Wilk. Foram utilizados Kruskal-Wallis e modelos lineares mistos/ANOVA para avaliar efeitos de grupo e tempo, com nível de significância de 5%. O cálculo amostral previa 31 participantes por grupo; a meta não foi atingida devido às interrupções de atendimento durante a pandemia de COVID-19.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO:

Participaram 63 mulheres: 26 no GS, 18 no GA e 19 no GC. A idade média foi de 47 anos no GS e aproximadamente 51 anos nos GA e GC. Predominaram tratamentos neoadjuvantes, carcinoma não especial e estádios clínicos II e III. Diabetes mellitus esteve presente em 15,4% a 22,2% das participantes e hipertensão arterial em 27,8% a 47,4%. Entre as características demográficas, apenas o estado civil apresentou diferença estatisticamente significativa (p=0,02); as demais variáveis não diferiram significativamente entre os grupos. Tabela 1. No que diz respeito à Neuropatia Periférica Induzida pela Quimioterapia (NPIQ), o GS apresentou resultados maiores do que o GC no início do estudo, mas após a intervenção, o GS mostrou resultados significativamente menores ($p < 0,04$) nas regiões C8D e T1D. Isso indica que o GS não foi inferior ao GC em termos de resultados. Os resultados completos estão na **tabela 2**

A sensibilidade cutânea foi avaliada por meio de estesiometria em diferentes regiões dos membros superiores e inferiores. Não foram identificadas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos submetidos à acupuntura, por meio de Stiper ou agulhas, e o grupo submetido à cinesioterapia, indicando equivalência entre as intervenções avaliadas. Esse achado é relevante diante da limitada disponibilidade de ensaios clínicos envolvendo acupuntura durante a quimioterapia. Estudos anteriores também sugerem benefícios da acupuntura na redução dos sintomas da neuropatia periférica induzida pela quimioterapia (NPIQ), embora apresentem limitações metodológicas, como ausência de grupo controle e qualidade variável. (Bao T et al, 2018, Alcaraz, R, et al 2014)

Os achados também são consistentes com estudos que investigaram diferentes modalidades de estimulação de acupontos. Estudo com Stiper® aplicado bilateralmente no ponto PC6 demonstrou menor necessidade de medicamentos antieméticos para o controle de náuseas e vômitos, sugerindo potencial efeito terapêutico dessa modalidade (Alcaraz, R, et al 2014). Adicionalmente, estudo piloto envolvendo dez mulheres com câncer de mama submetidas a 12 sessões de acupuntura durante o tratamento com taxanos demonstrou redução significativa dos sintomas de NPIQ, embora a ausência de grupo controle limite a interpretação dos resultados. (Jeong YJ, et al 2018) A acupuntura também pode modular aspectos cognitivos e afetivos relacionados à percepção da dor, com alterações observadas por meio de ressonância magnética[22]. Além disso, as Diretrizes de Prática de Oncologia Integrativa da *Society for Integrative Oncology* destacam o papel das terapias integrativas no manejo de sintomas relacionados ao câncer, incluindo dor, náuseas e vômitos, xerostomia, ondas de calor, fadiga, ansiedade e depressão. (Deng GE, et al.2007) Entretanto, apesar dos resultados promissores, os ensaios clínicos randomizados que avaliam especificamente a eficácia da acupuntura sobre a NPIQ ainda são escassos (Running A, et al, 2012) reforçando a necessidade de estudos futuros com maior rigor metodológico e amostras mais representativas.

No presente estudo, a cinesioterapia compreendeu exercícios com faixas elásticas e halteres, associados ao treinamento proprioceptivo e de equilíbrio. Estudos anteriores indicam que o exercício físico pode contribuir para a redução das toxicidades relacionadas à quimioterapia e favorecer a tolerância ao tratamento[24]. A literatura descreve diferentes recursos para o manejo da NPIQ, incluindo exercícios aeróbicos e resistidos, estímulos táteis,

treinamento de equilíbrio, acupuntura, acupressão e laser nos acupontos (Mols F et al 2014). Dessa forma, os resultados ampliam as possibilidades de utilização de estratégias complementares durante a quimioterapia, com potencial para contribuir para o controle dos sintomas, redução dos efeitos adversos do tratamento e manutenção da qualidade de vida das mulheres sobreviventes do câncer de mama. (Kleckner IR et al, 2018)

4. CONCLUSÃO

Conclui-se que as terapias propostas com Stiper e Agulha, foram equivalentes à Cinesioterapia, nas alterações de sensibilidade cutânea de Membros superiores e inferiores devido à quimioterapia com o paclitaxel. **Declaração de Conflito de Interesses** O autor declarou que não há conflitos de interesse no que diz respeito à autoria e/ ou publicação deste artigo. **Financiamento:** Apoio CAPES, bolsa de pesquisa para o estudo.

5. REFERENCIAS

Alcaraz, R. *et al*. Effectiveness and safety of continuous stimulation without needles with STIPER® puncture in the prophylaxis of postoperative nausea and vomiting in elective breast surgery Vila P. *European Journal of Anesthesiology*, v. 31, e-Supplement 52, June, 2014.

Bao T, Seidman AD, Piulson L, Vertosick E, Chen X, Vickers AJ, Blinder VS, Zhi WI, Li Q, Vahdat LT, Dickler MN, Robson ME, Mao JJ. A phase IIA trial of acupuncture to reduce chemotherapy-induced peripheral neuropathy severity during neoadjuvant or adjuvant weekly paclitaxel chemotherapy in breast cancer patients. Eur J Cancer. 2018.

Deng GE, et al. Integrative oncology practice guidelines. J Soc Integr Oncol. 2007;5(2):65–84.

Jeong YJ, Kwak MA, Seo JC, Park SH, Bong JG, Shin IH, Park SH. Acupuncture for the Treatment of Taxane-Induced Peripheral Neuropathy in Breast Cancer Patients: A Pilot Trial. Evid Based Complement Alternat Med. 2018 Oct 21; 2018:5367014.

Kleckner IR, Kamen C, Gewandter JS, Mohile NA, Heckler CE, Culakova E, et al. Effects of exercise during chemotherapy on chemotherapy-induced peripheral neuropathy: a multicenter, randomized controlled trial. Support Care Cancer. 2018; 26:1019–28.

Loprinzi CL, Reeves BN, Dakhil SR, Sloan JA, Wolf SL, Burger KN, Kamal A, Le-Lindqwister NA, Soori GS, Jaslowski AJ, Novotny PJ, Lachance DH. Natural history of paclitaxel-associated acute pain syndrome: prospective cohort study NCCTG N08C1. J Clin Oncol. 2011 Apr 10;29(11):1472-8.

Luz RPC, Haddad CAS, Nazário ACP, Facina G Tratamento da dor pós-mastectomia pela acupuntura com pastilhas de óxido de silício: relato de caso. Rev Bras Mastologia. 2016;26(3):137-9

Mols F, Beijers T, Vreugdenhil G, van de Poll-Franse L. Chemotherapy- induced peripheral neuropathy and its association with quality of life: a systematic review. Support Care Cancer. 2014; 22:2261–9.

Running A, Seright T. Integrative oncology: managing cancer pain with complementary and alternative therapies. Curr Pain Headache Rep. 2012 Aug;16(4):325-31.

Saibil S, Fitzgerald B, Freedman OC, Amir E, Napolskikh J, Salvo N, Dranitsaris G, Clemons M. Incidence of taxane-induced pain and distress in patients receiving chemotherapy for early-stage breast cancer: a retrospective, outcomes-based survey. Curr Oncol. 2010 Aug;17(4):42-7.

Stubblefield MD, Burstein HJ, Burton AW, Custodio CM, Deng GE, Ho M, Junck L, Morris GS, Paice JA, Tummala S, Von Roenn JH. NCCN task force report: management of neuropathy in cancer. J Natl Compr Canc Netw. 2009 Sep;7 Suppl 5: S1-S26; quiz S27-8.

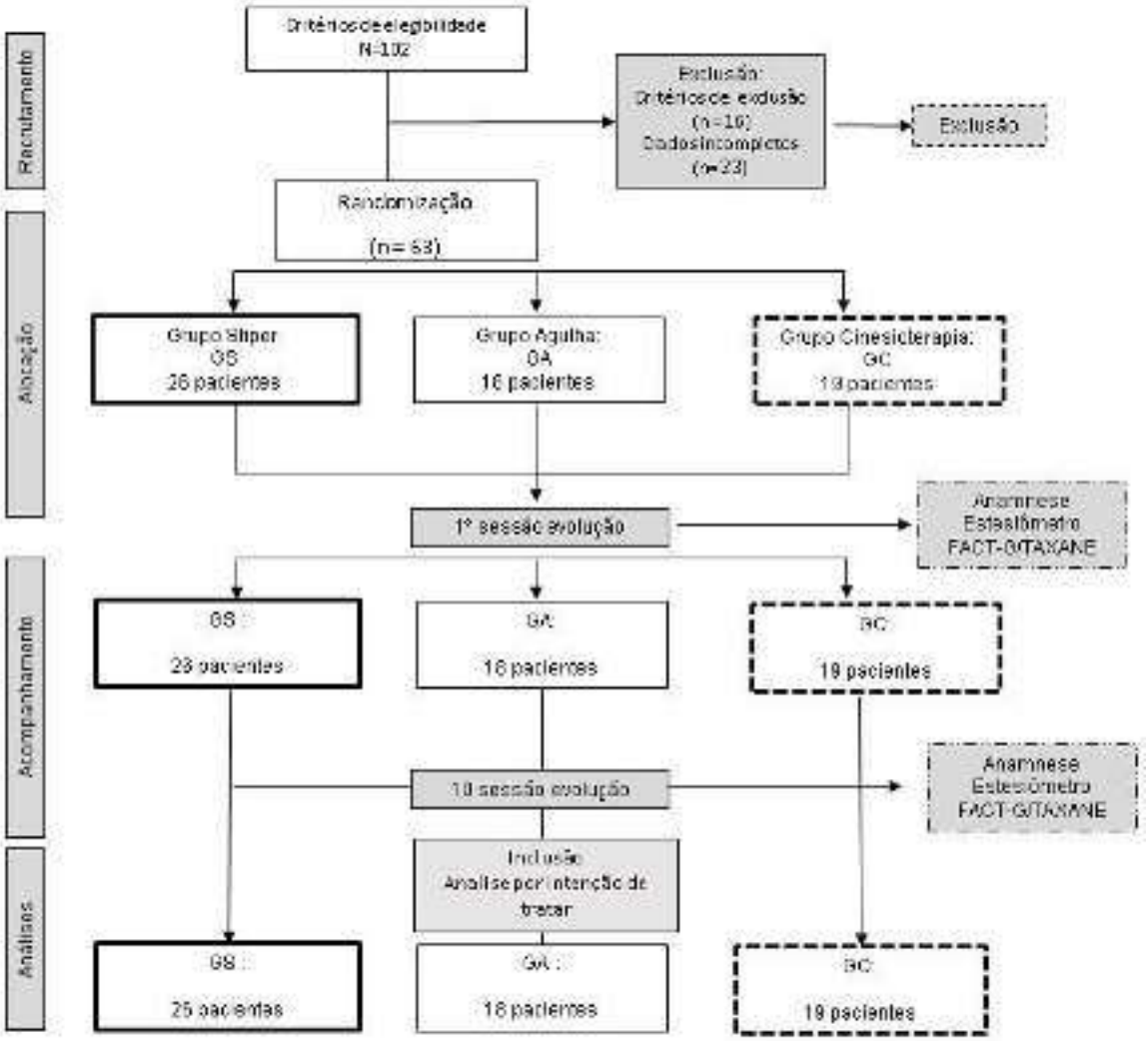


FIGURA 1. Diagrama do CONSORT - Consolidated Standards of Reporting Trial.

Legenda: Roteiro formado por 25 itens essenciais que devem ser incluídos em estudos randomizados controlados. Fluxo CONSORT - Consolidated Standards of Reporting Trial.

Fonte: http://www.consort-statement.org.

TABELA 1. Características demográficas qualitativas das pacientes do Ambulatório de Quimioterapia.

N= 63	GS (n=26)	G A (n=18)	GC (n=19)	
	29,8 (26-33)	26,0 (23-26)	28,3 (25-30)	
	47,5(43 -51)	51,6 (44-58)	51,2(45-56)	
				P valor
Com companheiro	10 (38,5%)	14 (77,8%)	13 (68,4%)	***0,02**
Sem companheiro	16 (61,5%)	4 (22,2%)	6(31,6%)	
Neoadjuvante	23(88,5%)	15(83,3%)	17 (89,5%)	0,83
Adjuvante	3(11,5%)	3(16,7%)	2 (10,5%)	
Direita	13(52%)	8(44,4%)	8(42,1%)	0,60
Esquerda	11(44 %)	10(55,6%)	9(47,4%)	
Bilateral	2 (6%)	0	2(10,5%)	
CINE	25(92,6%)	17 (93,8%)	18(94,4%)	0,58
CLI	0	1(6,2%)	1(5,6%)	
CMM	1(7,4%)	0	0	
Luminal A	5 (21,7%)	5 (31,3%)	3(17,6%)	0,33
Luminal B	14 (47,8%)	9 (56,3%)	5(29,4%)	
Triplo negativo	7(30,4%)	4(12,4%)	8(41,2%)	
HER2	0 (0%)	0	1 (5,9%)	
Luminal A e B	0 (0%)	0	1 (5,9%)	
<14%	2(7,7%)	5(27,8%)	5(26,3%)	0,15
>14%	24(92,3%)	13(72,2%)	14(73,7%)	
Até 2 cm(T1)	0	3(16,7%)	1(5,3%)	0,29
2 a 5 cm (T2)	13(50%)	8(44,4%)	7(36,8%)	
Acima de 5 cm(T3)	11(42,3%)	5(27,8%)	7(36,8%)	
Comprometimento da pele (T4)	2(7,7%)	2(11,1%)	4(21,1%)	
I	5(19,2%)	4(22,2%)	5(26,3%)	0,63

II	11(42,3%)	9(50%)	5(26,3%)	
III	10(38,5%)	5(27,8%)	9(47,4%)	
Presente	6(23,1%)	4(22,2%)	7(36,8%)	0,51
Ausente	20(78,6%)	14(77,8%)	12(63,2%)	
Presente	1(3,8%)	0	1(5,3%)	0,63
Ausente	25(96,2%)	18(100%)	18(94,7%)	
Presente	4(15,4%)	4(22,2%)	4(21,0%)	0,82
Ausente	22(84,6%)	14(77,8%)	15(79,0%)	
Presente	7(28%)	5(27,8%)	9(47,4%)	0,32
Ausente	18(72%)	13(72,2%)	10(52,6%)	

Legenda: Teste de Wilcoxon para verificar se houve diferença significativa intragrupo. Considera-se significativo quando se encontram igual ou inferior a 0,05 (erro do tipo 1 para rejeitar a hipótese nula) * p=valor ≤ 0,05. Análises descritivas das variáveis qualitativas frequência porcentagem (%), número absoluto. IMC: Índice de massa corporal. CINE: Carcinoma não especial, CLI: Carcinoma lobular invasivo, CMM: Carcinoma Mesenquimal metaplásico.

TABELA 2. Avaliação das medidas de sensibilidade com interação entre grupos e tempo T1 e T2. O Grupo Cinesioterapia adotado como grupo comparação, aplicado teste de não inferioridade.

Região do corpo	GS	GA	Tempo t2	GS: grupo/tempo	GA: grupo/tempo
C6 Direito (D)	1,00	1,00	0,62	0,32	0,70
C7 D	0,56	0,57	1,00	0,26	0,24
C8 D	**0,05**	0,99	0,53	0,63	0,98
T1 D	**0,01**	0,73	0,21	**0,04**	0,57
L5 D	0,93	0,65	0,81	0,16	0,87
S1 D	0,62	0,94	0,76	0,27	0,65
PÉS D	0,53	0,50	0,51	0,82	0,41
C6 Esquerdo (E)	0,09	0,45	0,23	0,36	0,59
C7 E	0,54	0,96	0,34	0,84	0,66
C8 E	0,74	0,98	0,36	0,68	0,21
T1 E	0,18	0,38	0,45	0,96	0,42
L5 E	0,78	0,93	0,65	0,17	0,75
S1 E	0,76	0,88	0,46	0,28	0,83

Legenda: O GC- Grupo Cinesioterapia foi adotado como grupo comparação com o GS e GA. Teste t corrigido pelo post hoc de Bonferroni. Considera-se significativo quando se encontram igual ou inferior a 0,05 (erro do tipo 1 para rejeitar a hipótese nula). Valor de P = adotado o valor nominal não ajustado. ANOVA, aplicado por grupos (Agulha, Pastilha e Exercício) e o tempo (pré intervenção e pós).

DOI: 10.51161/iv-conasus/87708

VER-SUS EM PORTO VELHO: INTEGRAÇÃO ENTRE APRENDIZADO, TRABALHO E COMUNIDADE E REFLEXÕES SOBRE A REALIDADE DO SUS

MARCOS HENRIQUE RAMOS DA SILVA

Introdução: O projeto Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS) promove a articulação entre ensino, serviço e comunidade, aproximando a formação acadêmica das realidades territoriais e dos serviços de saúde. A experiência possibilita uma compreensão crítica dos princípios, potencialidades e desafios do Sistema Único de Saúde (SUS), contribuindo para uma formação profissional voltada às necessidades da população. **Objetivo:** Relatar a experiência de participação no VER-SUS em Porto Velho, Rondônia, destacando aspectos relacionados à Atenção Primária à Saúde, Educação Permanente em Saúde, gestão, recursos humanos, acesso, equidade e Redes de Atenção à Saúde. **Relato de experiência:** A vivência ocorreu durante sete dias, incluindo visitas a unidades de Atenção Primária, serviços especializados, hospital, centros de reabilitação, equipamentos de assistência social e comunidade ribeirinha. Na Unidade Básica de Saúde da Vila Princesa, foram observados desafios relacionados à infraestrutura, conectividade, recursos humanos e continuidade de ações programáticas, evidenciando impactos das limitações estruturais sobre a integralidade do cuidado. No Hospital Infantil Cosme e Damião, foi possível compreender a complexidade da atenção especializada e sua articulação com os demais pontos da rede. Na comunidade ribeirinha de São Carlos, destacou-se a organização territorial e a presença de equipe de saúde durante a semana, com plantões nos finais de semana, demonstrando a capacidade de capilarização do SUS e a busca pela equidade no acesso, mesmo diante de barreiras geográficas. As discussões sobre Educação Permanente em Saúde possibilitaram refletir sobre a problematização do cotidiano e a transformação das práticas, ressaltando a integração entre ensino, atenção, gestão e controle social. **Conclusão:** A experiência evidenciou a complexidade e a capilaridade do SUS, permitindo reconhecer potencialidades e fragilidades relacionadas à gestão, infraestrutura, recursos humanos e organização da rede. A vivência reforçou a importância da integração ensino-serviço-comunidade e da Educação Permanente em Saúde na formação de profissionais críticos, capazes de compreender as necessidades territoriais e contribuir para a qualificação do cuidado e o fortalecimento do SUS.

Palavras-chave: **ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE; EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE; SISTEM UNICO DE SAÚDE**

DOI: 10.51161/iv-conasus/87714

A SIGNIFICÂNCIA DAS PARTEIRAS NA ALDEIA INDÍGENA PATAXÓ BARRA VELHA

ALZEANE M. FERREIRA

Introdução: A arte de partejar é vista como sendo um ato de resistência diante do histórico do povo pataxó. A parteira tem seu legado na história da humanidade, especialmente as parteiras indígenas que são detentoras dos conhecimentos ancestrais e práticas culturais, preservadas há décadas e perpassadas por gerações. **Objetivo**: verificar a força do processo cultural da Parteira Indígena frente às práticas públicas de saúde, o perfil das parturientes indígena da Aldeia Barra Velha, dentro do resgate cultural histórico e a promoção de saúde das gestantes indígena da aldeia Barra Velha, frente às práticas públicas existentes. **Relato de caso/experiência**: Ainda nos dias atuais este povo permanece em seu território tradicional, preservando seus costumes originários ou buscando resgatá-los. Quanto à significância no processo de saúde/doença, às parteiras protagonizam a permanência de uma cultura e o acolhimento tão peculiar a este momento da vida. Indispensável no entanto, a interação com a equipe multidisciplinar de saúde indígena, e o respeito a essas tradicionais curadoras que sobrevivem a todas as revoluções tecnológicas e o aparecimento da medicina moderna. Essas profissionais geralmente rotuladas como figuras lendárias na história da humanidade, confundidas com as Doulas, demonstra a fragilidade nos saberes e estudos, a respeito da instituição da profissão das parteiras tradicionais, embora existem distintas discrepâncias no modelo assistencial, pois as Doulas cabe o apoio emocional, massagens etc., as parteiras preparam a mulher, faz banhos e chás com ervas, rezas (acolhimento espiritual distinto) ajudando a mulher nesse momento de travessia sagrada “o nascimento”. **conclusão**: Em síntese uma profissão tão conceituada não merece viver no anonimato sem o reconhecimento, tendo em vista que no século XIX, chegaram a ser remunerados pela sua atuação, no entanto, existe uma amorosidade muito grande nos processos de avaliação da profissão. De tal modo a interação entre saberes precisa ser fortalecida nas comunidades, profissionais de saúde; e a medicina tradicional indígena, trabalhando o respeito como vínculo de transformações entre os povos. A mobilização do poder público e SESAI é imprescindível, na intervenção de regularização profissional.

Palavras-chave: **PARTEIRAT INDIGENA TRADICIONAL; SIGNIFICÂNCIA; VALORIZAÇÃO PROFISSIONAL**

DOI: 10.51161/iv-conasus/87715

O IMPACTO DA ENDOMETRIOSE NA CAPACIDADE REPRODUTIVA FEMININA UMA REVISÃO DE LITERATURA

MARIANA MERINO CHAPAVAL; ROSANGELA VILLA MARIN-MIO

INTRODUÇÃO: A endometriose, uma condição crônica ginecológica estrogênio dependente inflamatória, caracterizada pela presença de tecido endometrial fora da cavidade uterina, afeta ovários, tubas uterinas e peritônio pélvico, afetando aproximadamente 10% das mulheres em idade fértil e seu processo fisiopatológico envolve múltiplos fatores, podendo ocasionar problemas na capacidade reprodutiva em até 50% das mulheres, impactando suas vidas com sintomas significativos, como dor pélvica crônica, dismenorreia e resultar em infertilidade. **OBJETIVO:** Avaliar como a endometriose afeta a fertilidade. **METODOLOGIA:** Revisão narrativa em dados PubMed, utilizando descritores MeSH “endometriosis” e “infertility”, combinados pelos operadores booleanos AND e OR. Foram incluídas revisões narrativas e minirevisões dos últimos 5 anos, completos e gratuitos. **RESULTADOS:** A distorção anatômica e adesão pélvica na tuba e ovários, causadas pela inflamação crônica, impactam a ovulação, transporte tubário e restrição da mobilidade ovariana. A dor e dispareunia - profunda ou superficial - reduzem a frequência de relações sexuais, dificultando a concepção. Na endometriose ovariana, a contagem de folículos antrais é significativamente baixa e a responsividade ovariana é prejudicada, embora nem todas as pacientes tenham anovulação. O tecido endometrial ectópico exibe uma anormalidade de expressão de moléculas de implantação que compromete os processos celulares na janela de implantação, tornando o endométrio saudável não receptivo para a nidação do embrião. Ocorre resistência da progesterona e dominância de estrogênio, dificultando o processo fisiológico da ação destes hormônios sobre o endométrio para a implantação. A Inflamação crônica é causada pela menstruação retrógrada e os sangramentos cíclicos dos endometriomas que expõem a cavidade peritoneal a eritrócitos hemolisados, detritos celulares e aos DAMPs, o que agrava os níveis de agentes inflamatórios como citocinas, quimiocinas, prostaglandinas e espécies reativas de oxigênio que perpetuam um ciclo inflamatório crônico. Portanto, níveis elevados destes agentes na cavidade peritoneal podem desregular esse ambiente reprodutivo, impossibilitar a motilidade espermática e reduzir a qualidade dos óvulos e do embrião, estresse oxidativo e disfunção na função mitocondrial, meiose e no possível desenvolvimento do embrião. **CONCLUSÃO:** A endometriose afeta a capacidade reprodutiva feminina pela convergência da inflamação crônica, menor receptividade uterina, adesões pélvicas, distorções anatômicas, reserva ovariana, dor pélvica e dispareunia, contribuindo para a infertilidade.

Palavras-chave: **ENDOMETRIOSE; INFERTILIDADE; INFLAMAÇÃO**

DOI: 10.51161/iv-conasus/87716

ARTETERAPIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: POTENCIALIDADES E DESAFIOS DE UMA EXPERIÊNCIA EM UM MUNICÍPIO DO INTERIOR DE RONDÔNIA

GABRIELA MONTEIRO DE AQUINO

Introdução: A saúde mental constitui uma demanda relevante na Atenção Primária à Saúde (APS), evidenciando a necessidade de ampliar as estratégias de cuidado para além do atendimento individual. Nesse contexto, as oficinas terapêuticas podem constituir espaços de acolhimento, expressão, interação e fortalecimento de vínculos, utilizando recursos como a arteterapia para favorecer processos de autonomia e participação. **Objetivo:** Relatar a experiência de implementação de oficinas terapêuticas com utilização da arteterapia como recurso de cuidado em saúde mental, destacando suas potencialidades e os desafios identificados durante sua execução na Atenção Primária à Saúde. **Relato de experiência:** A experiência foi desenvolvida no município de Espigão do Oeste, Rondônia, a partir da articulação entre a APS e o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), por psicólogos residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família. A proposta surgiu a partir da identificação de demandas recorrentes nos atendimentos psicológicos individuais, como isolamento social, dificuldades de socialização, baixa autoestima, dificuldades na expressão emocional e fragilidade dos vínculos, evidenciando a necessidade de espaços coletivos de convivência, expressão e fortalecimento de potencialidades. Iniciada em setembro de 2025, a proposta envolveu usuários adultos acompanhados pelos serviços. Foram realizadas quatro oficinas, com aproximadamente 20 participantes por encontro. As atividades foram estruturadas em momentos de acolhimento, reflexão, vivência arteterapêutica e compartilhamento das experiências, utilizando recursos como desenho, pintura e produções artísticas. Observou-se ótima adesão dos participantes, favorecendo a interação, a troca de experiências e o fortalecimento de vínculos. A experiência também ampliou as possibilidades de cuidado terapêutico, de forma complementar ao acompanhamento individual, além de fortalecer a articulação entre APS e CAPS. Entre os desafios, destacaram-se a disponibilidade inicial de materiais, o espaço físico e a organização necessária para execução das atividades. **Conclusão:** A experiência evidenciou o potencial das oficinas terapêuticas mediadas pela arteterapia como estratégia complementar de cuidado em saúde mental, ampliando as possibilidades de atuação da Psicologia na APS e favorecendo espaços coletivos de expressão, interação e promoção da saúde.

Palavras-chave: **ARTETERAPIA; ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE; SAÚDE MENTAL**

DOI: 10.51161/iv-conasus/87723

HUMANIZAÇÃO DO CUIDADO EM ENFERMARIAS PEDIÁTRICAS: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

MELISSA PAES LEME ALBERTO OLIVEIRA SILVA; LEONARDO ALVES REZENDE; JULIA NASCIMENTO FLORES; JULIANA MARIOTI; JULIANA CALLEGARIS GOMES; MARIANA APARECIDA CHAGAS

Introdução: A internação pediátrica pode provocar alterações emocionais, comportamentais e sociais na criança, além de repercutir no bem-estar familiar. Nesse contexto, a humanização da assistência torna-se um eixo fundamental para qualificar o cuidado hospitalar, exigindo atuação integrada entre diferentes categorias profissionais e valorizando aspectos relacionais, educativos e psicossociais do processo saúde-doença. **Objetivo:** Analisar, por meio de revisão bibliográfica, as principais estratégias multiprofissionais utilizadas para promover a humanização da assistência em unidades pediátricas hospitalares. **Metodologia:** Realizou-se uma revisão bibliográfica de caráter descritivo e qualitativo, baseada na análise de artigos científicos nacionais que abordam humanização hospitalar, cuidado pediátrico, brinquedo terapêutico, ambiência hospitalar, comunicação em saúde e participação familiar durante a hospitalização infantil. Foram considerados estudos que discutiam intervenções voltadas à criança, à família e à equipe de saúde no contexto hospitalar. **Resultados:** A literatura analisada evidenciou que as estratégias de humanização mais frequentes envolvem o uso do brinquedo terapêutico, atividades lúdicas, música, leitura mediada, eventos recreativos, adequação dos espaços hospitalares e fortalecimento da comunicação entre profissionais, crianças e familiares. Essas ações contribuem para redução da ansiedade, melhor compreensão dos procedimentos, maior adesão ao tratamento e fortalecimento do vínculo terapêutico. Observou-se que a efetividade dessas intervenções depende da articulação entre enfermagem, medicina, psicologia, fisioterapia, serviço social, pedagogia hospitalar e demais profissionais envolvidos no cuidado. Também foram identificados desafios relacionados à limitação de recursos, à sobrecarga de trabalho, à fragmentação das práticas assistenciais e à necessidade de educação permanente para consolidação de uma cultura institucional humanizada. **Conclusão:** A humanização da assistência pediátrica requer abordagem multiprofissional, interdisciplinar e centrada na criança e em sua família. Estratégias lúdicas, acolhimento qualificado, escuta ativa e participação familiar demonstram potencial para minimizar os impactos da hospitalização e promover cuidado integral. Para programas de residência em hospitais de ensino, a incorporação dessas práticas representa importante ferramenta para qualificar a assistência, fortalecer o trabalho em equipe e ampliar a integralidade do cuidado em pediatria.

Palavras-chave: **SAÚDE INTEGRAL; HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA; SAÚDE DA CRIANÇA**

DOI: 10.51161/iv-conasus/87728

EDUCAÇÃO MULTIPROFISSIONAL PARA AVALIAÇÃO INTEGRAL DA PESSOA IDOSA: RELATO DE EXPERIÊNCIA DE UM CURSO DE CAPACITAÇÃO PARA ESTUDANTES DA GRADUAÇÃO EM SAÚDE

GABRIELA VITÓRIA DOS SANTOS; ANA LUIZA SOARES DOS SANTOS; JÚLIA CHERMONT CREMA; DANIEL GIATTI DE SOUSA; JULIANA APARECIDA BOARETTO; ROSAMARIA RODRIGUES GARCIA; LAURA CRISTINA PEREIRA MAIA

INTRODUÇÃO: O envelhecimento populacional brasileiro impõe novos desafios à formação profissional em saúde. O IBGE estima que 70 milhões de pessoas terão 60 anos ou mais em 2050, tornando o Brasil uma das nações mais envelhecidas. Neste contexto, a Avaliação Multiprofissional da Pessoa Idosa (AMPI) surge como competência essencial para as graduações em saúde. **OBJETIVO:** Relatar a experiência de implementação de um programa de capacitação em Avaliação Multiprofissional da Pessoa Idosa (AMPI) para estudantes de graduação em saúde, destacando contribuição para a educação permanente e a qualificação do cuidado integral ao idoso no contexto do SUS. **MÉTODO:** Trata-se de um relato de experiência sobre o programa de capacitação continuada "AMPI: Avaliação Multiprofissional da Pessoa Idosa", desenvolvido pela Universidade Municipal de São Caetano do Sul (USCS) em 2025. O curso foi estruturado em módulos temáticos acerca do envelhecimento e AMPI, avaliação clínica, sociodemográfica, funcional, cognitiva e do humor; funcionalidade e qualidade de vida; e síntese e plano de cuidados multiprofissionais. O conteúdo foi elaborado com fundamentação teórica e instrumentos validados (como MoCA, GDS-15 e WHOQOL-OLD), além de instruções para aplicação, interpretação dos resultados e pontos-chave para fixação. O material foi desenvolvido em e-book, baseado na experiência de pesquisa da USCS e em evidências científicas gerontológicas. **RESULTADOS:** A abordagem multiprofissional permitiu que os estudantes compreendessem o papel colaborativo na avaliação integral do idoso. O material contempla as dimensões teórica e prática, com aplicação em níveis de atenção à saúde. A integração de dados da AMPI em matriz de síntese facilita a construção de planos de cuidado centrados nas metas, valores e preferências do idoso, alinhados aos princípios do SUS: integralidade, equidade e cuidado humanizado. **CONCLUSÃO:** A experiência de implementação do Curso AMPI evidencia a importância da educação multiprofissional na formação de recursos humanos qualificados para o cuidado integral da pessoa idosa. A educação permanente em saúde, estruturada e baseada em evidências, contribui para a qualificação profissional e para práticas alinhadas às políticas públicas de envelhecimento ativo e cuidado centrado no idoso no SUS. Este relato reforça o compromisso com a formação crítica e reflexiva de estudantes para responder aos desafios demográficos contemporâneos.

Palavras-chave: **AVALIAÇÃO GERIÁTRICA AMPLA; SUS; FORMAÇÃO MULTIPROFISSIONAL**

DOI: 10.51161/iv-conasus/87733

INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL APLICADA AOS REGISTROS DE ENFERMAGEM PARA DETECÇÃO PRECOCE DA DETERIORAÇÃO CLÍNICA: IMPLICAÇÕES PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE NO SUS

RAQUEL NERES; ALESSANDRO LIA MONDELLI

Introdução: A deterioração clínica de pacientes hospitalizados pode evoluir rapidamente para eventos adversos graves, tornando o reconhecimento precoce de alterações clínicas fundamental para a segurança do paciente. Os registros de enfermagem constituem importante fonte de informações longitudinais sobre sinais, sintomas e mudanças no estado clínico. Nesse contexto, ferramentas de inteligência artificial (IA) apresentam potencial para analisar dados estruturados e não estruturados provenientes dos registros eletrônicos e auxiliar na identificação antecipada de padrões associados à deterioração clínica. **Objetivo:** Analisar as evidências acerca da utilização de inteligência artificial aplicada aos registros de enfermagem para identificação precoce da deterioração clínica e discutir suas implicações para a segurança do paciente no contexto do Sistema Único de Saúde. **Metodologia:** Revisão de literatura sobre o uso de inteligência artificial, aprendizado de máquina e processamento de linguagem natural aplicados a registros clínicos e de enfermagem para identificação ou predição de deterioração clínica em pacientes hospitalizados. Foram consideradas publicações que abordassem a utilização de dados provenientes de prontuários eletrônicos, registros narrativos, sinais vitais e demais informações assistenciais, bem como aspectos relacionados à segurança do paciente e à aplicabilidade dessas tecnologias na prática clínica. **Resultados:** As evidências apontam potencial da IA para identificar padrões de deterioração clínica a partir da integração de informações registradas longitudinalmente, possibilitando reconhecimento antecipado de alterações que podem não ser prontamente identificadas pela análise isolada dos dados. A utilização de registros de enfermagem pode ampliar a capacidade preditiva dos modelos por incorporar informações clínicas relevantes e continuamente atualizadas. Entretanto, permanecem desafios relacionados à qualidade e padronização dos registros, interoperabilidade dos sistemas, transparência dos modelos, falsos alertas, integração ao fluxo de trabalho e necessidade de validação em diferentes cenários assistenciais. No SUS, aspectos relacionados à infraestrutura tecnológica e às desigualdades entre serviços devem ser considerados. **Conclusão:** A aplicação de IA aos registros de enfermagem apresenta potencial para apoiar a identificação precoce da deterioração clínica e fortalecer a segurança do paciente. Sua incorporação ao SUS deve ocorrer de forma responsável, associada à qualificação dos registros, validação clínica, interoperabilidade, governança dos dados e manutenção do julgamento profissional na tomada de decisão.

Palavras-chave: **INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL; REGISTROS DE ENFERMAGEM; SEGURANÇA DO PACIENTE**

DOI: 10.51161/iv-conasus/87736

CUIDADOS PALIATIVOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: DESAFIOS PARA IDENTIFICAÇÃO PRECOCE E CONTINUIDADE DO CUIDADO NO SUS

HELANA SILVA DE MENEZES; MEIRIELLY NETTO DE OLIVEIRA; ANA LUIZA GUIMARÃES CARVALHO BARBOSA

Introdução: Os cuidados paliativos (CP) visam melhorar a qualidade de vida de pessoas com doenças graves e ameaçadoras à vida, por meio do controle de sintomas e atenção às suas necessidades. Indicados desde o diagnóstico, e não apenas na terminalidade, tornam-se cada vez mais necessários diante do envelhecimento populacional e do aumento das doenças crônicas. Nesse cenário, a Atenção Primária à Saúde (APS) assume papel estratégico no acompanhamento contínuo e territorial. Entretanto, dificuldades na identificação precoce e na articulação dos serviços comprometem a continuidade desse cuidado no Sistema Único de Saúde (SUS). **Objetivo:** Analisar os desafios à identificação precoce e continuidade dos cuidados paliativos na APS no SUS. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, realizada nas bases Biblioteca Virtual em Saúde, PubMed e Google Acadêmico. A estratégia de busca foi elaborada a partir dos Descritores em Ciências da Saúde e seus correspondentes em inglês, utilizando os termos “cuidados paliativos”, “Atenção Primária à Saúde”, “Sistema Único de Saúde” e “Brasil”, combinados pelos operadores booleanos AND e OR. Foram incluídas publicações completas, em português e inglês, dos últimos cinco anos, contemplando estudos observacionais, revisões, estudos comparativos e diretrizes. Foram excluídas pré-publicações, textos duplicados, incompletos e publicações não relacionadas à temática. **Resultados:** Os achados evidenciaram barreiras educacionais, conceituais e organizacionais para a oferta de CP na APS. A formação insuficiente dos profissionais contribui para insegurança no manejo de sintomas e na comunicação de más notícias. Além disso, a associação dos CP à terminalidade e às doenças oncológicas favorece a identificação tardia, especialmente em pacientes com doenças crônicas não oncológicas. Embora instrumentos como SPICT, NECPAL, Gold Standards Framework e “Pergunta Surpresa” auxiliem na identificação precoce, sua utilização ainda é pouco sistematizada. Somam-se a isso falhas na articulação entre APS e serviços especializados, incluindo dificuldades na referência e contrarreferência, que comprometem a continuidade do cuidado. **Conclusão:** A oferta de CP na APS é limitada por lacunas na formação profissional, identificação precoce e articulação da rede. O fortalecimento da capacitação das equipes e da integração entre serviços é essencial para consolidar a APS como coordenadora do cuidado paliativo e favorecer assistência integral no SUS.

Palavras-chave: **ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE; CUIDADOS PALIATIVOS; SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

DOI: 10.51161/iv-conasus/87737

MONITORAMENTO E BUSCA ATIVA COMO ESTRATÉGIA DE ADESÃO AO TRATAMENTO À TERAPIA ANTIRRETROVIRAL DA PESSOA VIVENDO COM HIV

MARIANA APARECIDA CHAGAS; LEONARDO ALVES RESENDE; JULIANA MARIOTI; JULIANA CALLEGARIS GOMMES; MELISSA PAES LEME ALBERTO OLIVEIRA SILVA; JULIA NASCIMENTO FLORES

Introdução: A infecção pelo HIV constitui importante desafio para a saúde pública. O HIV é um retrovírus que afeta células sistema imunológico. Com os avanços proporcionados pela terapia antirretroviral (TARV), viabilizou maior sobrevida e qualidade de vida às pessoas vivendo com HIV (PVHIV). A adesão ao tratamento é um processo multifatorial, perpassado por questões clínicas, psicológicas e sociais. Dessa forma, o monitoramento e busca ativa formam estratégias de identificação de irregularidades no seguimento do tratamento, prevenir perda do seguimento e continuidade do cuidado. **Objetivo:** Analisar, na literatura científica, as contribuições do monitoramento e da busca ativa para a adesão à TARV e a manutenção da continuidade do cuidado às PVHIV. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão bibliográfica, de caráter descritivo, realizada mediante busca de produções científicas indexadas em bases de dados da saúde (SciELO). Utilizaram-se termos relacionados à adesão à TARV, monitoramento clínico, busca ativa e continuidade do cuidado de PVHIV. Foram incluídos artigos originais e documentos institucionais publicados nos últimos anos que abordassem estratégias de acompanhamento, identificação de irregularidades terapêuticas e revinculação aos serviços de saúde, excluindo-se estudos duplicados ou divergentes do escopo analítico. **Resultados:** A literatura aponta que o monitoramento possibilita identificar precocemente usuários com dificuldades na continuidade do tratamento ou que estão em abandono, favorecendo intervenções mais diretivas. A busca ativa, realizada por meio de contatos telefônicos, mensagens e outras tecnologias de comunicação, apresenta potencial para fortalecer o vínculo do usuário com a rede, ampliar a comunicação entre usuários e profissionais e favorecer a revinculação aos serviços. Entretanto, foram identificadas barreiras relacionadas à desatualização dos dados cadastrais, mudanças nos contatos telefônicos, limitações dos sistemas de informação, dificuldades de integração entre os serviços e necessidade de preservação da confidencialidade do diagnóstico. A articulação entre diferentes pontos da rede de atenção mostra-se relevante para a atualização das informações e continuidade do acompanhamento. **Conclusão:** O monitoramento e a busca ativa configuram estratégias importantes para fortalecer a adesão à TARV e reduzir perdas de seguimento. Sua efetividade depende da integração dos serviços, qualificação dos sistemas de informação, comunicação adequada e atuação multiprofissional, contribuindo para um cuidado integral e humanizado às PVHIV.

Palavras-chave: **ADESÃO À MEDICAÇÃO; CONTINUIDADE DA ASSISTÊNCIA AO PACIENTE; MONITORAMENTO EPIDEMIOLÓGICO**

DOI: 10.51161/iv-conasus/87738

PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: DESAFIOS ESTRUTURAIS E POTENCIALIDADES PARA A INTEGRALIDADE NO SUS

HÁRYAN ALVES

Introdução: As Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) configuram-se como eixo estratégico reconhecido das políticas públicas brasileiras, expandindo o escopo terapêutico e o modelo assistencial do Sistema Único de Saúde (SUS). Na Atenção Primária à Saúde (APS), tais abordagens potencializam a promoção da saúde, o autocuidado e o cuidado ampliado. Contudo, sua efetivação territorial permanece marcada por assimetrias estruturais. **Objetivo:** Analisar criticamente as contribuições das PICS para a concretização da integralidade do cuidado na APS, bem como os determinantes e desafios macroestruturais que incidem sobre sua implementação no SUS. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão bibliográfica conduzida por meio de buscas sistemáticas nas bases PubMed, LILACS e BVS, com o emprego de descritores controlados cruzados por operadores booleanos. Foram selecionadas produções científicas em português, inglês e espanhol alinhadas aos eixos temáticos do estudo. **Resultados:** Os achados na literatura demonstram que as PICS podem ampliar as possibilidades terapêuticas na APS. Em contrapartida, os estudos evidenciam barreiras críticas, como a desigualdade na oferta dessas práticas, o déficit na formação acadêmica e permanente dos profissionais, fragilidades operacionais e escassez de recursos. Superar esse panorama exige a sinergia entre planejamento gerencial e práxis profissional, fundamentada na educação permanente. **Conclusão:** As PICS revelam expressivo potencial para consolidar a integralidade e a centralidade do sujeito no SUS. A expansão equitativa e a sustentabilidade dessas terapêuticas dependem de investimentos na qualificação profissional, na governança dos serviços e no fortalecimento das diretrizes de políticas públicas, garantindo o acesso e a utilização dessas práticas através de sua consolidação no SUS.

Palavras-chave: **ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE; PRÁTICAS INTEGRATIVAS; POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE**

DOI: 10.51161/iv-conasus/87740

TELEMEDICINA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: BARREIRAS AO ACESSO E DESAFIOS PARA A ASSISTÊNCIA NO BRASIL

MEIRIELLY NETTO DE OLIVEIRA; LAISY CAMPISTA ANDRADE SANT ANNA; EDUARDO RODRIGUES GOULARTE

Introdução: A telemedicina utiliza tecnologias digitais para ampliar o acesso aos cuidados em saúde, especialmente em regiões com dificuldades de acesso presencial. Na Atenção Primária à Saúde (APS), pode favorecer a continuidade do cuidado e a comunicação entre profissionais e usuários. Entretanto, sua implementação no Brasil enfrenta barreiras relacionadas à internet, desigualdades socioeconômicas, inclusão digital e limitações da assistência à distância, tornando necessário compreender impactos no acesso e na qualidade do cuidado no SUS. **Objetivos:** Avaliar os entraves do uso da telemedicina na atenção primária à saúde e seus impactos no diagnóstico, tratamento e humanização do paciente. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, realizada nas bases Biblioteca Virtual em Saúde, PubMed e Google Acadêmico. A estratégia de busca foi elaborada a partir dos Descritores em Ciências da Saúde e seus correspondentes em inglês, utilizando os termos “Telemedicina”, “Atenção Primária à Saúde”, “Barreiras ao Acesso aos Cuidados de Saúde” e “Brasil”, combinados pelo operador booleano AND. Foram incluídas publicações completas, em português e inglês, dos últimos cinco anos, contemplando estudos observacionais, revisões, estudos comparativos e diretrizes. Foram excluídas pré-publicações, estudos duplicados, incompletos e publicações não relacionadas à temática. **Resultados:** Os estudos demonstraram que a telemedicina amplia o acesso aos serviços de saúde, reduz deslocamentos e favorece a continuidade do cuidado, especialmente em áreas remotas ou com dificuldade de acesso presencial. Também contribui para o acompanhamento de doenças crônicas, troca de informações e comunicação entre profissionais. Entretanto, persistem barreiras relacionadas à exclusão digital, acesso limitado ou instável à internet, desigualdades socioeconômicas e dificuldades de acessibilidade. Além disso, as limitações do exame físico à distância podem dificultar a avaliação clínica, o diagnóstico e o manejo de determinadas condições. A capacitação insuficiente dos profissionais e a adaptação aos recursos tecnológicos também podem comprometer sua efetividade. Assim, a telemedicina apresenta maior potencial quando integrada ao atendimento presencial, de forma complementar. **Conclusão:** A telemedicina pode ampliar o acesso e fortalecer a continuidade da assistência na Atenção Primária à Saúde. Contudo, sua efetividade depende da redução das desigualdades digitais, investimento em infraestrutura, qualificação profissional e adoção de protocolos que garantam cuidado seguro, acessível e equitativo.

Palavras-chave: **TELEMEDICINA; ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE; BARREIRAS AO ACESSO AOS CUIDADOS DE SAÚDE”**

A ATUAÇÃO DE ACADÊMICOS DE MEDICINA NA EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA PREVENÇÃO DO CÂNCER COLORRETAL: RELATO DE EXPERIÊNCIA

ALLANA CARLA SILVA DE JESUS; ALANNA MAYRA RODRIGUES ALMEIDA; ANTONIO PEREIRA DA SILVA FILHO; ÁTHINA LUÍSA DA PENHA MENDONÇA; HELLEN DE FÁTIMA CORREA SANTOS; LOUHRANY GARCIA GUIMARÃES; LUIGG MICHEL FERNANDES DE SOUSA

RESUMO

O câncer colorretal destaca-se como uma das neoplasias de maior incidência e mortalidade no Brasil, apresentando elevado potencial de prevenção primária e secundária que é frequentemente prejudicado pela desinformação, pelos tabus sociais e pelo diagnóstico tardio. Diante dessa problemática, este projeto de intervenção teve como objetivo promover a educação em saúde junto à comunidade da Vila Padre Xavier, em São Luís do Maranhão, visando conscientizar a população sobre a campanha Março Azul-Marinho, esclarecer os principais fatores de risco, sinais e sintomas da doença, desmistificar exames de rastreamento e incentivar a adoção de um estilo de vida saudável. A metodologia adotada consistiu em uma ação comunitária fundamentada em estratégias pedagógicas ativas e lúdicas, utilizando recursos como a exposição de maquete anatômica do trato digestivo grosso, a aplicação de uma roleta interativa de perguntas e respostas, a realização de rodas de conversa e a distribuição de cartazes e panfletos informativos. Os resultados obtidos demonstraram expressiva participação e engajamento dos residentes, promovendo a ampliação do conhecimento acerca da importância do diagnóstico precoce, a desmistificação de exames como a colonoscopia, o reconhecimento de sintomas de alerta (como sangramento nas fezes e alterações intestinais) e o estímulo à mudança comportamental, além de fortalecer a integração entre a equipe de saúde e os moradores, superando resistências iniciais do público. Por fim, conclui-se que a continuidade de ações educativas no âmbito comunitário é fundamental para romper o silêncio que envolve a patologia, combater barreiras culturais e incentivar o rastreio preventivo contínuo, fator determinante para assegurar diagnósticos precoces, prognósticos favoráveis e a redução da mortalidade populacional.

Palavras-chave: Neoplasias do cólon; Março Azul-Marinho; Atenção Primária à Saúde.

1 INTRODUÇÃO

O câncer colorretal configura-se como um dos principais problemas de saúde pública global e nacional, figurando como a segunda neoplasia mais incidente no Brasil em ambos os sexos, atrás apenas dos tumores de próstata e mama (INCA, 2022). Apesar de apresentar alto potencial de prevenção primária — mediante a adoção de hábitos de vida saudáveis — e de prevenção secundária — por meio do rastreamento de lesões pré-malignas —, a patologia ainda registra elevadas taxas de morbimortalidade (Moraes et al., 2023). Nesse cenário, a Atenção Primária à Saúde (APS) consolida-se como o espaço estratégico central para o desenvolvimento de ações de promoção da saúde e vigilância, integrando equipes

DOI: 10.51161/iv-conasus/87756

multiprofissionais e estudantes no fortalecimento do cuidado comunitário.

A relevância e a justificativa deste estudo fundamentam-se no fato de que o diagnóstico tardio do câncer colorretal está diretamente associado à desinformação populacional, a tabus culturais referentes aos exames de rastreamento — como a pesquisa de sangue oculto nas fezes e a colonoscopia — e à negligência quanto aos sinais de alerta e fatores de risco modificáveis, a exemplo do sedentarismo e da alimentação ultraprocessada (Silva et al., 2023; Maynart et al., 2025). Diante dessa lacuna informacional, a inserção de acadêmicos de Medicina em atividades de extensão e territorialização promove o uso de metodologias ativas e recursos didático-pedagógicos lúdicos, capazes de traduzir o conhecimento científico em uma linguagem acessível e empoderadora (Almeida et al., 2024). Essa prática não apenas contribui para a desmistificação da doença na comunidade, mas também aprimora as competências de comunicação, empatia e responsabilidade social dos futuros médicos.

Diante do exposto, este trabalho tem como objetivo relatar a experiência de acadêmicos de Medicina na elaboração e execução de um projeto de intervenção voltado à educação em saúde para a prevenção do câncer colorretal, desenvolvido em uma comunidade assistida pela Atenção Primária no contexto da campanha Março Azul-Marinho.

2 RELATO DE EXPERIÊNCIA

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, referente a um projeto de intervenção em educação em saúde voltado à prevenção e ao rastreamento do câncer colorretal. A ação foi desenvolvida na Associação de Moradores da Vila Padre Xavier, localizada no bairro Bequimão, em São Luís, Maranhão, área adscrita ao Centro de Saúde Ipase (Atenção Primária à Saúde). A população-alvo constituiu-se por moradores da comunidade local e usuários do serviço de saúde que compareceram espontaneamente à atividade promovida durante a campanha Março Azul-Marinho. A amostra, definida de forma não probabilística e por conveniência, contou com a participação de residentes de ambos os sexos e de variadas faixas etárias.

Para a execução da intervenção, adotou-se uma abordagem pedagógica fundamentada em metodologias ativas e lúdicas. Os instrumentos didáticos empregados incluíram:

- Cartazes informativos e panfletos educativos com linguagem simples e recursos visuais sobre fatores de risco, sinais de alerta e prevenção;
- Cartões didáticos de síntese com conceitos-chave;
- Maquete anatômica tridimensional do intestino grosso, utilizada para demonstrar a evolução de pólipos benignos até o carcinoma;
- Roleta interativa contendo perguntas e respostas relativas à temática, elaborada para incentivar a participação e a problematização do conhecimento de maneira dinâmica. Os procedimentos adotados estruturaram-se em quatro fases sequenciais:
    1. **Planejamento e confecção do material:** reuniões prévias com a preceptoria e levantamento bibliográfico para elaboração do conteúdo dos panfletos, jogos e recursos visuais;
    2. **Acolhimento e sensibilização:** recepção dos moradores no espaço comunitário, apresentação da equipe de acadêmicos de Medicina e contextualização da campanha Março Azul-Marinho;
    3. **Intervenção comunitária ativa:** realização de rodas de conversa mediadas pela roleta pedagógica, explicação prática do processo patológico com suporte da maquete anatômica e desmistificação de exames preventivos, com ênfase na colonoscopia e na pesquisa de sangue oculto nas fezes;
    4. **Consolidação da informação:** distribuição do material impresso para leitura e

fixação das orientações no ambiente domiciliar.

A análise dos dados foi realizada por meio de uma abordagem qualitativa e descritiva, pautada na observação direta participante realizada pelos acadêmicos durante todo o evento. Registraram-se o nível de engajamento e interesse da comunidade, a apreensão dos conteúdo discutidos, as intenções autorrelatadas de mudança no estilo de vida e a superação de dúvidas e mitos expressos espontaneamente pelo público.

3 DISCUSSÃO

A intervenção educativa evidenciou expressivo engajamento e participação ativa dos moradores da comunidade Vila Padre Xavier. A utilização de metodologias ativas e lúdicas (como a roleta interativa, a maquete anatômica e os materiais impressos informativos) atuou como agente facilitador do diálogo, superando o distanciamento e a resistência inicial do público em relação a uma patologia habitualmente estigmatizada. A dinamização da aprendizagem por meio do lúdico corrobora os achados de Almeida et al. (2024), que destacam as estratégias participativas na Atenção Primária à Saúde (APS) como fundamentais para desconstruir a linguagem estritamente técnica, transformar saberes científicos em conhecimento prático e incentivar o protagonismo dos usuários no autocuidado.

Durante as dinâmicas interativas, constatou-se um nível prévio significativo de desinformação na população assistida, sobretudo quanto ao reconhecimento dos primeiros sinais de alerta e à percepção dos fatores de risco associados ao estilo de vida. Os questionamentos levantados pelos participantes concentraram-se na diferenciação entre sintomas de afecções benignas e manifestações sugestivas de neoplasia (como sangue nas fezes e alterações do hábito intestinal), além da influência da alimentação rica em ultraprocessados e carnes processadas no desenvolvimento tumorigênico. O esclarecimento desses aspectos permitiu reforçar a relevância da prevenção primária e do rastreamento precoce, convergindo com as evidências de Silva et al. (2023), que apontam a educação comunitária como pilar indispensável para atenuar o impacto epidemiológico do câncer colorretal através da mudança comportamental.

Outro achado relevante foi a identificação de mitos, inseguranças e tabus associados aos exames diagnósticos, em especial à colonoscopia. Muitos comunitários manifestaram apreensão quanto à invasividade do procedimento ou demonstraram desconhecimento sobre sua dupla função: diagnóstica e preventiva (com a remoção de pólipos pré-cancerosos). A abordagem visual proporcionada pela maquete tridimensional do trato digestivo permitiu ilustrar a história natural da doença, demonstrando a evolução de pólipos benignos para carcinomas. Essa representação concreta facilitou a compreensão de que a identificação e retirada precoce de lesões impede a progressão do tumor. Conforme ponderam Maynart et al. (2025), a superação de barreiras culturais e o esclarecimento sobre os métodos de rastreamento são passos cruciais para elevar as taxas de adesão na população-alvo.

Além dos benefícios diretos à comunidade, a ação promoveu o fortalecimento do vínculo entre a equipe de saúde e os moradores localmente atendidos. Para os acadêmicos de Medicina, a vivência comunitária oportunizou o desenvolvimento de competências essenciais de comunicação humanizada, empatia e extensão universitária, consolidando a formação médica integrada às necessidades da APS. Como limitações da intervenção, apontam-se o tempo restrito de execução inerente às campanhas temporais e o desinteresse pontual de parcela do público, aspectos que reforçam a importância de ações educativas contínuas e permanentes no território.

4 CONCLUSÃO

A intervenção comunitária cumpriu seu objetivo ao promover a educação em saúde para a prevenção e o diagnóstico precoce do câncer colorretal. As estratégias lúdicas e ativas

adotadas democratizaram conceitos científicos sobre fatores de risco, sintomas de alerta e exames de rastreio. A abordagem dinâmica possibilitou desmistificar tabus e superar apreensões quanto à colonoscopia.

A trajetória percorrida demonstrou a relevância da atuação prática de acadêmicos de Medicina na Atenção Primária à Saúde. A ação fortaleceu o canal de integração e acolhimento entre a população local e os serviços de saúde. Identificaram-se como limitações o tempo pontual de execução inerente às campanhas temporais e a resistência inicial apresentada por parcela dos moradores.

Como perspectivas futuras, ressalta-se a necessidade de implementar projetos educativos contínuos e permanentes no território. Recomenda-se a manutenção de abordagens preventivas periódicas para consolidar mudanças comportamentais no estilo de vida e incentivar a busca ativa pelo rastreio precoce.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, R. C. et al. Metodologias ativas na Atenção Primária: potencialidades da extensão universitária em saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 48, n. 1, p. e015, 2024.

BARBOSA, C. A. et al. Atualizações no câncer colorretal: epidemiologia, prevenção, diagnóstico e tratamento. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, [S. l.], v. 7, n. 7, p. 1383-1392, 2025. DOI: 10.36557/2674-8169.2025v7n7p1383-1392. Disponível em: https://bjihs.emnuvens.com.br/bjihs/article/view/5860. Acesso em: 30 abr. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Câncer colorretal: prevenção e detecção precoce. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br. Acesso em: 30 abr. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer (INCA). Câncer de intestino. Rio de Janeiro: INCA, 2022. Disponível em: https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/tipos/intestino. Acesso em: 24 maio 2026.

CAMPOS, F. G. et al. Incidência de câncer colorretal em pacientes jovens. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, v. 44, p. 208-215, 2017.

GASHTI, S. M. et al. Câncer colorretal: principais complicações e a importância do diagnóstico precoce. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 13, n. 4, p. e6888, 2021.

HELLER, E. **A psicologia das cores**: como as cores afetam a emoção e a razão. São Paulo: Olhares, 2013.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). **Estimativa 2023**: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2023. Disponível em: https://www.inca.gov.br. Acesso em: 3 maio 2026.

LEMES, D. K. et al. Câncer colorretal: diagnóstico e tratamento, uma revisão. **Revista de Patologia do Tocantins**, v. 7, n. 3, p. 59-64, 2020.

MALLMANN, G. D. P. et al. Câncer colorretal. **Acta Médica**, Porto Alegre, p. [7]-[7], 2017.

MAYNART, M. M.; TOZZI, V. A. C.; ASSIS, G. L. Z. Rastreamento de câncer colorretal: desafios e perspectivas. **Journal Archives of Health**, v. 6, n. 4, p. e2600, 2025.

MENEZES, C. C. S. et al. Câncer colorretal na população brasileira: taxa de mortalidade no

período de 2005-2015. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 29, n. 2, p. 172-179, abr./jun. 2016.

MORAES, A. B. et al. Desafios no rastreamento e diagnóstico precoce do câncer colorretal na Atenção Primária. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 18, n. 45, p. 3120, 2023.

MOURA, S. F. et al. Padrão sintomatológico em pacientes do câncer colorretal de acordo com a idade. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 66, n. 1, 2020.

SILVA, I. K. A. et al. Câncer colorretal: prevenção, diagnóstico e tratamento. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, v. 6, n. 8, p. 4143-4152, 2024.

SILVA, M.; ERRANTE, P. R. Câncer colorretal: fatores de risco, diagnóstico e tratamento. **UNILUS Ensino e Pesquisa**, v. 13, n. 33, p. 133-140, 2017.

SILVA, M. R. et al. Educação em saúde como ferramenta de prevenção de neoplasias gastrointestinais: revisão integrativa. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 6, n. 2, p. 5420-5432, 2023.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE COLOPROCTOLOGIA (SBCP). **Campanha Março Azul**: prevenção e diagnóstico precoce. São Paulo: SBCP, 2024. Disponível em: https://www.sbcp.org.br. Acesso em: 3 maio 2026.

SUNG, H. et al. Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. **CA: A Cancer Journal for Clinicians**, v. 71, n. 3, p. 209-249, 2021.

ASSISTÊNCIA À SAÚDE DOS POVOS INDÍGENAS NO BRASIL: DESAFIOS, INIQUIDADES E PERSPECTIVAS PARA UM CUIDADO INTERCULTURAL

ALINE LOUREIRO FERRAZ; MARIA GABRIELA LOUREIRO FERRAZ; MARIA EDUARDA FALCÃO RIBEIRO MACHADO; AMANDA GOMES SOARES

Introdução: A assistência à saúde dos povos indígenas no Brasil enfrenta desigualdades históricas e barreiras geográficas, culturais e organizacionais. Apesar dos avanços proporcionados pelas políticas públicas de saúde indígena e pelo SUS, persistem dificuldades de acesso, infraestrutura, disponibilidade de profissionais, comunicação e adequação cultural dos serviços. Nesse contexto, o cuidado intercultural é fundamental para articular conhecimentos biomédicos e saberes tradicionais. Objetivo: Analisar os principais desafios e perspectivas relacionados à assistência à saúde dos povos indígenas no Brasil, considerando acesso, equidade, atuação profissional, interculturalidade e saúde bucal. **Metodologia:** Foi realizada uma síntese de seis estudos de revisão da literatura, incluindo revisões integrativas e de escopo, publicados entre 2020 e 2025. Os trabalhos abordaram assistência geral, equidade e acolhimento no SUS, enfermagem e saúde bucal indígena. **Resultados:** Os estudos evidenciaram como principais barreiras a distância entre comunidades e serviços, dificuldades de transporte, limitações de infraestrutura, insuficiência de profissionais e recursos e barreiras linguísticas e culturais. Também foram identificadas dificuldades na capacitação das equipes e necessidade de maior compreensão das especificidades socioculturais. Na enfermagem, destacaram-se consultas e ações de promoção e prevenção, embora a localização das aldeias, a sobrecarga profissional e a comunicação dificultem a assistência. Em relação à equidade no SUS, os estudos apontaram a necessidade de acolhimento culturalmente adequado, participação comunitária e atuação de agentes indígenas de saúde. A saúde bucal também apresentou desigualdades relacionadas ao acesso aos serviços, condições socioeconômicas, hábitos alimentares e características culturais, reforçando a importância de ações preventivas adaptadas às comunidades. **Conclusão:** A assistência à saúde indígena apresenta avanços, mas ainda enfrenta importantes iniquidades de acesso, recursos, comunicação e adequação cultural. O fortalecimento do cuidado requer capacitação permanente dos profissionais, valorização dos saberes tradicionais, participação das comunidades e estratégias adaptadas às diferentes realidades indígenas. A construção de um modelo equitativo, intercultural e participativo é essencial para garantir o direito à saúde e reduzir desigualdades.

Palavras-chave: **SAÚDE DE POPULAÇÕES INDÍGENAS; SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE; INTERCULTURALIDADE**

DOI: 10.51161/iv-conasus/87759

CRITÉRIOS CLÍNICOS PARA INDICAÇÃO DE TROMBÓLISE NO ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL ISQUÊMICO: DESAFIOS PARA O ACESSO OPORTUNO AO TRATAMENTO NO SUS

LIZ SERRA SANTANA; THAIANNE GABRIELLE FIGUEREDO VELOSO; RHYZIA MARYNE COUTO PEREIRA

Introdução: O acidente vascular cerebral (AVC) isquêmico constitui uma importante causa de mortalidade e incapacidade, sendo a trombólise intravenosa uma das principais estratégias terapêuticas para pacientes elegíveis. Entretanto, o benefício do tratamento é diretamente relacionado à rapidez de sua instituição, tornando o reconhecimento precoce dos sintomas, a avaliação clínica e o acesso oportuno aos serviços especializados determinantes para o prognóstico. No Sistema Único de Saúde (SUS), fatores como demora no reconhecimento dos sinais, dificuldades de transporte, desigualdade na distribuição dos serviços especializados e limitações na organização da rede podem comprometer a utilização dessa terapia. **Objetivo:** Analisar os principais critérios clínicos para indicação de trombólise intravenosa no AVC isquêmico e discutir os fatores relacionados ao acesso oportuno ao tratamento no contexto do SUS. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, realizada nas bases PubMed, SciELO e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Foram incluídos estudos publicados em português e inglês que abordassem critérios de elegibilidade, janela terapêutica, avaliação clínica e acesso à trombólise no AVC isquêmico. Foram excluídos estudos exclusivamente experimentais, pesquisas sem relação com a prática clínica e publicações sem texto completo disponível. **Resultados:** As evidências demonstraram que a seleção adequada dos pacientes depende da avaliação do tempo de início dos sintomas, gravidade do déficit neurológico, exames de imagem e investigação de contraindicações. A administração precoce do trombolítico está associada a melhores desfechos funcionais, enquanto atrasos reduzem o benefício terapêutico. No SUS, barreiras pré-hospitalares e hospitalares, incluindo reconhecimento tardio dos sintomas, demora no transporte, indisponibilidade de serviços especializados e dificuldades na realização de exames, podem limitar o acesso ao tratamento. A organização de fluxos assistenciais e integração entre os diferentes níveis de atenção são estratégias fundamentais. **Conclusão:** A trombólise no AVC isquêmico exige identificação rápida, seleção criteriosa e tratamento dentro da janela terapêutica. A redução das barreiras de acesso no SUS depende do fortalecimento das redes de atenção, qualificação profissional, organização dos fluxos e ampliação da capacidade dos serviços de referência.

Palavras-chave: **ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL; ATENÇÃO À SAÚDE; TROMBÓLISE**

DOI: 10.51161/iv-conasus/87767

MORTALIDADE POR DOENÇA RENAL CRÔNICA NA POPULAÇÃO NEGRA DA FRONTEIRA OESTE DO RIO GRANDE DO SUL

LUIZE GARCIA PIRES; GRACIELE PEREIRA SOUZA

Introdução: A doença renal crônica (DRC) constitui problema de saúde pública, associada à hipertensão arterial, diabetes mellitus e dislipidemias, sendo caracterizada pela perda progressiva e irreversível da função renal. Sua distribuição é influenciada por desigualdades raciais, e a população negra enfrenta barreiras no acesso ao diagnóstico e tratamento, contribuindo para maior vulnerabilidade aos desfechos renais graves. **Objetivo:** Analisar a mortalidade por DRC segundo raça/cor nos municípios de Itaqui, São Borja e Uruguaiana, na Fronteira Oeste do Rio Grande do Sul, entre 2010 e 2024. **Método:** Estudo ecológico com dados secundários do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM/DATASUS). Foram selecionados os óbitos por insuficiência renal crônica (CID-10 N18) ocorridos entre 2010 e 2024 nos municípios de Itaqui, São Borja e Uruguaiana. As variáveis analisadas foram município e raça/cor. Calcularam-se a participação proporcional dos óbitos na população negra e as taxas acumuladas de mortalidade por 100 mil habitantes pretos e pardos utilizando o Censo Demográfico de 2022 como denominador. O estudo foi dispensado de apreciação ética conforme a Resolução CNS nº 510/2016. **Resultados:** Foram registrados 260 óbitos por DRC, dos quais 66 (25,4%) ocorreram em pessoas pretas e pardas. Uruguaiana concentrou 145 óbitos (55,8%), seguida por Itaqui, com 59 (22,7%), e São Borja, com 56 (21,5%). A participação proporcional da população negra entre os óbitos foi de 33,8% em Uruguaiana, 15,3% em Itaqui e 14,3% em São Borja. As taxas acumuladas de mortalidade por DRC na população negra foram de 278,8/100 mil habitantes em Uruguaiana, 141,7/100 mil em Itaqui e 107,4/100 mil em São Borja. Uruguaiana apresentou taxa 1,97 vez superior à de Itaqui e 2,60 vezes superior à de São Borja. Além disso, 74,2% dos óbitos de pessoas negras ocorreram em Uruguaiana, evidenciando concentração territorial da mortalidade. **Conclusão:** A mortalidade por DRC apresentou desigualdade racial e territorial na Fronteira Oeste do Rio Grande do Sul. Uruguaiana concentrou maior número de óbitos, participação proporcional da população negra e taxa de mortalidade de 278,8/100 mil habitantes negros, sugerindo vulnerabilidade ampliada nesse território. Os achados reforçam a necessidade de fortalecer ações de equidade racial, prevenção da DRC e acesso ao cuidado nefrológico na região.

Palavras-chave: **DOENÇA RENAL CRÔNICA; EQUIDADE RACIAL; MORTALIDADE**

DOI: 10.51161/iv-conasus/87768

O PAPEL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA A MULHER: IMPACTOS PSÍQUICOS E DESAFIOS DA ESCUTA QUALIFICADA

ANA CLARA SILVA BARBOSA; CAMILA SANTOS RODRIGUES; GUSTAVO HENRIQUE SOUZA FIGUEIREDO; ISABELA BARBOSA DE BARROS; IZABELLA BANDEIRA BATISTA GONÇALVES; JULLY NUNES ERLACHER; ROSSANDRO NOVAIS FILHO

RESUMO

Esta revisão busca analisar os diversos aspectos em que a violência doméstica aflige o psiquismo feminino, uma vez que esta ultrapassa a dor física, operando como um processo contínuo de anulação da subjetividade e sofrimento psíquico profundo. Na Atenção Primária à Saúde (APS), é a porta de entrada para a escuta ativa das mulheres que muitas vezes buscam auxílio por meio de queixas somáticas vagas e inespecíficas. Contudo, o modelo biomédico tradicional, ao preconizar o alívio imediato dos sintomas físicos, acaba por inviabilizar as situações de violência, revelando a necessidade de uma escuta que vá além do sintoma visível. O objetivo deste trabalho foi analisar o impacto psíquico da violência no cotidiano da mulher e discutir a APS como espaço de acolhimento e reconstrução de vínculos. Trata-se de uma revisão integrativa com buscas nas bases SciELO, PubMed e LILACS com publicações até 2023, considerando estudos relacionados às repercussões da violência sobre a saúde feminina e às possibilidades de identificação e cuidado no âmbito da atenção primária. Os achados evidenciam importantes repercussões da violência sobre a saúde e o bem-estar das mulheres, com comprometimento da autonomia, fragilização das redes de apoio e maior vulnerabilidade em contextos de dependência social e econômica. Evidenciaram-se, ainda, dificuldades dos profissionais de saúde na identificação, abordagem e notificação dessas situações, o que pode contribuir para sua permanência silenciosa nos serviços. Conclui-se que o enfrentamento exige fortalecer a sensibilidade clínica e o preparo das equipes de saúde da família para reconhecer o sofrimento psíquico e garantir um cuidado verdadeiramente humanizado, longitudinal e articulado à rede de atenção e proteção à mulher.

Palavras-chave: Assistência à Saúde; Saúde da mulher; Saúde Mental.

1 INTRODUÇÃO

A violência doméstica contra a mulher não se restringe às marcas corporais ou aos episódios agudos de agressão, constituindo um fenômeno complexo que compromete progressivamente a subjetividade, a autoimagem e a autonomia da mulher em seu próprio espaço de convivência. Estatísticas nacionais apontam que a violência por parceiro íntimo (VPI) afeta uma em cada três mulheres ao longo da vida (OMS, 2021), incidindo de forma mais expressiva sobre populações em situação de maior vulnerabilidade, como mulheres pretas e pardas, jovens e de menor renda. Embora esses dados evidenciem a dimensão

DOI: 10.51161/iv-conasus/87772

quantitativa do problema, suas repercussões ultrapassam os indicadores epidemiológicos e se manifestam de forma significativa no cotidiano, especialmente por meio do sofrimento psíquico.

Apesar dos avanços representados pela Lei Maria da Penha (Lei nº 11.340/2006), a resposta institucional à violência contra a mulher ainda apresenta limitações, sobretudo quando se concentra predominantemente na dimensão punitiva ou nas lesões físicas. Nesse contexto, repercussões menos visíveis, como isolamento social, sentimentos de culpa, alterações do sono e medo persistente, podem permanecer pouco reconhecidas e valorizadas nos serviços de saúde, contribuindo para a invisibilização do sofrimento mental dessas mulheres.

A Atenção Primária à Saúde (APS), por sua inserção territorial e proximidade com o cotidiano das famílias, ocupa posição estratégica na identificação e no acolhimento dessas situações. É na Unidade Básica de Saúde que muitas usuárias estabelecem vínculos longitudinais com as equipes, possibilitando que alterações emocionais, comportamentais e sociais sejam percebidas mesmo antes da revelação espontânea ou da formalização de uma denúncia. Dessa forma, a APS apresenta potencial para atuar não apenas na identificação da violência, mas também no acolhimento das demandas de saúde física e mental relacionadas a esse contexto.

Entretanto, ainda existem entraves na prática assistencial, especialmente em relação à notificação compulsória dos casos de violência nos serviços de saúde, estabelecida pela Lei nº 10.778/2003. A notificação ao Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) pode ser equivocadamente compreendida como equivalente a uma denúncia policial, circunstância que pode gerar insegurança tanto entre usuárias quanto entre profissionais e contribuir para a subnotificação dos casos. Esse cenário pode comprometer a escuta ativa e dificultar o reconhecimento integral das repercussões da violência sobre a saúde da mulher.

Nessa perspectiva, o presente estudo tem como objetivo analisar as evidências científicas acerca do impacto psíquico da violência doméstica contra a mulher, discutindo a importância da escuta qualificada e humanizada no âmbito da Atenção Primária à Saúde como estratégia de acolhimento, fortalecimento da autonomia e garantia de direitos.

2 MATERIAL E MÉTODOS

O presente estudo caracteriza-se como uma revisão integrativa da literatura, método que permite reunir, sintetizar e analisar criticamente as evidências científicas sobre o papel do acolhimento em saúde mental na Atenção Primária. A busca bibliográfica foi desenvolvida nas bases SciELO, PubMed e LILACS, utilizando combinações dos descritores: “violência doméstica”, “saúde mental da mulher”, “sofrimento psíquico” e “Atenção Primária à Saúde”. O recorte temporal principal delimitou-se entre 2013 e 2026 para capturar o panorama epidemiológico e legislativo mais recente. Abriu-se exceção cronológica para a inclusão de um estudo seminal de 2009 devido à sua importância histórica na proposição de tecnologias de escuta qualificada na APS (modelo CONFAD).

Os critérios de inclusão compreenderam: artigos originais e revisões em português ou inglês que abordassem a perspectiva da mulher, os impactos psicológicos da violência e o papel do acolhimento na APS. Foram excluídos estudos focados exclusivamente na dimensão jurídica ou sem interface com a saúde pública. A seleção final incluiu 6 artigos que fundamentaram a análise crítica do tema.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 A Fragmentação do Psiquismo Feminino e as Marcas do Silêncio

A literatura demonstra que as repercussões da violência doméstica sobre o psiquismo feminino são profundas e podem persistir ao longo do tempo. A convivência em um contexto de violência submete a mulher a um estado contínuo de medo e alerta, com repercussões sobre sua rotina, seus vínculos e sua saúde mental. Esse sofrimento, entretanto, não ocorre de maneira isolada, mas se insere em contextos mais amplos de vulnerabilidade social. Na análise realizada por Vasconcelos et al. (2021), mulheres mais jovens e aquelas de menor renda apresentaram maior vulnerabilidade à violência por parceiro íntimo, sendo que a associação com idade e renda permaneceu após o ajuste pelas características sociodemográficas. Essa relação também é discutida pela UN Women (2020), que destaca como a insegurança econômica e a redução da autonomia financeira podem ampliar situações de dependência e dificultar o afastamento de contextos violentos.

Dessa forma, compreender os impactos psíquicos da violência exige reconhecer que o sofrimento da mulher não pode ser dissociado das condições sociais e econômicas que atravessam sua experiência. Ao mesmo tempo, essas repercussões nem sempre chegam aos serviços de saúde acompanhadas de lesões evidentes ou da revelação espontânea da violência. Quando o cuidado se restringe às manifestações corporais, corre-se o risco de tratar suas consequências sem reconhecer o contexto em que são produzidas, contribuindo para que a violência permaneça invisível mesmo diante de contatos recorrentes com os serviços de saúde (D'Oliveira et al., 2009).

Tabela 1 – Manifestações do sofrimento psíquico e subjetivo na mulher em situação de violência.

Dimensão Psíquica	Manifestações e Impactos Observados
Saúde mental e emocional	Sofrimento psíquico, sintomas depressivos e ansiosos, medo e insegurança.
Autonomia e subjetividade	Comprometimento da autonomia, sentimento de desvalorização e repercussões sobre a percepção de si e a capacidade de decisão.
Vínculos e contexto social	Fragilização das redes de apoio, isolamento social e maior vulnerabilidade diante de situações de dependência social e econômica.
Repercussões sobre a saúde	Consequências físicas e psicológicas, alterações no bem-estar e demandas que podem não ser inicialmente relacionadas à violência.
Acesso e cuidado em saúde	Dificuldade na identificação, abordagem e acompanhamento qualificado da violência.

Essas manifestações frequentemente chegam às consultas médicas mascaradas como "queixas vagas" ou dores somáticas persistentes. Quando o olhar clínico é estritamente

biológico, perde-se a oportunidade de enxergar a mulher por trás do sintoma, perpetuando o ciclo de invisibilidade.

3.2 A APS como Espaço de Reconstrução e Escuta Qualificada

Enfrentar a violência na APS exige superar a lógica do mero preenchimento de fichas e avançar para o acolhimento empático. A literatura aponta que a falta de preparo profissional (relatada por mais de 60% dos trabalhadores de saúde) não se refere apenas ao desconhecimento das leis, mas à dificuldade de lidar com a dor emocional do outro sem julgamentos morais (D'Oliveira et al, 2009). Entretanto, a APS isoladamente não resolve o problema como um todo. O contato longitudinal, a validação do relato da mulher e a proximidade dos serviços criam oportunidades e estratégias eficientes que visam o reconhecimento e abordagem de situações não espontaneamente reveladas.

Quando a equipe da Estratégia Saúde da Família desenvolve um olhar sensível às particularidades do universo feminino, a Unidade Básica transforma-se em um ambiente seguro. Nesse cenário, a educação permanente das equipes de saúde constitui uma estratégia necessária para aprimorar a capacidade de reconhecimento e manejo dessas situações. A preparação dos profissionais deve contemplar não somente aspectos técnicos relacionados à identificação, ao encaminhamento dos casos, mas também competências relacionadas à comunicação, à escuta e à abordagem das dimensões subjetivas da violência.

No entanto, apesar da importância dos profissionais da APS no acolhimento às mulheres vítimas de violências, esse papel ainda não se concretiza de forma plena na prática dos serviços. A falta de capacitação, fragilidades na estrutura dos serviços e a sobrecarga dos profissionais dificultam a atuação eficaz da equipe de saúde, moldando um espaço não acolhedor para essas mulheres. Além disso, outra questão identificada é a abordagem da violência restrita à identificação, sem que haja uma assistência contínua e integral às vítimas, o que contribui para que o sofrimento psíquico e o ciclo de violência permaneçam.

4 CONCLUSÃO

Diante das evidências apresentadas, conclui-se que a Atenção Primária à Saúde exerce papel fundamental no acolhimento e no acompanhamento de mulheres em situação de violência doméstica. Por constituir uma importante porta de entrada do sistema de saúde, esse nível de atenção é imprescindível para a identificação precoce das situações de violência, ofertar escuta qualificada e construir um vínculo entre profissionais e usuárias. Dessa forma, o cuidado deve ultrapassar o atendimento aos impactos físicos, considerando também os impactos psicológicos e sociais decorrentes da violência.

Nesse contexto, a qualificação dos profissionais da Atenção Primária mostra-se essencial para garantir um atendimento humanizado, ético e integral, pautado na escuta, no acolhimento e na ausência de julgamentos. A articulação com os demais serviços da rede de atenção e proteção também é indispensável para assegurar a continuidade do cuidado e ampliar as possibilidades de proteção e enfrentamento da violência.

Além disso, a atuação da Atenção Primária deve estar fundamentada em uma perspectiva de cuidado longitudinal, considerando que as repercussões da violência podem permanecer mesmo após o episódio de agressão e interferir de maneira significativa nas condições de saúde e na qualidade de vida das mulheres. Nesse sentido, o acompanhamento contínuo possibilita não apenas o reconhecimento das demandas apresentadas em cada momento, mas também o monitoramento das necessidades de saúde e a identificação de novas

situações de vulnerabilidade.

Como limitações desta revisão, destacam-se o número reduzido de estudos incluídos e a heterogeneidade das abordagens encontradas, fatores que restringem a generalização dos achados. Estudos futuros poderão aprofundar a avaliação de estratégias de capacitação das equipes, bem como investigar a efetividade de intervenções voltadas à escuta qualificada e à articulação da rede de atenção e proteção às mulheres em situação de violência.

REFERÊNCIAS

D'OLIVEIRA, A. F. P. L.; SCHRAIBER, L. B.; HANADA, H. Atenção integral à saúde de mulheres em situação de violência de gênero: uma alternativa para a atenção primária em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 4, p. 1037-1050, 2009.

FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA (FBSP). **17º Anuário Brasileiro de Segurança Pública**. São Paulo: FBSP, 2023.

LEITE, Alessandra de Cássia; FONTANELLA, Bruno José Barcellos. Violência doméstica contra a mulher e os profissionais da APS: predisposição para abordagem e dificuldades com a notificação. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 41, p. 2059, 2019. DOI: 10.5712/rbmfc14(41)2059.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Violence against women prevalence estimates, 2018**. Geneva, World Health Organization, 2021. Disponível em: https://www.who.int/publications/i/item/9789240022256. Acesso em: 10 de ago. de 2026.

UNITED NATIONS WOMEN (UN Women). **COVID-19 and ending violence against women and girls**. New York, UN Women, 2020. Disponível em: https://www.unwomen.org/en/digital-library/publications/2020/04/issue-brief-covid-19-and-ending-violence-against-women-and-girls. Acesso em: 10 de ago. de 2026.

VASCONCELOS, N. M. et al. Prevalência e fatores associados à violência por parceiro íntimo contra mulheres adultas no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde, 2019. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 24, e 210012, 2021.

INTEGRAÇÃO ENTRE ONCOLOGIA E CUIDADOS PALIATIVOS NO CÂNCER DE PULMÃO AVANÇADO: O MOMENTO CERTO DE ENCAMINHAMENTO DENTRO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

THAIANNE GABRIELLE FIGUEREDO VELOSO; LIZ SERRA SANTANA; RHYZIA MARYNE COUTO PEREIRA

Introdução: O câncer de pulmão avançado está associado a alta carga de sintomas físicos e psicológicos, tanto para o paciente quanto para seus familiares. Embora os cuidados paliativos sejam tradicionalmente reservados para a fase final da doença, evidências científicas crescentes apontam que sua integração precoce ao tratamento oncológico pode trazer benefícios significativos. No Brasil, o encaminhamento tardio a essa modalidade de cuidado ainda é frequente, refletindo desafios estruturais na articulação entre os diferentes níveis da Rede de Atenção à Saúde. **Objetivo**: Discutir, com base na literatura científica, o momento adequado de integração dos cuidados paliativos ao tratamento oncológico em pacientes com câncer de pulmão avançado, no contexto da Rede de Atenção à Saúde. **Metodologia**: Trata-se de revisão integrativa realizada nas bases PubMed, SciELO e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), com os descritores “Cuidados Paliativos”, “Neoplasias Pulmonares” e “Oncologia” combinados por operadores booleanos. Incluíram-se estudos primários, em português e inglês, com texto completo gratuito, que abordassem o momento ou os efeitos da integração precoce entre oncologia e cuidados paliativos em câncer de pulmão. Excluíram-se estudos centrados exclusivamente em outras neoplasias ou sem enfoque no momento de encaminhamento. Após leitura de título, resumo e texto completo, os estudos selecionados foram organizados por categorias temáticas. **Resultados**: Os estudos analisados demonstram que a integração precoce dos cuidados paliativos, já no momento do diagnóstico de doença avançada, associa-se a melhora da qualidade de vida, redução de sintomas depressivos e, em alguns casos, maior sobrevida quando comparada ao encaminhamento tardio. Identificou-se também benefício para os cuidadores familiares, com redução de sofrimento psicológico. No cenário brasileiro, estudos apontam que o diagnóstico tardio do câncer de pulmão frequentemente resulta em encaminhamento apressado aos cuidados paliativos, evidenciando fragilidades na integração entre os níveis de atenção. **Conclusão**: A literatura reforça que a integração precoce entre oncologia e cuidados paliativos, e não apenas no fim de vida, traz benefícios concretos para pacientes e familiares, apontando a necessidade de fortalecer os fluxos entre os níveis da Rede de Atenção à Saúde para garantir encaminhamento oportuno no câncer de pulmão avançado.

Palavras-chave: **CUIDADOS PALIATIVOS; NEOPLASIAS PULMONARES; ONCOLOGIA**

DOI: 10.51161/iv-conasus/87774

TENDÊNCIA TEMPORAL DAS INTERNAÇÕES FEMININAS POR TRANSTORNOS MENTAIS E COMPORTAMENTAIS NO BRASIL ENTRE 2021 E 2025

GRACIELE PEREIRA SOUZA; LUIZE PIRES GARCIA

Introdução: Os transtornos mentais e comportamentais representam importante causa de adoecimento e utilização de serviços hospitalares entre mulheres. No contexto pós-pandemia de COVID-19, fatores sociais, econômicos e sanitários podem ter contribuído para o aumento da demanda por cuidados em saúde mental. Apesar da relevância do tema, ainda são necessários estudos que avaliem a evolução temporal das internações femininas por transtornos mentais no Brasil. **Objetivo:** Avaliar a tendência temporal das internações de mulheres por transtornos mentais e comportamentais no Brasil entre 2021 e 2025. **Metodologia:** Estudo observacional, ecológico e de série temporal, realizado com dados do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS). Foram incluídas internações de mulheres com 10 anos ou mais registradas no capítulo V da CID-10 no período de 2021 a 2025. Avaliaram-se o número anual de internações e a variação percentual no período, utilizando análise descritiva e regressão linear simples. Por utilizar dados públicos e agregados, o estudo foi dispensado de apreciação pelo Comitê de Ética em Pesquisa. **Resultados:** Foram registradas 47.672 internações femininas por transtornos mentais e comportamentais no período analisado. O número anual aumentou de 5.630 em 2021 para 12.490 em 2025, correspondendo a crescimento de 121,8% e acréscimo absoluto de 6.860 internações. Observou-se aumento contínuo da série histórica: 7.503 em 2022, 10.425 em 2023 e 11.624 em 2024, evidenciando aceleração mais intensa a partir de 2022. O ano de 2025 concentrou 26,2% de todas as internações do quinquênio. A regressão linear simples demonstrou tendência crescente consistente, com incremento médio aproximado de 1,8 mil internações por ano, indicando expansão sustentada da demanda hospitalar feminina em saúde mental. **Conclusão:** Verificou-se tendência crescente das internações femininas por transtornos mentais e comportamentais no Brasil entre 2021 e 2025, com mais que duplicação do número de internações. Os achados sugerem aumento da demanda por atenção em saúde mental no contexto pós-pandemia e reforçam a necessidade de ampliar ações de promoção, prevenção e cuidado psicossocial no Sistema Único de Saúde.

Palavras-chave: **SAÚDE MENTAL; MULHERES; HOSPITALIZAÇÃO**

DOI: 10.51161/iv-conasus/87775

O SUS QUE APRENDE: DADOS, CONHECIMENTO E INOVAÇÃO PARA TRANSFORMAR O CUIDADO.

REBECCA FONSECA SANTA ROZA; ISADORA FONSECA SANTA ROZA

INTRODUÇÃO: O Sistema Único de Saúde (SUS) enfrenta o desafio de responder às transições demográficas e epidemiológicas do país. Nesse cenário, o *Learning Health System* (Sistema de Saúde que Aprende) propõe a conversão contínua de dados assistenciais em conhecimento para aperfeiçoar a prática clínica. A expansão da Estratégia de Saúde Digital, por meio da RNDS e do e-SUS APS, impulsiona essa transformação ao viabilizar a interoperabilidade entre os níveis de atenção. Contudo, exige-se a tradução dessas informações em inteligência em saúde para qualificar o cuidado, otimizar recursos e reafirmar os princípios da universalidade, equidade e integralidade. **OBJETIVO:** Compreender como a integração de dados e o avanço da inovação tecnológica no SUS viabilizam a consolidação do *Learning Health System*, analisando seu impacto na gestão e na assistência pública. **METODOLOGIA:** Revisão integrativa da literatura desenvolvida nas bases PubMed, BVS e LILACS, utilizando os descritores DeCS/MeSH "SUS", "SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE", "GESTÃO DO CONHECIMENTO" e "INOVAÇÃO TECNOLÓGICA", combinados por operadores booleanos. Incluíram-se estudos originais e documentos publicados entre 2021 e 2026, nos idiomas português e inglês. A pergunta norteadora (PICO) investigou como a integração de dados e a inovação tecnológica no SUS contribuem para a gestão do conhecimento e a transformação do cuidado. **RESULTADOS:** Os estudos demonstraram que o *Learning Health System* depende da maturidade dos sistemas de informação e do uso de evidências na tomada de decisão. Duarte et al. (2022) destacaram que o uso de dados do e-SUS APS gera inteligência epidemiológica. Panitz (2021) e Celuppi et al. (2024) evidenciaram que a RNDS e o prontuário eletrônico interoperável reduzem a fragmentação da informação. Haddad e Lima (2024) e Gadelha et al. (2024) ressaltaram que a Telessaúde fortalece a atenção primária, embora persistam assimetrias regionais de infraestrutura. **CONCLUSÃO:** A consolidação do modelo reafirma que a tecnologia e a interoperabilidade são indispensáveis para transformar o cuidado, exigindo superar gargalos estruturais e garantir a equidade digital.

Palavras-chave: **SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE SAÚDE; INOVAÇÃO TECNOLÓGICA; SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

DOI: 10.51161/iv-conasus/87777

A CAPOEIRA COMO PRÁTICA TERAPÊUTICA E LUTA POLÍTICA EM SAÚDE MENTAL

REJANE DE MOURA NUNES

RESUMO

Este trabalho apresenta e analisa a experiência da Oficina de Capoeira realizada no Instituto Municipal Philippe Pinel (IMPP), no Rio de Janeiro, como prática cultural e terapêutica no cuidado à crise em Saúde Mental, no contexto da Reforma Psiquiátrica Brasileira. O objetivo é analisar as contribuições da Capoeira para o cuidado de pessoas em sofrimento psíquico, considerando seus efeitos sobre a expressão subjetiva, o vínculo, o pertencimento e as relações com o corpo, o outro e o território, bem como sua potência como tecnologia de cuidado no SUS e na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). A oficina é realizada no espaço que articula as enfermarias de atendimento à crise do IMPP, em parceria com o Instituto Brasileiro de Capoeira Educação (IBCE), envolvendo usuários internados em período agudo. A atividade integra música, dança, jogo, teatralidade e movimento corporal, de forma adaptada às possibilidades de cada participante. A experiência evidencia que a Capoeira favorece a expressão, a participação, a interação e a produção de pertencimento, introduzindo no ambiente hospitalar outras formas de relação com o corpo, com o coletivo e com o território. Sua presença também possibilita a valorização de saberes e práticas culturais populares, produzindo deslocamentos no cotidiano institucional e ampliando a reflexão sobre as formas de cuidado e a formação de profissionais de Saúde Mental. Conclui-se que a Capoeira apresenta potencial como recurso clínico, terapêutico, cultural e político no cuidado à crise, contribuindo para a ampliação das tecnologias de cuidado em Saúde Mental e para o fortalecimento de práticas inclusivas, territorializadas e culturalmente situadas no SUS e na RAPS.

Palavras-chave: clínica; cultura; SUS.

1 INTRODUÇÃO

O presente trabalho tem como objetivo relatar e analisar a experiência da Oficina de Capoeira realizada no Instituto Municipal Philippe Pinel (IMPP), no município do Rio de Janeiro, como prática cultural, terapêutica e com um sentido político libertário no contexto da Reforma Psiquiátrica Brasileira e no cuidado convencional biomédico à crise em Saúde Mental.

A proposta parte da necessidade de ampliar os recursos de cuidado para além dos dispositivos institucionais convencionais, favorecendo a expressão das subjetividades por meio da música, da dança, da teatralidade, da mobilização dos corpos e das atividades coletivas. Busca-se investigar de que modo a Capoeira pode contribuir para a humanização do cuidado,

DOI: 10.51161/iv-conasus/87783

para a produção de pertencimento e para a sustentação dos sujeitos em momentos de intenso sofrimento psíquico.

Pretende-se ainda analisar os efeitos da inserção de uma prática cultural popular no cotidiano hospitalar, considerando suas possíveis repercussões sobre os saberes e práticas psiquiátricos vigentes, sobre a formação de profissionais e sobre a valorização de epistemologias e modos de existência historicamente subalternizados e ignorados em seus saberes tradicionais.

São objetivos específicos: mapear experiências existentes que articulem Capoeira e Saúde Mental, bem como seus desdobramentos técnicos e socioculturais; analisar os efeitos terapêuticos da prática no cuidado à crise em Saúde Mental; investigar seus possíveis impactos sobre o discurso psiquiátrico hospitalar e sobre a formação de estagiários e Residentes; discutir a cultura popular e os saberes produzidos pelas minorias como recursos potentes de cuidado; desenvolver uma metodologia específica para a utilização da Capoeira com usuários dos serviços de Saúde Mental, favorecendo sua disseminação entre profissionais e usuários, inclusive como prática formativa e multiplicadora (potencial inclusão laboral); e contribuir para a discussão da inclusão da Capoeira entre as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS), nos diferentes níveis de atenção do SUS.

2 RELATO DE EXPERIÊNCIA

A Oficina de Capoeira acontece no pátio que une as enfermarias de atendimento à crise do Instituto Municipal Philippe Pinel, no município do Rio de Janeiro. É realizada por meio de parceria com o Instituto Brasileiro de Capoeira Educação (IBCE), em consonância com os princípios da Reforma Psiquiátrica, especialmente no que diz respeito à ampliação dos atores e saberes que participam do cuidado para além dos campos médico e "psi" tradicionais.

O público-alvo é constituído por pessoas internadas em período agudo de crise, geralmente por períodos breves, o que implica grande rotatividade dos participantes.

A atividade tem início com um cortejo musical pelas enfermarias, convidando os usuários à interação e ao jogo. A prática é construída de maneira adaptável e inclusiva, envolvendo brincadeiras, música, dança, movimento corporal e atividades coletivas. Não se trata de exigir desempenho ou domínio técnico, mas de criar condições para que cada participante possa experimentar suas possibilidades singulares de expressão e relação com o outro.

A música, a dança, a teatralidade, a mobilização dos corpos e o jogo constituem recursos para a expressão das subjetividades para além dos dispositivos institucionais convencionais. Muitas vezes, essas experiências remetem a vivências comunitárias e culturais presentes na história de vida dos usuários e em seus territórios de origem, favorecendo a recuperação de referências de pertencimento e de vínculos sociais.

Este é um aspecto a se destacar neste dispositivo de cuidado, pois considera o pertencimento subjetivo como fundamental no processo de estabilização da crise psíquica.

A Capoeira, nesse contexto, constitui uma possibilidade de encontro com o outro e consigo mesmo, por meio de uma prática corporal coletiva, lúdica e culturalmente situada. Sua realização no espaço hospitalar cria uma comunicação entre o dentro e o fora da instituição, especialmente em momentos nos quais os laços sociais encontram-se fragilizados pela experiência da crise e da internação.

O registro sistemático dos efeitos observados na oficina vem constituindo uma pesquisa permanente sobre essa tecnologia de cuidado, buscando reunir elementos que possam respaldar a ampliação da prática na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

DOI: 10.51161/iv-conasus/87783

3 DISCUSSÃO

A prática remete aos extramuros, por sua origem e presença histórica nas ruas e nos espaços comunitários de convivência, podendo recuperar experiências já presentes na trajetória dos usuários. Ao ingressar no cotidiano hospitalar, a Capoeira introduz também outros modos de relação com o corpo, com o coletivo e com o território.

A arte, nesse processo, contribui para a humanização do cuidado ao considerar os corpos como organismos simbólicos, e não apenas como objetos de intervenção. A proposta é possibilitar uma experiência em que as singularidades e diferenças dos modos de existir possam ser exercitadas democraticamente, incluindo as diversidades e possibilitando a equidade do cuidado a cada sujeito.

O cotidiano hospitalar, associado à predominância de saberes hegemônicos, pode favorecer uma prática clínica homogênea e pouco criativa. A inserção de uma prática cultural como a Capoeira produz, nesse cenário, um deslocamento importante ao introduzir outros modos de conhecimento, outras formas de relação com o corpo, com o coletivo e com o território.

Essa questão ganha especial relevância diante da realidade da população atendida pelo SUS, diversificada por sua prerrogativa de acesso universal, porém frequentemente atravessada pela sobreposição de diferentes formas de exclusão e vulnerabilidade, somadas à experiência da chamada "loucura". A pluralidade cultural e a inclusão de saberes historicamente subalternizados tornam-se, portanto, elementos fundamentais para a construção de práticas de cuidado mais contextualizadas a determinados públicos, constituídos objetiva e subjetivamente por seus territórios de existência.

O território que interessa, nesse sentido, não é apenas o território geográfico, mas sobretudo o território subjetivo que cada sujeito é capaz de habitar, onde possa existir enquanto sujeito. O pertencimento implica uma mediação simbólica com o outro e com uma coletividade, justamente uma dimensão que frequentemente se encontra comprometida nas situações de sofrimento psíquico grave que culminam em internação.

A Capoeira constituiu-se historicamente também como estratégia de resistência, enfrentamento e pensamento libertário. Sua presença no espaço hospitalar pode produzir uma tensão criativa com discursos que tendem a objetificar e normalizar os corpos.

Nesse contexto, a Capoeira constitui um convite à expressão, ao movimento e ao encontro: um convite a estar com o outro no campo da vida, possibilitando efeitos terapêuticos ímpares e incluindo inerentemente ao seu contexto as pautas sociais e culturais no âmbito das discussões em saúde pública.

4 CONCLUSÃO

A experiência da Oficina de Capoeira no Instituto Municipal Philippe Pinel permite pensar a cultura popular não como elemento acessório ao cuidado em Saúde Mental, mas como recurso clínico, terapêutico, político e produtor de subjetividade.

Ao mobilizar corpo, memória e coletividade, a prática oferece maiores possibilidades de expressão para sujeitos que, em momentos de crise, podem encontrar-se reduzidos aos significantes e classificações do discurso psiquiátrico. A Capoeira possibilita, assim, deslocar o olhar do sujeito como objeto da intervenção para o sujeito como protagonista de uma experiência corporal, cultural e coletiva.

A experiência também aponta para a importância de reconhecer outras epistemologias e modos de produção de conhecimento para além dos saberes hegemônicos. Ao introduzir no hospital uma prática cultural historicamente vinculada à resistência, à coletividade e aos

DOI: 10.51161/iv-conasus/87783

territórios populares, abre-se espaço para que os saberes e experiências dos próprios usuários possam participar da construção do cuidado.

Cabe destacar a importância da inclusão do tema das culturas locais como constitutiva da saúde na formação dos novos profissionais (estagiários e Residentes). Podemos concluir que tal aspecto encontra-se intrínseco aos preceitos do SUS, ao visarem a descentralização do cuidado, porém não se encontram amplamente difundidos nos espaços acadêmicos e técnicos, ainda referidos aos saberes globalizantes.

A Oficina de Capoeira constitui, assim, uma experiência que articula clínica, cultura, edudação e resistência e política, apontando para a ampliação das tecnologias de cuidado em Saúde Mental e para o fortalecimento de práticas territorializadas, inclusivas e culturalmente situadas na Rede de Atenção Psicossocial e no SUS.

A aposta é que os modos de vida e os saberes daqueles que historicamente foram colocados à margem - excluídos, minorias, loucos, marginalizados e colonizados - possam não apenas ser reconhecidos, mas também interrogar e transformar os saberes e valores que orientam as práticas de cuidado, tanto no campo da subjetividade quanto no corpo social.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 9 abr. 2001.

BRASIL. **Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011.** Institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 26 dez. 2011.

FERREIRA, Lívia Alves. **De que corpo se trata em psicanálise?** 2014. 85 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal de Sergipe, São Cristóvão, 2014.

FREUD, Sigmund. O mal-estar na civilização (1930). In: FREUD, Sigmund. **Obras completas**: volume 18: O mal-estar na civilização, novas conferências introdutórias à psicanálise e outros textos (1930-1936). Tradução de Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

FREUD, Sigmund. Psicologia das massas e análise do eu (1921). In: FREUD, **Sigmund. Obras completas:** volume 15: Psicologia das massas e análise do eu e outros textos (1920-1923). Tradução de Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2011.

LACAN, Jacques. Função e campo da fala e da linguagem em psicanálise. In: LACAN, Jacques. **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998. p. 238-324.

NUNES, Rejane de Moura. **Sou de lugar nenhum, aonde não vai ninguém: o conceito de território à luz da Psicanálise**. Rio de Janeiro: Ape'Ku, 2023.

RUFINO, Luiz. **Ponta-cabeça: educação, jogo de corpo e outras mandingas**. Rio de Janeiro: Mórula Editorial, 2023.

DOI: 10.51161/iv-conasus/87783

FORMAÇÃO INTERCULTURAL DE CONSELHEIROS LOCAIS E FORTALECIMENTO DO CONTROLE SOCIAL NO SUBSISTEMA DE ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA: EXPERIÊNCIA NO DSEI AMAPÁ E NORTE DO PARÁ

IRANA BRUNA CALIXTO LISBOA

RESUMO

O fortalecimento do controle social é um dos pilares do Sistema Único de Saúde e, no âmbito do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASISUS), depende da atuação qualificada dos Conselhos Locais de Saúde Indígena (CLSI) como espaços de participação e diálogo entre povos indígenas e gestão da saúde indígena. Entretanto, alguns conselheiros assumem suas funções sem formação específica, o que pode limitar o exercício de suas atribuições. Este trabalho tem como objetivo analisar as contribuições da formação intercultural de Conselheiros Locais de Saúde Indígena para o fortalecimento do controle social no âmbito do SASISUS. Trata-se de um relato de experiência desenvolvido junto aos Conselhos Locais Apalaí eWayana, Wajãpi, Oiapoque e Tiriyó, Kaxuyana e Txikiyana, envolvendo dez povos indígenas e 152 conselheiros. A metodologia fundamentou-se nos princípios da Educação Permanente em Saúde, utilizando planejamento participativo, adaptação dos conteúdos às especificidades territoriais e culturais, exposições dialogadas, vídeos educativos, grupos de trabalho, construção coletiva de matrizes de responsabilidades e avaliações participativas. As estratégias metodológicas priorizaram a problematização das experiências vivenciadas pelos conselheiros e a valorização dos saberes locais, favorecendo processos de aprendizagem intercultural. Os resultados evidenciaram a adesão dos conselheiros às capacitações, a ampliação da compreensão sobre o SUS, o SASISUS, a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) e as atribuições dos Conselhos Locais, do Conselho Distrital e do Fórum de Presidentes de CONDISI. Também foram observados o fortalecimento da identidade política dos conselheiros, maior reconhecimento do controle social como instrumento de participação e a intenção de multiplicar os conhecimentos nas comunidades. Persistiram, contudo, desafios relacionados às barreiras linguísticas e à necessidade de institucionalização de processos permanentes de formação. Conclui-se que estratégias educativas interculturais ancoradas na Educação Permanente em Saúde podem contribuir para fortalecer o exercício do controle social indígena, qualificar a participação dos representantes indígenas e aperfeiçoar a gestão participativa no SASISUS.

Palavras-chave: Participação social; Educação Permanente em Saúde; Interculturalidade.

1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) é uma política pública brasileira resultante das lutas do Movimento da Reforma Sanitária e da mobilização social pela consolidação da saúde como direito de cidadania e dever do Estado (Paim, 2015). Instituído pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pelas Leis nº 8.080/1990 e nº 8.142/1990, fundamenta-se nos princípios da universalidade, integralidade e equidade e orienta a organização das ações e dos serviços de

DOI: 10.51161/iv-conasus/87786

saúde por meio de uma gestão descentralizada e participativa (Brasil, 1988; Brasil, 1990a; Brasil, 1990b). Conforme Paim (2015), o SUS representa um projeto social e político comprometido com a redução das desigualdades e com a democratização do acesso à saúde, reconhecendo a participação da sociedade na formulação, no acompanhamento e na avaliação das políticas públicas como elemento estruturante de sua organização.

No âmbito da saúde indígena, foi criado o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASISUS) pela Lei nº 9.836/1999, conhecida como Lei Arouca, com a finalidade de organizar um modelo diferenciado de atenção à saúde dos povos indígenas, integrado ao SUS (Brasil, 1999). A organização do SASISUS baseia-se na Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI), que estabelece a atenção diferenciada, o respeito às especificidades socioculturais e a participação das comunidades indígenas no planejamento, acompanhamento e avaliação das ações de saúde (Brasil, 2002).

A participação social constitui um dos princípios organizativos do SUS. A Lei nº 8.142/1990 estabelece que os Conselhos de Saúde são instâncias colegiadas permanentes e deliberativas, responsáveis pela formulação de estratégias e pelo controle da execução das políticas públicas de saúde, assegurando a participação da comunidade na gestão do sistema (Brasil, 1990b). No SASISUS, esse princípio materializa-se por meio dos Conselhos Locais e Distritais de Saúde Indígena, que constituem espaços de participação, diálogo e controle social.

O fortalecimento do controle social requer processos formativos que ultrapassem a transmissão de informações normativas, favorecendo a reflexão crítica sobre as realidades vivenciadas pelos sujeitos e a construção coletiva de conhecimentos. Nessa perspectiva, a Educação Permanente em Saúde compreende a aprendizagem como processo desenvolvido no cotidiano do trabalho e articulado entre ensino, gestão, atenção e participação social (Ceccim; Ferla, 2009).

Embora os Conselhos Locais de Saúde Indígena sejam instâncias previstas no SASISUS, alguns conselheiros assumem suas funções sem formação específica, o que pode limitar o exercício qualificado de suas atribuições. Foi nesse contexto que, em 2024, durante a atuação da autora como antropóloga do Distrito Sanitário Especial Indígena do Amapá e Norte do Pará (DSEI AMP), foram desenvolvidos quatro processos formativos voltados aos Conselheiros Locais de Saúde Indígena. As atividades envolveram dez povos indígenas e alcançaram 152 conselheiros.

Diante desse contexto, este relato de experiência tem como objetivo analisar as contribuições da formação intercultural de Conselheiros Locais de Saúde Indígena para o fortalecimento do controle social no âmbito do SASISUS.

2 RELATO DE EXPERIÊNCIA

Em 2024, foram desenvolvidos quatro processos formativos voltados aos Conselheiros Locais de Saúde Indígena de diferentes territórios. As capacitações contemplaram povos com distintas línguas, formas de organização social e realidades territoriais, abrangendo o Conselho Local de Saúde Indígena Apalaí eWayana (CLSIAW), o Conselho Local de Saúde Indígena Wajãpi (CLSIW), o Conselho Local de Saúde Indígena do Oiapoque (CLSIO) e o Conselho Local de Saúde Indígena Tiriyó, Kaxuyana e Txikiyana (CLSITKT).

A metodologia foi organizada em etapas comuns às quatro capacitações: 1) reuniões de planejamento com o Conselho Distrital de Saúde Indígena (CONDISI) e o DSEI AMP; 2) adaptação dos conteúdos às especificidades de cada território; 3) exposições dialogadas sobre SUS, SASISUS, SESAI, PNASPI e controle social; 4) utilização de vídeos educativos; 5) grupos de trabalho; 6) construção coletiva de matrizes de responsabilidades; 7) apresentação dos grupos; e 8) avaliações orais e escritas.

DOI: 10.51161/iv-conasus/87786

A proposta metodológica buscou aproximar-se dos princípios da Educação Permanente em Saúde, partindo de situações concretas vivenciadas pelos conselheiros e utilizando-as como elementos disparadores da aprendizagem. As atividades foram adaptadas às especificidades culturais e linguísticas dos territórios, considerando diferentes formas de organização política, modos de aprendizagem e processos próprios de construção do conhecimento.

Os grupos de trabalho constituíram uma das principais estratégias metodológicas. Neles, os conselheiros discutiram suas atribuições a partir de situações vivenciadas em seus territórios, possibilitando a problematização coletiva e a troca de experiências entre os participantes. Em diferentes momentos, os conselheiros questionaram os limites de sua atuação diante das equipes de saúde e demonstraram dúvidas sobre as atribuições dos Conselheiros Locais do DSEI AMP. Essas situações foram utilizadas nas discussões, permitindo reconstruir coletivamente a compreensão sobre o papel político do controle social.

Dessa forma, os participantes deixaram de ocupar apenas a posição de ouvintes e passaram a atuar como sujeitos do processo educativo, relacionando os conteúdos apresentados às situações experenciadas nas aldeias. A estratégia favoreceu a aprendizagem entre pares e a reflexão sobre as responsabilidades dos conselheiros enquanto representantes das comunidades.

Os conteúdos desenvolvidos contemplaram aspectos relacionados ao SUS, ao SASISUS, à Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas e às competências dos Conselhos Locais, dos Conselhos Distritais e do Fórum de Presidentes de CONDISI, em consonância com os princípios de participação comunitária previstos na Lei nº 8.142/1990.

As avaliações realizadas ao longo das capacitações indicaram adesão dos conselheiros às atividades, avaliação positiva das metodologias utilizadas e participação nas atividades coletivas. Também foram identificadas maior compreensão sobre o SUS e o SASISUS, ampliação do conhecimento acerca das competências do CLSI, do CONDISI e do Fórum de Presidentes de CONDISI, reconhecimento das próprias atribuições e valorização do controle social como instrumento de participação política. Os participantes manifestaram, ainda, a intenção de compartilhar os conhecimentos construídos durante as capacitações em suas comunidades.

3 DISCUSSÃO

Apesar das diferenças entre os povos Apalaí, Wayana, Wajãpi, Tiriyó, Kaxuyana, Txikiyana, Karipuna, Galibi-Marworno, Galibi Kali'na e Palikur-Arukwayene, foram identificadas demandas comuns relacionadas à compreensão do SUS e do SASISUS, ao funcionamento do DSEI AMP, aos direitos indígenas e às atribuições dos conselheiros, além da solicitação de processos formativos contínuos. A recorrência dessas demandas evidencia a necessidade de fortalecer estratégias permanentes de formação para o exercício do controle social no contexto da saúde indígena.

Os resultados também demonstram que a existência formal de instâncias de participação não assegura, por si só, a efetividade do controle social. As dúvidas apresentadas pelos conselheiros sobre suas atribuições e sobre a organização do SASISUS revelaram a necessidade de processos educativos capazes de articular conhecimento normativo e experiências concretas dos territórios. Nessa perspectiva, Ceccim e Feuerwerker (2004) defendem que o controle social deve ser compreendido como parte constitutiva da formação em saúde, e não como elemento externo ao processo educativo.

A experiência aproxima-se dessa concepção ao utilizar situações vivenciadas pelos próprios conselheiros como ponto de partida para a aprendizagem. As dúvidas sobre os limites de atuação dos Conselheiros Locais, por exemplo, deixaram de ser compreendidas apenas como lacunas de conhecimento e passaram a constituir questões para reflexão coletiva. Esse movimento favoreceu a compreensão das responsabilidades de cada instância e contribuiu para fortalecer a identidade política dos conselheiros como representantes das comunidades.

DOI: 10.51161/iv-conasus/87786

A dimensão intercultural constituiu outro elemento central da experiência. As adaptações realizadas não se limitaram à tradução linguística, mas envolveram a adequação das estratégias pedagógicas às diferentes formas de organização política, modos de aprendizagem e processos de construção do conhecimento. Em um contexto marcado pela diversidade linguística e sociocultural, essa abordagem mostrou-se necessária para ampliar as possibilidades de participação e favorecer a apropriação dos conteúdos pelos conselheiros.

A experiência também evidencia a articulação entre os componentes do chamado quadrilátero da formação em saúde, ao aproximar educação, gestão, atenção e controle social. A formação não se restringiu à transmissão de informações sobre a legislação ou sobre a organização do SASISUS, mas constituiu espaço de diálogo entre representantes indígenas e gestão, permitindo discutir problemas concretos relacionados à participação e à organização da saúde nos territórios.

Nesse sentido, a experiência aproxima-se da concepção de Educação Permanente em Saúde apresentada por Ceccim (2005), entendida como um processo educativo incorporado ao cotidiano do trabalho e fundamentado na análise das práticas, das relações concretas e dos problemas vivenciados pelos sujeitos. A utilização de situações reais como disparadoras das atividades formativas favoreceu a reflexão sobre a prática e a construção coletiva de conhecimentos, elementos centrais dessa perspectiva.

A Tabela 1 apresenta a caracterização dos Conselhos Locais de Saúde Indígena contemplados pelas quatro capacitações, considerando o número de conselheiros de cada conselho, os participantes presentes e o percentual de participação.

Tabela 1. Caracterização dos Conselhos Locais de Saúde Indígena contemplados pelas capacitações

Conselho	Etnia	Conselheiros do conselho	Conselheiros presentes	Participação (%)
CLSIAW	Apalaí e Wayana	46	35	76,1
CLSIW	Wajãpi	80	61	76,3
CLSIO	Karipuna, Galibi-Marworno, Galibi Kali'na e Palikur-Arukwayene	63	23	36,5
CLSITKT	Tiriyó, Kaxuyana e Txikiyana	46	33	71,7
Total	10 etnias	235	152	64,7

Fonte: Elaborado pela autora com base nos relatórios das capacitações dos Conselhos Locais de Saúde Indígena, 2024.

As quatro capacitações alcançaram 152 conselheiros indígenas, correspondendo a 64,7% do universo de representantes dos quatro conselhos. Os Conselhos Apalaí-Wayana, Wajãpi e Tiriyó-Kaxuyana-Txikiyana apresentaram participação superior a 70%, enquanto o CLSIO registrou menor participação (36,5%).

Apesar da diversidade linguística, territorial e sociopolítica entre os dez povos participantes, foram identificadas demandas semelhantes relacionadas à compreensão do SUS, do SASISUS e das atribuições do controle social. Esse achado reforça a importância de processos formativos permanentes, desenvolvidos por meio de metodologias interculturais sensíveis às especificidades locais.

Ao mesmo tempo, os resultados precisam ser compreendidos considerando os limites da experiência. As avaliações realizadas durante as capacitações permitiram identificar percepções dos participantes sobre aprendizagem, participação e compreensão dos conteúdos, mas não possibilitaram acompanhar, em médio ou longo prazo, mudanças concretas na atuação dos Conselhos Locais. Assim, os achados indicam contribuições do processo formativo para a qualificação da participação, sem permitir afirmar que a experiência, isoladamente, produziu mudanças permanentes na atuação dos conselheiros.

Entre os desafios identificados destacam-se as barreiras linguísticas e a necessidade de ampliar o tempo destinado às atividades formativas. A partir da experiência, destacam-se como possibilidades de aprimoramento: institucionalizar processos permanentes de formação; ampliar a duração das capacitações; produzir materiais didáticos interculturais e acessíveis; garantir mediação linguística nos territórios multilíngues; e aprofundar conteúdos relacionados à legislação, à organização do SASISUS e às competências das diferentes instâncias de controle social.

4 CONCLUSÃO

A experiência relatada indica que processos formativos fundamentados na Educação Permanente em Saúde e desenvolvidos por meio de metodologias participativas e interculturais podem contribuir para qualificar o exercício do controle social na saúde indígena. A utilização de situações concretas vivenciadas pelos conselheiros como ponto de partida para as atividades favoreceu a compreensão de suas atribuições, a troca de experiências e o reconhecimento do papel político dos Conselhos Locais de Saúde Indígena.

A participação de 152 conselheiros, pertencentes a dez povos indígenas, evidencia a possibilidade de desenvolver processos formativos interculturais em contextos marcados por diversidade sociocultural, linguística e territorial. Ao mesmo tempo, as diferenças nos níveis de participação e as dificuldades linguísticas demonstram a necessidade de estratégias adaptadas às especificidades de cada território.

Recomenda-se, portanto, a institucionalização de processos permanentes de formação dos Conselheiros Locais de Saúde Indígena, articulados às necessidades identificadas nos territórios e às diferentes formas de organização e produção de conhecimentos dos povos indígenas. A formação intercultural, quando integrada à problematização das práticas e à participação social, pode constituir uma estratégia relevante para fortalecer a atuação dos conselheiros e contribuir para uma gestão mais participativa e culturalmente adequada do SASISUS.

A principal contribuição da experiência consiste em evidenciar que a qualificação do controle social indígena não depende apenas da existência formal das instâncias colegiadas, mas também das condições educativas, políticas e institucionais que possibilitam aos representantes indígenas compreender, exercer e reivindicar suas atribuições nos processos de planejamento, acompanhamento e avaliação das ações de saúde.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Presidência da República, 1988.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1990a.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1990b.

BRASIL. Lei nº 9.836, de 23 de setembro de 1999. Acrescenta dispositivos à Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, instituindo o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. Brasília, DF: Presidência da República, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002.

CECCIM, Ricardo Burg. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. Interface: Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 161-177, 2005.

CECCIM, Ricardo Burg; FERLA, Alcindo Antônio. Educação permanente em saúde. In: PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Júlio César França (org.). Dicionário da educação profissional em saúde. 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2009. Disponível em: https://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/edupersau.html. Acesso em: 23 jul. 2026.

CECCIM, Ricardo Burg; FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. Physis: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004.

PAIM, Jairnilson Silva. O que é o SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015. Livro eletrônico interativo. Disponível em: https://www.livrosinterativoseditora.fiocruz.br/sus/. Acesso em: 23 jul. 2026.

CHECK-UP DO SUS: UM ÍNDICE DE MATURIDADE PARA OS SISTEMAS MUNICIPAIS DE SAÚDE.

REBECCA FONSECA SANTA ROZA; ISADORA FONSECA SANTA ROZA

INTRODUÇÃO: A descentralização do Sistema Único de Saúde (SUS) atribuiu aos municípios a gestão da rede assistencial. Entretanto, disparidades socioeconômicas e de infraestrutura dificultam a avaliação integrada do desempenho local. Diante da necessidade de mensurar a capacidade de resposta dos territórios, a formulação de um Índice de Maturidade ("Check-up do SUS") apresenta-se como ferramenta estratégica para diagnosticar capacidades institucionais, mapear gargalos e direcionar investimentos com precisão e equidade. **OBJETIVO:** Propor as dimensões constitutivas de um índice de maturidade para avaliação da gestão e infraestrutura dos sistemas municipais de saúde. **METODOLOGIA:** Revisão integrativa realizada nas bases PubMed, BVS e LILACS, utilizando os descritores DeCS/MeSH "Atenção Primária à Saúde", "Gestão em Saúde", "Avaliação em Saúde" e "Indicadores de Gestão", combinados por "AND" e "OR". Incluíram-se artigos originais e documentos institucionais, em português e inglês, publicados entre 2021 e 2026. Excluíram-se duplicatas, teses e editoriais. A pergunta norteadora, estruturada segundo PICO, foi: "Quais dimensões de gestão e infraestrutura, avaliadas nos sistemas municipais de saúde, estão associadas a diferentes níveis de maturidade e contribuem para o aprimoramento da gestão, planejamento e assistência?". **RESULTADOS:** A síntese evidenciou quatro eixos: Governança e Financiamento; Infraestrutura e Saúde Digital; Capacidade Assistencial e Resolutividade; e Gestão do Conhecimento e Pessoas. Duarte et al. (2023) evidenciaram a relevância da organização dos recursos e transferências financeiras para a gestão municipal. Celuppi et al. (2024) destacaram a infraestrutura tecnológica e o Prontuário Eletrônico no e-SUS APS. Silva, Noronha e Andrade (2023) demonstraram a relevância de indicadores de estrutura e desempenho na Atenção Primária. Jorge et al. (2022) ressaltaram a gestão do conhecimento e a inteligência epidemiológica em municípios de pequeno porte. Estudos sobre informatização da APS destacaram ainda a importância da gestão e capacitação profissional. O Ministério da Saúde instituiu o INMSD como instrumento de diagnóstico e monitoramento da maturidade digital. **CONCLUSÃO:** O "Check-up do SUS" apresenta-se como proposta de instrumento aplicável ao planejamento municipal, fortalecendo a tomada de decisão baseada em evidências e a melhoria contínua da assistência pública.

Palavras-chave: **MATURIDADE EM SAÚDE; GESTÃO EM SAÚDE; SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

DOI: 10.51161/iv-conasus/87789

NOTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIA CONTRA MULHERES NO VIVA/SINAN: DESAFIOS PROFISSIONAIS E PRODUÇÃO DE INFORMAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA

VERÔNICA VITÓRIA CORDEIRO RODRIGUES

RESUMO

A notificação de violência contra mulheres nos serviços de saúde integra a vigilância e constitui uma das fontes para a produção de informações epidemiológicas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan). Este estudo teve como objetivo analisar os desafios relacionados à atuação dos profissionais de saúde na notificação de violência contra mulheres no VIVA/Sinan, discutindo a subnotificação, a qualidade dos registros e suas implicações para a produção de informações epidemiológicas. Trata-se de uma revisão narrativa da literatura associada à análise documental, desenvolvida a partir de levantamento bibliográfico não sistemático de estudos brasileiros e da análise de documentos técnicos, normativos e legislativos relacionados à vigilância das violências. Os estudos analisados apontaram dificuldades relacionadas à formação profissional, ao conhecimento dos procedimentos e à compreensão da finalidade da notificação, além de fatores vinculados à organização dos serviços. Também foram identificadas subnotificação e variações nos indicadores de qualidade dos registros entre os contextos investigados. A análise permitiu distinguir essas dimensões: a subnotificação limita a representação das situações de violência no sistema, enquanto problemas de completude e consistência interferem na caracterização dos casos registrados. Os achados não permitem atribuir essas limitações exclusivamente aos profissionais, uma vez que a efetivação da notificação também ocorre sob diferentes condições e processos institucionais. Conclui-se que a qualificação da notificação deve contemplar, além do preenchimento da ficha, sua finalidade epidemiológica, o reconhecimento das situações notificáveis e a compreensão dos procedimentos envolvidos. Articulada à organização dos serviços, a educação permanente pode contribuir para qualificar a produção de informações utilizadas na vigilância e no planejamento das respostas à violência contra mulheres no SUS.

Palavras-chave: Educação Permanente; Subnotificação; Vigilância em Saúde.

1 INTRODUÇÃO

A violência contra as mulheres constitui objeto relevante para a Saúde Coletiva, tanto pelas repercussões produzidas sobre a saúde quanto pela necessidade de respostas dos serviços diante das situações identificadas. Sua incorporação ao campo da saúde ampliou a compreensão do fenômeno para além da esfera jurídico-policial, tornando-o também objeto de cuidado, produção de conhecimento e organização de práticas em saúde (Schraiber et al., 2009; D'Oliveira et al., 2009).

No âmbito da vigilância em saúde, o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA) tem como objetivo produzir informações que permitam conhecer a magnitude e a gravidade das violências e subsidiar políticas, estratégias e ações de intervenção, prevenção, atenção e proteção. Um de seus componentes é a Vigilância Contínua de Violência Interpessoal

DOI: 10.51161/iv-conasus/87790

e Autoprovocada (VIVA/Sinan), alimentada pelas notificações registradas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Brasil, 2016).

O registro realizado pelos profissionais constitui uma das etapas dessa produção. Ao integrar o Sinan, os dados provenientes das notificações podem ser analisados segundo características das pessoas envolvidas e das ocorrências. As informações registradas na ficha integram, assim, a base utilizada pela vigilância em saúde para caracterizar epidemiologicamente as situações notificadas (Brasil, 2016).

Apesar dessa finalidade, estudos brasileiros identificam dificuldades relacionadas à efetivação da notificação, incluindo lacunas na formação profissional, desconhecimento sobre procedimentos e confusão entre notificação e denúncia. Paralelamente, pesquisas evidenciam subnotificação das situações de violência, indicando limitações na capacidade dos registros disponíveis de representar a magnitude do fenômeno (Kind et al., 2013; Cordeiro et al., 2015; Leite; Fontanella, 2019; Vasconcelos et al., 2024).

Diante desse cenário, o objetivo deste estudo foi analisar, a partir da literatura científica e de documentos oficiais, os desafios relacionados à atuação dos profissionais de saúde na notificação de violência contra mulheres no VIVA/Sinan, discutindo a subnotificação, a qualidade dos registros e suas implicações para a produção de informações epidemiológicas.

2 MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de uma revisão narrativa da literatura associada à análise documental, desenvolvida a partir de um levantamento bibliográfico não sistemático de publicações relacionadas à notificação de violência contra mulheres no âmbito da saúde. O levantamento foi orientado pelos termos “violência contra a mulher”, “notificação”, “Sinan”, “profissionais de saúde”, “subnotificação” e “qualidade da informação”, empregados isoladamente ou em combinação conforme os diferentes aspectos do objeto investigado.

A seleção das publicações considerou sua pertinência ao objetivo do estudo. Foram incluídas pesquisas brasileiras que contribuíssem para a análise da atuação dos profissionais de saúde diante da notificação, das dificuldades relacionadas a esse processo, da subnotificação ou da qualidade dos registros. Não foi estabelecido recorte temporal rígido, de modo a contemplar estudos anteriores relevantes para a compreensão do problema em conjunto com publicações mais recentes. Não foram incorporados à análise trabalhos sem relação direta com a notificação nos serviços de saúde, a vigilância das violências ou a produção de informações epidemiológicas.

A análise documental contemplou legislação brasileira e documentos técnicos e normativos do Ministério da Saúde referentes à notificação compulsória, ao VIVA/Sinan e à vigilância das violências. Essas fontes foram examinadas para caracterizar a finalidade epidemiológica da notificação, sua obrigatoriedade e os procedimentos relacionados ao registro e à comunicação dos casos.

Após a leitura das publicações e dos documentos selecionados, os achados foram organizados em três eixos: subnotificação; desafios relacionados à atuação dos profissionais de saúde; e qualidade das informações registradas. A análise foi conduzida de forma descritiva e interpretativa, buscando identificar convergências, diferenças e complementaridades entre as fontes examinadas.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 Subnotificação e representação epidemiológica

A subnotificação constitui uma limitação para a interpretação dos registros de violência contra mulheres. Vasconcelos et al. (2024), ao compararem dados do Sinan com a Pesquisa Nacional de Saúde referentes a 2019, estimaram subnotificação de 98,5% para violência psicológica, 75,9% para violência física e 89,4% para violência sexual entre mulheres adultas

que procuraram atendimento de saúde em decorrência da violência. A diferença entre as fontes indica que os casos registrados no sistema podem representar apenas parte das situações ocorridas, exigindo cautela ao utilizar esses dados para estimar a magnitude do fenômeno (Vasconcelos et al., 2024).

A ocorrência de subnotificação não elimina a utilidade epidemiológica dos registros do Sinan, mas impõe limites à sua interpretação. As notificações possibilitam caracterizar as situações que alcançam o sistema e identificar aspectos relevantes de sua distribuição; entretanto, sua capacidade de representar a magnitude da violência depende também da efetivação do registro nos serviços. Os dados precisam, portanto, ser interpretados considerando sua contribuição para a vigilância e as limitações decorrentes das situações que permanecem não notificadas (Vasconcelos et al., 2024; Delziovo et al., 2018).

3.2 Desafios relacionados à atuação profissional

Dificuldades relacionadas à formação e à compreensão da notificação aparecem em diferentes contextos da Atenção Primária à Saúde. Kind et al. (2013), ao investigarem 270 profissionais em Belo Horizonte, identificaram que a notificação era frequentemente tomada como denúncia. Em Salvador, Cordeiro et al. (2015) observaram lacunas na abordagem da violência contra a mulher durante a formação acadêmica e nos espaços de educação em serviço, além de baixa experiência dos participantes com a realização da notificação. Embora desenvolvidos em contextos distintos, os estudos convergem ao apontar dificuldades na compreensão e operacionalização do procedimento.

Resultados posteriores reforçam essa interpretação. Em estudo qualitativo com 14 profissionais da Atenção Primária à Saúde, Leite e Fontanella (2019) identificaram desconhecimento dos meios de notificação, compreensão do boletim de ocorrência policial como principal instrumento para notificar, percepção da notificação como opcional e referências à burocracia do procedimento. A recorrência dessas dificuldades em diferentes estudos indica a necessidade de que a qualificação profissional contemple a finalidade e os procedimentos relacionados à notificação, além do preenchimento da ficha (Kind et al., 2013; Cordeiro et al., 2015; Leite; Fontanella, 2019).

Uma síntese posterior da literatura reforça a persistência dessas dificuldades. Conceição e Madeiro (2022), em revisão sistemática de nove estudos sobre profissionais da Atenção Primária à Saúde, identificaram conhecimento limitado sobre a violência contra a mulher e sobre os serviços de atendimento como barreiras à identificação e ao manejo dos casos. O achado amplia a sustentação de que a qualificação profissional constitui parte relevante da resposta dos serviços, embora não explique isoladamente as limitações da notificação.

Esses achados não permitem, entretanto, estabelecer o desconhecimento profissional como causa isolada da subnotificação. A literatura também descreve dificuldades relacionadas às condições institucionais nas quais o procedimento ocorre. Em análise documental e bibliográfica, Garbin et al. (2015) discutem fragilidades relacionadas à estrutura dos serviços, aos fluxos de atendimento e ao suporte disponível aos profissionais. Formação e educação permanente constituem componentes relevantes, mas a efetivação da notificação não pode ser reduzida à responsabilidade individual do trabalhador (Garbin et al., 2015; Leite; Fontanella, 2019).

Outro aspecto relevante é a compreensão dos diferentes procedimentos relacionados aos casos de violência contra mulheres. A Lei nº 10.778/2003 estabelece a notificação compulsória dos casos previstos na norma, enquanto a Portaria GM/MS nº 78/2021 disciplina diretrizes para a comunicação externa às autoridades policiais (Brasil, 2003; Brasil, 2021). A notificação à autoridade sanitária integra a vigilância em saúde e possui caráter sigiloso, enquanto a comunicação policial segue fluxo específico. A confusão entre notificação e denúncia identificada na literatura torna essa diferenciação particularmente importante para a atuação profissional (Kind et al., 2013).

3.3 Qualidade das informações registradas

A realização da notificação não encerra o processo de produção da informação. A qualidade do preenchimento interfere na possibilidade de caracterizar os casos registrados. Abath et al. (2014), ao avaliarem registros de violência do Sinan em Recife entre 2009 e 2012, encontraram completude média de 70,3%, consistência de 98,5% e duplicidade de 0,2%. A diferença entre esses indicadores mostra que uma mesma base pode apresentar desempenho distinto conforme a dimensão de qualidade examinada.

Delziovo et al. (2018), por sua vez, analisaram 2.010 registros de violência sexual contra mulheres em Santa Catarina e encontraram 99,9% de não duplicidade, 93,3% de completude e 98,9% de consistência. As diferenças entre os estudos não devem ser interpretadas como comparação direta de desempenho entre os territórios, uma vez que períodos, populações e características das bases analisadas não são equivalentes. Os resultados demonstram, contudo, que não é adequado generalizar a existência de preenchimento insatisfatório para todos os registros do VIVA/Sinan (Abath et al., 2014; Delziovo et al., 2018).

A comparação desses achados com os resultados sobre subnotificação permite distinguir limitações de naturezas diferentes. A subnotificação diz respeito às situações que não alcançam o sistema, enquanto completude e consistência se referem às informações disponíveis sobre os casos registrados. Assim, registros com bons indicadores de qualidade não significam necessariamente que todas as situações existentes estejam representadas no sistema. Da mesma forma, o aumento do número de notificações, sem atenção à qualidade do preenchimento, não assegura maior capacidade de caracterização epidemiológica (Abath et al., 2014; Delziovo et al., 2018; Vasconcelos et al., 2024).

A distinção entre subnotificação e qualidade dos registros também permite situar a participação dos profissionais na produção da informação epidemiológica. O reconhecimento das situações notificáveis interfere na entrada dos casos no sistema, enquanto o preenchimento da ficha influencia as informações disponíveis para sua caracterização. Essa participação ocorre, porém, em contextos institucionais específicos, com diferentes condições de trabalho, organização dos serviços e fluxos de atendimento, o que impede atribuir ao profissional, isoladamente, as limitações observadas na notificação.

4 CONCLUSÃO

Os estudos analisados indicam que dificuldades relacionadas à formação, ao conhecimento dos procedimentos e à compreensão da finalidade da notificação estão presentes na atuação de profissionais de saúde diante da violência contra mulheres. Esses aspectos constituem uma dimensão relevante da produção de informações no VIVA/Sinan, mas não permitem explicar isoladamente a subnotificação nem atribuí-la à responsabilidade individual dos trabalhadores.

A análise também evidencia que subnotificação e qualidade dos registros correspondem a limitações distintas. A primeira interfere na representação das situações de violência no sistema, enquanto problemas de completude e consistência afetam a caracterização dos casos efetivamente registrados. Os resultados encontrados em diferentes contextos também impedem generalizar a existência de baixa qualidade das notificações para todas as bases do sistema.

A qualificação dos profissionais pode contribuir para o aprimoramento da notificação quando contempla, além do preenchimento da ficha, sua finalidade epidemiológica, o reconhecimento das situações notificáveis e a compreensão dos procedimentos envolvidos. Essa qualificação deve estar articulada às condições institucionais e à organização dos serviços, evitando que a responsabilidade pela produção da informação seja atribuída exclusivamente aos trabalhadores.

Por se tratar de uma revisão narrativa, este estudo apresenta como limitação o caráter não exaustivo da seleção bibliográfica, não permitindo abranger sistematicamente toda a

produção científica disponível sobre o tema. Estudos futuros podem aprofundar a questão por meio de revisões com estratégias sistematizadas de busca e seleção e de pesquisas empíricas voltadas ao conhecimento dos profissionais, aos processos institucionais de notificação e às repercussões desses fatores na produção de informações pelo VIVA/Sinan.

REFERÊNCIAS

ABATH, M. B. et al. Avaliação da completitude, da consistência e da duplicidade de registros de violências do Sinan em Recife, Pernambuco, 2009-2012. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 23, n. 1, p. 131-142, 2014. DOI: 10.5123/S1679-49742014000100013.

BRASIL. Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003. Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados. Brasília, DF: Presidência da República, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Viva: instrutivo notificação de violência interpessoal e autoprovocada. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016. 92 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 78, de 18 de janeiro de 2021. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 4, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre as diretrizes para a comunicação externa dos casos de violência contra a mulher às autoridades policiais, no âmbito da Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021.

CONCEIÇÃO, H. N.; MADEIRO, A. P. Profissionais de saúde da Atenção Primária e violência contra a mulher: revisão sistemática. *Revista Baiana de Enfermagem*, v. 36, e37854, 2022. DOI: 10.18471/rbe.v36.37854.

CORDEIRO, K. C. C. et al. Formação profissional e notificação da violência contra a mulher. *Revista Baiana de Enfermagem*, v. 29, n. 3, p. 209-217, 2015. DOI: 10.18471/rbe.v29i3.13029.

DELZIOVO, C. R. et al. Qualidade dos registros de violência sexual contra a mulher no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) em Santa Catarina, 2008-2013. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 27, n. 1, e20171493, 2018. DOI: 10.5123/S1679-49742018000100003.

D'OLIVEIRA, A. F. P. L. et al. Atenção integral à saúde de mulheres em situação de violência de gênero: uma alternativa para a atenção primária em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 14, n. 4, p. 1037-1050, 2009. DOI: 10.1590/S1413-81232009000400011.

GARBIN, C. A. S. et al. Desafios do profissional de saúde na notificação da violência: obrigatoriedade, efetivação e encaminhamento. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 20, n. 6, p. 1879-1890, 2015. DOI: 10.1590/1413-81232015206.13442014.

KIND, L. et al. Subnotificação e (in)visibilidade da violência contra mulheres na atenção primária à saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 29, n. 9, p. 1805-1815, 2013. DOI: 10.1590/0102-311X00096312.

LEITE, A. C.; FONTANELLA, B. J. B. Violência doméstica contra a mulher e os profissionais da APS: predisposição para abordagem e dificuldades com a notificação. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, v. 14, n. 41, e2059, 2019. DOI: 10.5712/rbmfc14(41)2059.

SCHRAIBER, L. B. et al. Violência de gênero no campo da Saúde Coletiva: conquistas e desafios. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 14, n. 4, p. 1019-1027, 2009. DOI: 10.1590/S1413-81232009000400009.

VASCONCELOS, N. M. et al. Subnotificação de violência contra as mulheres: uma análise de duas fontes de dados. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 29, n. 10, e07732023, 2024. DOI: 10.1590/1413-812320242910.07732023.

PROGRESSÃO DA GRAVIDADE DA OBESIDADE ENTRE ADULTOS ACOMPANHADOS PELO SISVAN: ESTUDO ECOLÓGICO DE SÉRIE TEMPORAL NAS REGIÕES BRASILEIRAS, 2018–2025

AMANDA GOMES SOARES; LETICIA GOMES SOARES; CAROLINA ALVES PEREIRA NICOLI

INTRODUÇÃO: A obesidade é um importante problema de saúde pública no Brasil, atingindo 24,3% dos adultos das capitais brasileiras e no Distrito Federal em 2023, segundo o Vigitel. Embora estudos indiquem crescimento da obesidade e maior avanço das formas graves, são escassas análises recentes sobre a evolução separada dos graus I, II e III nas macrorregiões brasileiras. **OBJETIVO:** Analisar a progressão da gravidade da obesidade entre adultos acompanhados pelo SISVAN nas regiões brasileiras, de 2018 a 2025. **METODOLOGIA:** Estudo ecológico de série temporal, com dados do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), disponibilizado pelo Ministério da Saúde, com abrangência nacional. Foram incluídos adultos de ambos os sexos acompanhados pelo sistema e com registro de estado nutricional segundo o índice de massa corporal (IMC). As variáveis analisadas foram ano, macrorregião brasileira e obesidade graus I, II e III. Realizou-se análise descritiva das proporções anuais, comparando as cinco macrorregiões e as variações absoluta e relativa entre 2018 e 2025. Por utilizar dados secundários, agregados e de domínio público, o estudo foi dispensado de apreciação pelo Comitê de Ética em Pesquisa, conforme a Resolução CNS nº 510/2016. **RESULTADOS:** No Brasil, a obesidade grau I aumentou de 17,97% para 22,13%; o grau II, de 6,44% para 9,13%; e o grau III, de 2,88% para 4,90%. Os aumentos relativos foram de 23,2%, 41,8% e 70,1%, respectivamente. Os graus II e III, conjuntamente, passaram de 9,32% para 14,03%. Em 2025, as maiores proporções totais de obesidade ocorreram no Sul (38,88%) e Sudeste (38,42%), e a menor no Norte (32,05%). O Nordeste apresentou a maior elevação, de 24,00% para 33,70% (+9,70 pontos percentuais). **CONCLUSÃO:** Houve aumento da obesidade em todas as macrorregiões, proporcionalmente mais acentuado nos graus II e III, em consonância com evidências nacionais sobre o crescimento da obesidade grave. Como limitações, destacam-se o uso de dados secundários e as diferenças de cobertura do SISVAN. Os achados reforçam a necessidade de fortalecer a vigilância nutricional e estratégias regionais de prevenção e manejo da obesidade no SUS.

Palavras-chave: **VIGILÂNCIA NUTRICIONAL; ESTADO NUTRICIONAL; EPIDEMIOLOGIA**

DOI: 10.51161/iv-conasus/87791

LIDERA SAMU 192 CEARÁ: GESTÃO ESTRATÉGICA DE PESSOAS E TRANSFORMAÇÃO CULTURAL NO ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

Lívia Romero de Moura
Glauciran Alves Teles Cavalcante
Luana Holanda Nepomuceno

RESUMO

A crescente complexificação no mundo do trabalho impõe desafios relacionados à adaptação contínua das organizações, à gestão estratégica de pessoas e ao desenvolvimento de lideranças capazes de atuar em contextos dinâmicos, incertos e altamente exigentes. Nos serviços de saúde pública, especialmente no atendimento pré-hospitalar, destacam-se as demandas relacionadas à gestão de equipes, tomada de decisão em situações críticas e manutenção do desempenho organizacional. Ao considerarmos a relevância da liderança para garantir a estratégia organizacional e o bem-estar das pessoas dentro das organizações de trabalho, o presente manuscrito descreve a implementação do Programa de Desenvolvimento de Lideranças "Lidera Samu Ceará", uma iniciativa pioneira dentro da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará. Trata-se também de uma ação estratégica voltada à qualificação da gestão pública de saúde no atendimento pré-hospitalar. O programa foi concebido para alinhar a gestão de pessoas ao Mapa Estratégico 2024–2027 da instituição, focando no eixo "Aprendizado, Crescimento e Inovação". Trata-se de um relato de experiência de natureza aplicada e abordagem qualitativa, estruturado em dois ciclos contínuos (2024/2025 e 2025/2026) que abrangem desde a autogestão até a liderança de processos complexos. A metodologia incluiu módulos temáticos, assessment de liderança com ferramentas psicométricas, diários de desenvolvimento e uma plataforma virtual. Os resultados apontam para um aumento expressivo no indicador "apoio da chefia e da organização" na Pesquisa de Clima Organizacional, além da melhoria do Employee Net Promoter Score (ENPs). Conclui-se que o investimento em competências humanas e gerenciais, com foco na segurança psicológica e na eficiência dos recursos públicos, consolida uma cultura de cuidado com quem cuida, sendo um modelo replicável para o fortalecimento da governança no Sistema Único de Saúde (SUS).
Palavras-chave: Liderança; Gestão em Saúde; Desenvolvimento de Pessoas.

1 INTRODUÇÃO

A gestão contemporânea de serviços de saúde pública enfrenta desafios crescentes impostos pela complexidade das organizações e pela necessidade de adaptação a contextos dinâmicos e incertos. A Administração Pública brasileira tem passado por transformações profundas, migrando de um modelo burocrático e autocrático para um modelo gerencial voltado ao alcance de metas e à eficiência na entrega de serviços ao "cliente-cidadão" . Nesse contexto, a liderança deixa de ser um cargo de "chefia" para se tornar um elemento vital de sucesso organizacional (Pinheiro e Sané, 2023).

Conforme apontam Bendassolli et al. (2014), embora a liderança possa ser conceituada a partir de diferentes perspectivas teóricas, observa-se a recorrência de determinados elementos que parecem constituir o núcleo comum das principais definições apresentadas. Entre esses

DOI: 10.51161/iv-conasus/87792

elementos, destacam-se: a compreensão da liderança como um processo; a capacidade de influenciar outras pessoas; sua ocorrência no contexto de grupos; a busca, tanto por parte dos líderes quanto dos liderados, pela promoção de mudanças efetivas; e o estabelecimento e a consecução de objetivos compartilhados.

No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), especialmente em serviços críticos como o Atendimento Pré-Hospitalar (APH), a capacidade de liderança é determinante para o desempenho organizacional e para a segurança do paciente

Entretanto, no setor público, o exercício da liderança ainda é visto muitas vezes como uma realidade inalcançável devido à predominância de culturas baseadas puramente na hierarquia formal (Pinheiro e Sané, 2023). Além disso, historicamente, o desenvolvimento de gestores na saúde pública brasileira focou prioritariamente em competências técnicas assistenciais, deixando uma lacuna no que tange às competências relacionais e gerenciais.

O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) Ceará identificou a necessidade de romper com esse paradigma por meio da criação de uma política permanente de fortalecimento da liderança pública. Alinhado ao Mapa Estratégico 2024–2027 e à Política Estadual de Desenvolvimento de Pessoas (Decreto nº 29.642/2009), o Programa LIDERA surge como uma resposta institucional para promover o aprendizado, o crescimento e a inovação.

O programa reconhece que a excelência na assistência depende diretamente da qualidade da liderança exercida em todos os níveis, desde a direção superior até as chefias de equipe em campo.

Este trabalho objetiva descrever a experiência do programa e discuti-la à luz das teorias de liderança no setor público.

2 RELATO DE EXPERIÊNCIA

O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), principal componente da Política Nacional de Atenção às Urgências do SUS, foi criado em 2003 e objetiva chegar precocemente à vítima após a ocorrência de alguma situação de urgência ou emergência que possa levar a sofrimento, sequelas ou morte. Trata-se de um serviço de extrema complexidade e que exige muita qualificação das equipes, o que torna o desenvolvimento de lideranças algo imprescindível.

A implementação do Programa LIDERA SAMU 192 Ceará iniciou-se em 29 de abril de 2024, estruturada em dois ciclos de desenvolvimento contínuo: o Ciclo 2024/2025 e o subsequente Ciclo 2025/2026. O programa possui abrangência estadual, engajando profissionais em diversos cargos, incluindo superintendentes, diretores, gerentes regionais, coordenadores de macro regionais e chefes de equipe. Os encontros ocorrem predominantemente no formato online, quinzenalmente, por meio da plataforma Google Meet, sendo selecionados também encontros estratégicos presenciais.

O Ciclo 2024/2025 foi fundamentado em três pilares essenciais: Líder de si, Líder de Equipe e Líder de Processos. Os módulos temáticos incluíram discussões sobre Inteligência Emocional, Comunicação Não-Violenta, Cultura do Erro, Gestão de Conflitos, Trabalho em Equipe, Assédio no Trabalho, Oficina de Feedback, Liderança Situacional, Tomada de Decisão, Visão Sistêmica, Ferramentas de Gestão, Gestão da Mudança, Oficina de Negociação, Conhecendo o SAMU, e o SAMU no SUS.. Durante este ciclo, realizou-se um encontro mobilizador para definir coletivamente o "Perfil de Competências do Líder SAMU", servindo de base para as estratégias subsequentes.

O Ciclo 2025/2026 avançou para temas de vanguarda na gestão de pessoas, centrando-se na Segurança Psicológica. Os conteúdos abordaram o papel da liderança como guardiã da saúde mental, a prevenção de riscos psicossociais e a prática da liderança humanizada. Foram trabalhados também o Feedback como Ferramenta de Desenvolvimento e Cuidado,

DOI: 10.51161/iv-conasus/87792

Comunicação Consciente e Escuta Ativa, Liderança Situacional e Inteligência Emocional, Gestão de Conflitos e Cultura de Respeito. Este ciclo culminou na entrega de cinco projetos temáticos sob o título "Eu promovo segurança no SAMU!", que materializaram o aprendizado em ações concretas nas bases regionais.

A operacionalização do programa utilizou uma combinação de metodologias ativas e tecnologia: a) Assessment de Liderança: Aplicação de um conjunto robusto de testes comportamentais e psicométricos (Teste DISC, Inventário de Kolb, Escala EMLO e Medida de Inteligência Emocional - MIE) em 36 líderes, no primeiro ciclo, e em mais 6 líderes, no segundo ciclo. Cada participante recebeu devolutivas individuais e elaborou um Plano de Desenvolvimento Individual (PDI) com o acompanhamento da Diretoria de Gestão de Pessoas (DIGEP). Além disso, os “líderes de líderes” também receberam relatórios e direcionamentos sobre a melhor forma de gerenciar a sua equipe; b) Diário de Desenvolvimento: Ferramenta pedagógica elaborada para cada módulo, contendo materiais de sensibilização (aquecimento), espaços para reflexão durante os encontros e curadoria de conteúdos para aprofundamento (livros, podcasts e artigos); e c) Plataforma Virtual (Lidera Digital): Utilização do Google Sala de Aula para centralizar o cronograma, fóruns de discussão e o repositório de materiais, garantindo acessibilidade aos líderes distribuídos por todo o estado.

Os indicadores trabalhados no programa são os de frequência, avaliação de reação, ações do Plano de Desenvolvimento Individual, Pesquisa de Clima Organizacional e ferramenta de Segurança Psicológica.

3 DISCUSSÃO

O desenvolvimento de gestores está direcionado, essencialmente, à aquisição e ao aprimoramento de conhecimentos, competências e habilidades necessários ao exercício e ao aperfeiçoamento de funções gerenciais. O desenvolvimento de lideranças, por sua vez, não se restringe, necessariamente, aos profissionais que ocupam posições formais de gestão. Trata-se de um processo voltado à ampliação da capacidade dos trabalhadores para exercer papéis de liderança, em consonância com a estratégia, os objetivos e os valores organizacionais (Bendassolli et al., 2014).

Em vistas disso, o Lidera SAMU Ceará se propõe a aprimorar, de forma cíclica, conhecimentos fundamentais para o exercício da liderança, convocando também trabalhadores que estão em posições-chave da organização, podendo também vir a ocupar posições de liderança futuramente,

O programa também buscou uma articulação direta com a realidade e a complexidade de um serviço pré-hospitalar, o que corrobora com a visão de Bendassolli et al (2014), ao argumentarem que o desenvolvimento de líderes tem como finalidade central favorecer a aquisição e o aprimoramento da capacidade de atuar diante de situações complexas, mediante a tomada de decisões estratégicas, a mobilização de pessoas e recursos e a construção de respostas efetivas para a resolução de problemas, bem como para a criação de novas possibilidades de organização do trabalho e de alcance de resultados.

A análise dos resultados do Programa LIDERA revela impactos significativos em múltiplas dimensões da gestão pública. A inovação central da proposta reside na mudança de foco: ao investir nas competências humanas dos gestores, o SAMU Ceará fortalece a base que sustenta a qualificação técnica das equipes de ponta

Um aspecto crítico na gestão do SUS é a otimização de recursos. O LIDERA demonstrou elevada eficiência ao ser executado sem a necessidade de contratação de consultorias externas. Todo o processo foi conduzido por profissionais do quadro próprio e especialistas convidados voluntários, utilizando a infraestrutura física da própria rede estadual, o que resultou em investimento financeiro mínimo para um alto impacto organizacional.

DOI: 10.51161/iv-conasus/87792

Os dados coletados indicam que o programa não foi apenas uma ação de capacitação isolada, mas um motor de transformação cultural. Houve um aumento comprovado no indicador "Apoio da Chefia e da Organização" em mais de 50% dos líderes avaliados na Pesquisa de Clima Organizacional de 2025 e 2026. Além da melhoria de todos os indicadores de Clima Organizacional por dois anos consecutivos, períodos que coincidem com a elaboração do programa.

Depoimentos colhidos durante visitas itinerantes reforçam que a ênfase na segurança psicológica e na escuta ativa qualificada humanizou as relações de trabalho, e a gestão imediata tem sido apontada espontaneamente nas perguntas abertas da Pesquisa de Clima Organizacional. Ao promover ambientes seguros para o diálogo e a inovação, o programa reduziu riscos psicossociais e trouxe maior clareza aos protocolos operacionais por meio de uma liderança mais assertiva e empática

O programa transformou o aprendizado individual em capital intelectual institucional. A construção colaborativa de soluções e a aplicação imediata dos conhecimentos no cotidiano do serviço fortaleceram a capacidade do SAMU de adaptar-se aos desafios complexos do sistema de saúde. Sob a ótica da responsabilidade social, a iniciativa reafirma que "cuidar de quem cuida" é essencial para oferecer um serviço seguro e resolutivo à população. Líderes melhor preparados desenvolvem equipes mais engajadas, o que impacta diretamente na missão institucional de salvar vidas.

4 CONCLUSÃO

A implementação do Programa LIDERA SAMU 192 Ceará representa uma mudança de paradigma na gestão pública de saúde. Ao investir no "cuidado de quem cuida" e no desenvolvimento de competências relacionais, o programa supera a visão tecnicista e burocrática, consolidando uma cultura de governança e inovação. A experiência demonstra que a liderança é um relacionamento de influência recíproca e que, no SUS, ela deve ser orientada para o serviço ao cidadão. A inciativa consolida-se como uma estratégia eficaz de gestão de pessoas e governança no setor público

A experiência demonstra que é possível promover transformações profundas na cultura organizacional através de programas estruturados, contínuos e focados no desenvolvimento humano, mesmo em contextos de alta pressão e criticidade como o atendimento pré-hospitalar. Pela sua metodologia sistematizada e baixo custo de implementação, o LIDERA apresenta elevado potencial de replicabilidade em outras unidades da rede pública de saúde, servindo como modelo para o fortalecimento das lideranças em todo o sistema nacional de saúde.

O sucesso da iniciativa reside no alinhamento estratégico entre as políticas estaduais e a prática cotidiana, transformando diretrizes normativas em resultados tangíveis para os trabalhadores e para os usuários do SUS.

Em última análise, o programa gera valor público ao produzir uma assistência mais segura, eficiente e humanizada, cumprindo rigorosamente os princípios fundamentais do Sistema Único de Saúde (SUS). Além disso, proporciona a qualificação da tomada de decisão, impactando diretamente na missão de salvar vidas.

REFERÊNCIAS

BENDASSOLLI, Pedro F.; MAGALHÃES, Mauro de Oliveira; MALVEZZI, Sigmar. Liderança nas organizações. In: ZANELLI, José Carlos; BORGES-ANDRADE, Jairo Eduardo; BASTOS, Antonio Virgílio Bittencourt (org.). **Psicologia, organizações e trabalho no Brasil**. 2. ed. Porto Alegre: AMGH, 2014.

CEARÁ. Decreto nº 29.642, de 10 de dezembro de 2009. Dispõe sobre a Política Estadual de Desenvolvimento de Pessoas. *Diário Oficial do Estado do Ceará*, Fortaleza, CE, 2009

MAIA, T. S. V.; CORREIA, P. M. A. R.; RESENDE, S. A. L. O papel da liderança na administração pública: desafios emergentes da nova gestão pública. **Lex Humana**, v. 15, n. 4, p. 17-36, 2023.

PEREIRA, R.; CUNHA, C. J. C. A. Liderança no Setor Público (LSP): Uma Revisão Integrativa e agenda de pesquisa. In: **Anais do XLV Encontro da ANPAD - EnANPAD**. On-line, 2021.

PINHEIRO, Denise. Liderança no setor público: desafios e impactos. **REA-Revista Eletrônica de Administração**, v. 22, n. 1, p. 20-39, 2023.

.

DOI: 10.51161/iv-conasus/87792

EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA FORMAÇÃO DE RESIDENTES MULTIPROFISSIONAIS: RELATO DE EXPERIÊNCIA

THAIS OLIVEIRA CALAÇA DA SILVA
DIANE FERNANDES DOS SANTOS
EDVAN JOSÉ ALVES DA SILVA
MATHEUS SOBRAL SILVEIRA
MAIRA DE MENEZES FRANCO

RESUMO

A educação em saúde constitui uma importante estratégia de cuidado e formação profissional, especialmente quando desenvolvida de forma participativa e articulada às necessidades dos usuários. Nesse contexto, a Residência Multiprofissional em Saúde pode favorecer a vivência de práticas educativas e a articulação entre diferentes áreas profissionais. Este trabalho teve como objetivo relatar a experiência de residentes multiprofissionais no planejamento e desenvolvimento de ações de educação em saúde em diferentes cenários de cuidado. As atividades foram realizadas por residentes de enfermagem, nutrição e fisioterapia, a partir da identificação das características e demandas dos públicos atendidos, seguida de levantamento bibliográfico, planejamento e seleção de estratégias educativas. Foram desenvolvidas ações com pacientes oncológicos, gestantes e puérperas, utilizando diferentes recursos, como dinâmicas de mitos e verdades, simulações, perguntas e respostas, demonstrações práticas, murais interativos e atividades recreativas. A escolha das estratégias considerou as características dos participantes, os objetivos das ações e as condições de cada cenário, buscando favorecer a participação, o diálogo, a expressão de conhecimentos prévios e o esclarecimento de dúvidas. A experiência também evidenciou a dimensão formativa das ações educativas, uma vez que seu planejamento e execução exigiram dos residentes habilidades de comunicação, organização, adaptação de estratégias e articulação entre conhecimentos técnicos e experiências dos participantes. A atuação conjunta entre enfermagem, nutrição e fisioterapia favoreceu a troca de conhecimentos e a compreensão das contribuições específicas de cada profissão para o cuidado, constituindo também uma oportunidade de aprendizagem interprofissional. As diferenças entre os cenários reforçaram a necessidade de adaptar a linguagem, os recursos e a condução das atividades às características de cada público. Como limitação, destaca-se a ausência de instrumentos sistemáticos para avaliar os efeitos das ações sobre o conhecimento ou mudanças de comportamento dos participantes. Conclui-se que a realização de ações de educação em saúde em diferentes cenários pode contribuir para a formação multiprofissional, favorecendo o desenvolvimento de competências educativas, comunicacionais e colaborativas e aproximando os residentes das necessidades concretas dos usuários.

Palavras-chave: Educação Interprofissional; Promoção da Saúde; Conhecimentos, Atitudes e Prática em Saúde.

DOI: 10.51161/iv-conasus/87794

1 INTRODUÇÃO

Historicamente relacionada à promoção da saúde e à prevenção de doenças, a educação em saúde constitui um campo de atuação que assumiu diferentes concepções e abordagens ao longo de sua trajetória. Embora tradicionalmente reconhecida como uma área da saúde pública, atualmente compreende perspectivas que valorizam a participação dos sujeitos no processo educativo e a articulação entre o conhecimento técnico-científico e as experiências construídas nos diferentes contextos de vida. Nessa perspectiva, as práticas de educação em saúde podem ultrapassar abordagens centradas exclusivamente na transmissão de conteúdos, incorporando diálogo, escuta, participação e construção compartilhada do conhecimento.

Nesse contexto, a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) reconhece a participação social, a autonomia e o empoderamento como princípios orientadores das ações de promoção da saúde. A política também valoriza o diálogo entre diferentes saberes, a articulação entre setores e atores e a construção compartilhada de práticas de cuidado, além de contemplar a educação e a formação como eixos voltados ao desenvolvimento de processos de aprendizagem pautados em princípios críticos, dialógicos e participativos.

A Residência Multiprofissional em Saúde, enquanto modalidade de formação em serviço, pode favorecer a vivência e o desenvolvimento de práticas de educação em saúde, ao possibilitar a articulação entre diferentes saberes e práticas profissionais e a realização de ações educativas em diferentes cenários de cuidado. A inserção dos residentes nos serviços permite aproximar a construção das atividades educativas das demandas concretas dos usuários e das características dos contextos em que o cuidado é desenvolvido.

2 RELATO DE CASO/EXPERIÊNCIA

Durante os rodízios da residência, residentes de diferentes profissões, incluindo enfermagem, nutrição e fisioterapia, foram estimulados a desenvolver atividades de educação em saúde voltadas aos diferentes públicos atendidos nos cenários de prática. O desenvolvimento das atividades buscou, em sua maior parte, incorporar estratégias participativas e metodologias educativas que favorecessem a participação, a interação e o envolvimento dos participantes. Dessa forma, as ações foram planejadas não apenas para abordar conteúdos técnico-científicos, mas também para proporcionar momentos de diálogo, troca de conhecimentos e aproximação entre os temas trabalhados e as experiências vivenciadas pelos participantes.

Para a elaboração das atividades, inicialmente, os residentes identificavam as necessidades de cada público a partir da observação da realidade do local e das demandas percebidas durante a vivência nos diferentes cenários. Na sequência, eram realizados levantamentos bibliográficos sobre os temas selecionados, buscando fundamentar os conteúdos abordados e subsidiar a escolha das estratégias educativas. A seleção dos recursos considerava as características de cada público, as condições disponíveis em cada cenário e as possibilidades de favorecer a interação e a compreensão dos conteúdos. Além disso, os residentes adaptavam os materiais e a linguagem utilizados de acordo com as necessidades e possibilidades de compreensão dos participantes, buscando aproximar as informações da realidade vivenciada em cada contexto.

Os temas abordados variaram de acordo com o local de atuação dos residentes e com as necessidades identificadas em cada cenário. As atividades contemplaram aspectos relacionados à alimentação e nutrição, à movimentação e aos cuidados com o corpo, bem como à prevenção, ao manejo e à orientação diante de diferentes condições de saúde. A diversidade de temas permitiu que cada residente contribuísse a partir de seu núcleo profissional, enquanto o

DOI: 10.51161/iv-conasus/87794

planejamento conjunto favoreceu a integração desses conhecimentos na elaboração das atividades.

No cenário de atendimento a pacientes oncológicos, as atividades foram planejadas com o objetivo de proporcionar momentos de acolhimento e interação diante de uma rotina hospitalar marcada por tratamentos, procedimentos e períodos de internação. Nesse contexto, foram elaboradas atividades relacionadas ao acolhimento, ao incentivo à continuidade do tratamento e a aspectos relacionados ao bem-estar, buscando abordar conteúdos de maneira acessível, acolhedora e cuidadosa. A escolha das abordagens considerou também as particularidades do contexto hospitalar e a necessidade de evitar situações que pudessem gerar desconforto aos participantes.

Foram utilizadas diferentes estratégias, como brincadeiras de mitos e verdades, colagem de mensagens de apoio em murais, momentos de alongamento e relaxamento, dinâmicas de perguntas e respostas e atividades recreativas relacionadas a datas comemorativas, como a pescaria realizada durante o arraiá de São João. Esses recursos permitiram abordar temas relacionados à saúde por meio de diferentes formas de participação, proporcionando momentos de interação e descontração entre pacientes, acompanhantes e residentes, sem desconsiderar as particularidades do contexto oncológico.

Com o público de gestantes e puérperas, atendidas em hospital-maternidade, as temáticas foram definidas de acordo com as necessidades observadas durante os atendimentos e com as demandas identificadas no cenário de prática. Entre os assuntos trabalhados estiveram violência contra a mulher, com ênfase no reconhecimento, acolhimento e rede de apoio; hipertensão e diabetes gestacional, incluindo aspectos relacionados à prevenção e ao manejo; sangramentos na gestação e seus principais sinais de alerta; aleitamento materno e autocuidado; além de cuidados com o recém-nascido, incluindo higiene e identificação de sinais de alerta, entre outros temas relacionados ao período gestacional e puerperal.

Para esse público, foram realizadas atividades práticas e participativas, incluindo demonstrações relacionadas aos cuidados com a amamentação e à pega adequada durante o aleitamento materno. Também foram desenvolvidas simulações e dinâmicas relacionadas ao reconhecimento de situações de violência, às possibilidades de acolhimento e à identificação da rede de apoio. As atividades de mitos e verdades foram utilizadas para abordar aspectos relacionados à hipertensão e ao diabetes gestacional, à pré-eclâmpsia e a outras condições associadas à gestação, possibilitando explorar conhecimentos prévios, esclarecer dúvidas e estimular a participação das gestantes e puérperas.

A realização dessas atividades proporcionou aos residentes a aplicação prática de conteúdos desenvolvidos ao longo da formação e das vivências da residência, aproximando o conhecimento acadêmico das situações concretas encontradas nos serviços de saúde. A experiência também exigiu que os residentes adaptassem as estratégias educativas aos diferentes públicos e contextos, demandando não apenas domínio dos conteúdos abordados, mas também capacidade de selecionar linguagens, recursos e abordagens compatíveis com as características de cada grupo.

A experiência também permitiu refletir sobre as ações de educação em saúde como uma oportunidade de vivenciar a atuação multiprofissional. O planejamento das atividades envolveu a integração de diferentes perspectivas profissionais, permitindo aos residentes compartilhar conhecimentos específicos de suas áreas e, simultaneamente, ampliar a compreensão sobre as contribuições dos demais profissionais para o cuidado. A adaptação das atividades às particularidades de cada cenário também estimulou uma postura crítica e reflexiva sobre as formas de comunicação utilizadas nos serviços de saúde e sobre a importância de considerar as necessidades, experiências e conhecimentos dos sujeitos envolvidos no processo educativo.

3 DISCUSSÃO

A realização das ações de educação em saúde mostrou a necessidade de ir além da exposição unilateral de conteúdos. Durante as atividades, buscou-se considerar os participantes como sujeitos do processo educativo, valorizando seus conhecimentos prévios, dúvidas e experiências. Essa forma de conduzir as ações está relacionada a concepções de educação em saúde que valorizam o diálogo, a escuta e a construção compartilhada do conhecimento, articulando o conhecimento técnico-científico aos saberes e experiências dos participantes.

A utilização de diferentes recursos e estratégias educativas foi importante para conduzir as ações de acordo com as características de cada público e cenário. Dinâmicas de mitos e verdades, simulações, perguntas e respostas, demonstrações práticas e murais interativos foram utilizadas como diferentes possibilidades de participação ao longo das atividades. Esses recursos foram utilizados para explorar conhecimentos prévios, estimular a expressão dos participantes e criar momentos para esclarecimento de dúvidas. A diversidade de abordagens também possibilitou adequar a condução das atividades às características de cada grupo, considerando que as práticas de educação em saúde podem assumir diferentes enfoques e utilizar estratégias interativas e complementares.

Além da dimensão assistencial, o desenvolvimento e a realização das ações educativas constituíram uma experiência formativa para os residentes. A construção das atividades exigiu a articulação entre conhecimentos técnicos e habilidades de comunicação, planejamento e adaptação das estratégias às necessidades e características dos diferentes públicos. Assim, a educação em saúde não esteve voltada apenas aos usuários, mas também se constituiu como um espaço de aprendizagem para os próprios profissionais em formação.

A participação conjunta de residentes de enfermagem, nutrição e fisioterapia trouxe diferentes olhares sobre as demandas de saúde dos usuários e favoreceu a complementaridade dos saberes na construção das atividades. Mais do que dividir tarefas, o planejamento e a execução das ações proporcionaram momentos de troca entre os residentes, permitindo conhecer as especificidades e diferentes formas de abordagem de cada área profissional. Essa dinâmica se relaciona aos pressupostos da educação interprofissional, ao favorecer a aprendizagem compartilhada entre diferentes profissões e ampliar a compreensão sobre o papel dos demais profissionais no cuidado. Nesse processo, a residência multiprofissional pode favorecer a aprendizagem compartilhada e o desenvolvimento de competências comuns, específicas e colaborativas.

A condução das atividades também precisou ser adaptada aos diferentes cenários de cuidado. As ações desenvolvidas com pacientes oncológicos, por exemplo, exigiram maior atenção às condições emocionais e à rotina hospitalar dos participantes. Já as atividades com gestantes e puérperas demandaram recursos voltados à discussão de situações próprias do período gestacional e puerperal e à realização de demonstrações práticas. A experiência mostrou, portanto, a necessidade de considerar o público e o contexto de cada atividade na escolha e na condução das estratégias educativas.

Como limitação desta vivência, destaca-se a ausência de instrumentos sistemáticos para avaliar os efeitos das ações educativas sobre o conhecimento e possíveis mudanças de comportamento dos participantes. O foco esteve voltado ao desenvolvimento das práticas educativas e à formação dos residentes no contexto real dos serviços. Além disso, a diversidade dos públicos e a realização das atividades conforme as demandas da rotina limitam a generalização das observações, que refletem principalmente a experiência dos profissionais em formação. Essas limitações apontam para a necessidade de que experiências futuras incorporem estratégias sistemáticas de avaliação dos resultados e acompanhamento dos participantes

4 CONCLUSÃO

A experiência evidenciou a contribuição das ações de educação em saúde para a formação dos residentes, favorecendo a comunicação, o planejamento e a atuação colaborativa entre diferentes profissões. A adaptação das estratégias aos públicos e cenários aproximou os conteúdos técnico-científicos das necessidades dos participantes. Como limitação, destaca-se a ausência de avaliação sistemática dos resultados. Experiências futuras podem incorporar instrumentos de avaliação e acompanhamento dos participantes.

REFERÊNCIAS

BARRETO, A. C. O.; REBOUÇAS, C. B. D. A.; AGUIAR, M. I. F. D.; BARBOSA, R. B.; ROCHA, S. R.; CORDEIRO, L. M.; et al. Percepção da equipe multiprofissional da Atenção Primária sobre educação em saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 72, p. 266-273, 2019ZZ.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2.446, de 11 de novembro de 2014: redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS)**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014.

FITTIPALDI, A. L. M.; O'DWYER, G.; HENRIQUES, P. **Educação em saúde na atenção primária: as abordagens e estratégias contempladas nas políticas públicas de saúde**. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 25, e200806, 2021.

NASCIMENTO, A. C. B. do; OMENA, K. V. M. de. **A Educação Interprofissional em Programas de Residência Multiprofissional em Saúde no Brasil: uma revisão integrativa**. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 4, e8010413655, 2021.

DOI: 10.51161/iv-conasus/87794

ENTRE O CONTROLE E A *ENCAPSULARIZAÇÃO*: ESTRATÉGIAS DE HUMANIZAÇÃO DO CUIDADO EM CAPS AD EM MEIO ÀS DISPUTAS DA REFORMA PSIQUIÁTRICA

YURI FONTENELLE LIMA MONTENEGRO; ALEXSANDRO BATISTA ALENCAR; SÂMIA DUARTE TEIXEIRA; ISABELLA NUNES DE ALBUQUERQUE; MARIANA POMPÍLIO GOMES CABRAL; ALEXANDRE SEMERARO DE ALCÂNTARA NOGUEIRA

RESUMO

Introdução: Apesar dos avanços com a reforma psiquiátrica e a atenção psicossocial brasileira, ainda há a persistência da estigmatização e de práticas tutelares com usuários de álcool e outras drogas tanto pela comunidade quanto por profissionais de saúde, o que reforça o controle disciplinar da lógica manicomial ou a encapsularização do cuidado. O presente relato emerge da análise reflexiva da experiência de profissionais de um CAPS AD II e visa descrever intervenções e estratégias implementadas no cotidiano profissional a fim de prover um cuidado humanizado e centrado nas pessoas. Relato de experiência: optou-se por organizar a descrição das estratégias e experiências dos autores deste trabalho em seções temáticas de acordo com as diretrizes da PNH (acolhimento, ambiência, cogestão, valorização dos trabalhadores e defesa do direito dos usuários). Destacamos que o ímpeto para a descrição das mesmas surgiu em um contexto em que tais práticas foram interrompidas ou sensivelmente afetadas devido ao processo de reforma estrutural do CAPS AD II. Discussão: as estratégias descritas visam prover um cuidado humanizado e centrado nos usuários, e são associadas à percepção de melhora dos mesmo e endossada em pesquisas avaliativas ou que buscam reconhecer as necessidades dos usuários. Contudo, não evitam que surjam conflitos, divergências ou crises no cotidiano profissional. Conclusão: o presente relato não tem a intenção de idealizar os processos de trabalho do referido CAPS AD, mas compartilhar experiências consideradas exitosas a fim de contribuir com a implementação de um modelo de cuidado psicossocial que é constantemente atravessado por contradições e parece nos convocar a potencializar saídas criativas e expansivas em territórios plurais, para recolocar à atenção psicossocial, continuamente, na afirmação de mais vidas.

Palavras-chave: Humanização da Assistência; Reforma Psiquiátrica; Atenção Psicossocial.

1 INTRODUÇÃO

O presente relato surge da experiência dos autores num Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas tipo II (CAPS AD II) da cidade de Fortaleza, Ceará, localizado numa região com população estimada em 310.485 habitantes (SIMDA, 2026), e visa descrever intervenções e estratégias implementadas no cotidiano profissional/institucional a fim de prover um cuidado humanizado e centrado nas pessoas

DOI: 10.51161/iv-conasus/87795

conforme as diretrizes da Atenção Psicossocial (Brasil, 2011). Trata-se, portanto, de um exercício reflexivo e analítico sobre a própria prática profissional aos moldes da pragmática freireana da ação-reflexão (Kronbauer, 2010) que se propõe à produção de um conhecimento situado a partir da constante articulação entre a teoria e a realidade concreta. Espera-se que o relato reflexivo de tais estratégias contribua para o constante processo de construção da atenção psicossocial, considerando as reiteradas resistências para a implementação da reforma psiquiátrica brasileira.

O CAPS AD II é um serviço de saúde mental aberto e de caráter comunitário voltado para o atendimento de pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas e indicado para regiões com população acima de 70.000 habitantes (Brasil, 2011). Trata-se de um dos componentes da atenção psicossocial especializada juntamente com as outras modalidades de CAPS, os quais, enquanto serviços substitutivos ao modelo hospitalocêntrico, têm o objetivo de oferecer cuidados clínicos pautados na perspectiva da Reabilitação Psicossocial (RP) em vista da inclusão social das pessoas acompanhadas (Brasil, 2004).

A RP, por sua vez, surgiu no âmbito de reformas psiquiátricas ao redor do mundo que, para além da alternativa ao modelo de assistência hospitalar, visaram o exercício da cidadania e da contratualidade como objetivo da assistência em saúde mental ao invés do simples controle de sintomas. Assim, a RP constitui-se numa abordagem, pautada na desinstitucionalização, no exercício da cidadania e na promoção da autonomia, que visa aumentar o poder contratual das pessoas nos cenários de sua moradia, trabalho e rede social (Pitta, 2016). Assim, nos parece que o modo de habitar, de culturas e pluralidades devam ser considerados integrados nos elementos étnicos-raciais, de gênero, classe, sexualidades das pessoas cuidadas.

No Brasil, os princípios da reabilitação psicossocial pautaram uma nova concepção de assistência em saúde mental a partir do Movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira (MRPB), iniciado na década 1970, e que contou com a participação de usuários, seus familiares e profissionais (Amarante, 1995). A lei nº 10.216/2001 é o marco normativo que institucionaliza as conquistas dessa mobilização social, instituindo uma nova política de saúde mental nacional segundo um modelo de assistência em serviços substitutivos de caráter extra-hospitalar que respeite os direitos das pessoas com transtornos mentais e vise um trabalho conjunto mediante a construção de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) para potencializar sua autonomia possível em vista de uma inserção social digna. Desde então, observa-se a progressiva redução das internações hospitalares, a expansão e capilarização dos serviços substitutivos e a satisfação com o modelo de atenção psicossocial, com ênfase para o atendimento humanizado (Clementino *et al.*, 2019; Macedo *et al.*, 2017; Oliveira; Andrade; Goya, 2012; Paranhos-Passos; Aires, 2013).

Apesar desses avanços, ainda há a persistência da estigmatização e de práticas tutelares tanto na comunidade quanto entre profissionais, desafios para a articulação com as equipes da atenção primária à saúde na gestão do cuidado com a consequente "encapsularização" do cuidado e a escassez de CAPS específicos para o cuidado a pessoas com necessidades decorrentes do uso abusivo de álcool e outras drogas (Braga; Farinha, 2018; Oliveira; Andrade; Goya, 2012; Paranhos-Passos; Aires, 2013).

Se a perene implementação da reforma psiquiátrica, *lato sensu*, enfrenta diversos desafios e é constantemente tensionada por forças de oposição ao seu projeto revolucionário (Nunes *et al*., 2019), o cenário torna-se ainda mais delicado quando diz respeito ao cuidado de pessoas com necessidades decorrentes do uso abusivo de álcool e outras drogas. A construção discursiva do "usuário de drogas" é atravessada por concepções morais, legais e sanitária que contribuem para representações do uso de álcool e drogas a partir da perspectiva do pecado, crime ou doença e atribuem respostas distintas: conversão religiosa, prisão e outras sanções legais para coibir o uso, ou políticas públicas visando tratamento (Mota, 2009). Porém, no

campo das políticas públicas, há um constante embate entre a perspectiva proibicionista e antiproibicionista, tanto no campo da segurança pública quanto da saúde, que reverbera no planejamento e desenhos dos serviços de assistência para essa população (Teixeira *et al*., 2017; Vargas; Campos, 2019). Assim, as representações do "usuário de drogas" enquanto pessoa não confiável, mau caráter, violento e/ou incapaz é, em certa medida, internalizada tanto pelos próprios quanto por seus familiares e profissionais da saúde implicados em sua assistência (Melo; Maciel, 2016; Oliveira; Macallum; Costa, 2010; Vargas *et al*., 2013). Tal contradição é observada nos CAPS AD quando alguns desses equipamentos desenvolvem práticas de acolhimento, redução de danos e cuidado que visam a produção de vínculos sociais, alinhadas com as necessidades da sua população-alvo e com a perspectiva psicossocial e antiproibicionista, e outros reproduzem a lógica disciplinar, punitiva e centralizada nos saberes biomédicos (Machado; Modena; Luz, 2020a; 2020b).

Considerando que a produção de saúde deve articular competências técnicas e organizacionais com competências relacionais, incluindo atitudes de valor à vida humana, o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Humanização (PNH) em 2003 como uma política pública transversal a fim de fomentar mudanças nas práticas de atenção e gestão da saúde conforme os princípios do SUS. Enquanto marco decorrente de uma série de experiências e programas de humanização iniciados na década de 1990, a PNH apresenta diretrizes que prevêem a implicação e a articulação de usuários, trabalhadores e gestores em sua implementação (Brasil, 2013; Dourado *et al.*, 2018). Assim, optou-se por organizar a descrição das estratégias e experiências dos autores deste trabalho em seções temáticas de acordo com as diretrizes da PNH, a saber: acolhimento, ambiência, cogestão, valorização dos trabalhadores e defesa do direito dos usuários. Destacamos que o ímpeto para a descrição das mesmas surgiu em um contexto em que tais práticas foram interrompidas ou sensivelmente afetadas devido ao processo de reforma estrutural do CAPS AD II.

2 RELATO DE EXPERIÊNCIA

a) Acolhimento e ambiência: segundo a PNH (Brasil, 2008; 2013), o acolhimento visa a construção de relações de confiança e vínculo entre equipes, usuários e sua rede socioafetiva, reconhecendo como legítima as necessidades singulares que os usuários apresentam. A ambiência é compreendida como o ambiente físico e social, incluindo as relações interpessoais e a criação de espaços de encontro, e enquanto componente afetivo expresso na forma de acolhimento. Assim, ambas estão relacionadas.

Na nossa prática, o acolhimento é compreendido enquanto atitude para além do procedimento de atendimento às demandas espontâneas que surgem ao longo do expediente descrito no Boletim de Produção Ambulatorial (BPA) do sistema DataSUS. Antes da reforma do equipamento, os usuários encontravam uma bandeja com biscoitos salgados, uma garrafa de chá e copos descartáveis à disposição para se servirem posicionada em frente ao Núcleo de Atendimento ao Cliente (NAC). Quanto à promoção de espaços de encontro, o CAPS AD dispunha de uma biblioteca de livre acesso durante o horário de funcionamento do serviço, bancos de alvenaria e longarinas posicionadas de forma a facilitar as interações interpessoais, um pequeno espaço com um tabuleiro quadriculado de 8x8 para jogos e a expressão *Play CAPS* e um horto localizado no quintal aos fundos do serviço. Tais espaços favorecem a aproximação de pessoas tanto para intervenções coletivas quanto interações informais. Assim, os bancos do corredor central compõem o cenário tanto da assembleia de usuários e salas de espera quanto de interações usuário-usuário ou profissional-usuário. A biblioteca possibilita a aproximação de usuários tanto para uma composição coletiva com os materiais do serviço quanto para a exploração e discussão sobre os livros disponíveis. A existência do horto possibilita tanto a articulação intersetorial para a realização de um curso de olericultura

orgânica quanto o envolvimento informal dos usuários no cultivo de plantas medicinais e herbáceas que podem ser utilizadas na vida cotidiana.

A estrutura física do CAPS AD também era composta pelos próprios usuários. Além do tabuleiro quadriculado e alguns jogos, os produtos artesanais confeccionados pelos usuários adornavam as paredes e estantes de consultórios, da sala de grupo, da biblioteca e do NAC. Até a porta de um dos consultórios e algumas paredes do serviço fizeram as vezes de tela para pintura durante o manejo de um usuário em crise. Assim, a díade acolhimento-ambiência favorece o manejo de crises de forma a dar vazão para formas de expressão não destrutivas que participam da construção dinâmica do próprio espaço físico do CAPS AD.

b) Cogestão, valorização dos trabalhadores e defesa do direito dos usuários: A participação dos usuários, familiares e profissionais na cogestão dos serviços de saúde mental é uma importante ação para transformação das realidades. No âmbito da Reforma psiquiátrica foi estratégia definidora para as mudanças e transformações do modelo de atenção (Vasconcelos, 2013). A PNH estimula o fortalecimento da corresponsabilidade nos processos de gestão do SUS, principalmente pela via do Controle Social, além de contribuir na produção de formas humanizadas de comunicação entre os atores do trabalho em saúde, sejam eles os que produzem cuidado, sejam os que se beneficiam dele (Brasil, 2013).

No âmbito específico da nossa prática, o conselho local e a assembleia comunitária aproximam o controle social da realidade cotidiana do serviço, constituindo-se em espaços relevantes para a discussão das condições de funcionamento da unidade, a defesa dos direitos dos usuários e o encaminhamento de demandas às instâncias formais de gestão e controle social. São atividades que compõem a agenda e a programação do serviço, estando inseridos em sua cultura institucional. A assembleia comunitária conta com equipe responsável por sua condução e ocorre na primeira sexta-feira de cada mês, constituindo-se como espaço coletivo de escuta, diálogo, participação e construção de propostas. O conselho local, por sua vez, reúne-se na segunda terça-feira de cada mês e é constituído por um grupo eleito de conselheiros com composição paritária entre usuários, profissionais de saúde e gestão local, fortalecendo a participação democrática dos diferentes atores sociais que integram o cotidiano do serviço.

Várias questões relacionadas ao acompanhamento do Projeto Terapêutico Institucional - PTI podem ser discutidas nesses dois importantes espaços. Assim, o Conselho Local funciona como uma espécie de ponte entre as demandas do cotidiano do serviço e as instâncias mais amplas de participação e controle social do SUS no município, a exemplo do Conselho Regional de Saúde e do Conselho Municipal de Saúde. Contudo, gestão participativa é constituída por um desafiante jogo de forças que depende de o quanto os profissionais, usuários, familiares e gestão local estão comprometidos com esta agenda política. Não obstante, tais dispositivos possibilitam o exercício da autonomia e o reconhecimento dos usuários do referido CAPS AD como sujeitos políticos e de direitos, contrapondo-se aos processos históricos de exclusão, criminalização, institucionalização e estigmatização aos quais as pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas são frequentemente submetidas.

3 DISCUSSÃO

Nesse relato priorizamos algumas que compreendem o rol de ações propostas pela PNH, articulando com as práticas desenvolvidas no CAPS AD referência deste estudo. Partindo da premissa que o cuidar é uma atitude de responsabilização e de envolvimento afetivo (Boff, 2014), argumentamos que, no campo da saúde, os fundamentos que embasam o cuidado às pessoas que convivem com sofrimento mental, incluindo as com necessidades

DOI: 10.51161/iv-conasus/87795

decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas, foram construídos numa perspectiva ampla de cuidado onde há o envolvimento ativo entre sujeitos e que se manifesta em inúmeras estratégias.

A sala de espera pode ser uma importante estratégia de escuta e acolhimento nos espaços de atenção à Saúde. Muitas vezes, percebida como um "não-lugar" ou um lugar ocioso, a sala de espera assume outro significado, sendo um lugar de troca, expressão, de pluralidades (Teixeira; Veloso, 2006). É um ambiente propício também para práticas de educação em saúde, onde o conhecimento científico e popular podem melhor dialogar, e, juntamente com as experiências vividas nos demais espaços físicos do CAPS AD, ilustra como a ambiência pode ser compreendida e mobilizada como um dispositivo de cuidado pautado em tecnologias leves que vai desde o fortalecimento dos vínculos ao manejo de crises (Santos; Morato, 2026), utilizando por vezes linguagens diversas (música, poesia, narrativa, pintura, colagem, dança, teatro). Ademais, o conselho local e a assembleia também são estratégias que promovem a participação e o diálogo da população atendida pelo CAPS AD. Constituem-se em espaços de identificação das necessidades de saúde e de aproximação entre usuários, trabalhadores, gestão local e gestão municipal segundo o caráter de mobilização social que possibilitou os movimentos de reforma sanitária e psiquiátrica no Brasil.

É importante salientar que esta perspectiva ampla de cuidado não isenta o CAPS AD das contradições implicadas na assistência às pessoas em sofrimento mental. Reiteramos que as estratégias descritas visam prover um cuidado humanizado e centrado nas necessidades das pessoas mediante o reconhecimento de suas vozes e envolvimento ativo nos processos de trabalho conforme as diretrizes da atenção psicossocial (Brasil, 2011). Tal atitude está associada à percepção de melhora dos usuários e é endossada em pesquisas avaliativas ou que buscam conhecer as suas necessidades (Franzmann *et al*, 2017; Machado; Modena; Luz, 2020a; 2020b. Paranhos-Passos; Aires, 2013). Opõem-se, portanto, tanto à rigidez do controle disciplinar quanto da tutela e institucionalização dos usuários nos CAPS AD (encapsularização) uma vez que ambas as atitudes comprometem o objetivo de inserção social. Contudo, não evitam que surjam conflitos e divergências - até característicos do modelo mais democrático e horizontal visado por estratégias - ou crises no cotidiano profissional. Ainda assim, podem contribuir para a gestão das situações de crise.

4 CONCLUSÃO

O presente relato se propôs a realizar uma análise reflexiva das estratégias de humanização mobilizadas no cuidado a pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas no contexto de um CAPS AD do município de Fortaleza, Ceará. Portanto, apontamos como limitações tanto a ausência da validação e inclusão da perspectiva dos próprios usuários, familiares e outros atores sobre as estratégias descritas quanto o recorte restrito a apenas um equipamento de saúde. Ademais, ressaltamos que o presente relato não tem a intenção de idealizar os processos de trabalho do referido CAPS AD, mas compartilhar experiências, consideradas exitosas em certa medida, a fim de contribuir com a implementação de um modelo de cuidado psicossocial que é constantemente atravessado por contradições e parece nos convocar a potencializar saídas criativas e expansivas em territórios plurais, para recolocar à atenção psicossocial, continuamente, na afirmação de mais vidas.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. Novos sujeitos, novos direitos: o debate sobre a reforma psiquiátrica no Brasil. **Cad. Saúde Públ.**, v. 11, n. 3, p. 491-494, 1995.

BOFF, L. **Saber cuidar**: ética do humano - compaixão pela terra. 20. ed. Petrópolis: Vozes, 2014.

BRAGA, T. B. M.; FARINHA, M. G. Sistema Único de Saúde e reforma psiquiátrica: desafios e perspectivas. **Phenomenological Studies**, v. 24, n. 3, p. 366-378, 2018.

BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, DF, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: https://www.mpac.mp.br/wp-content/uploads/PORTARIA%20N%C2%BA%203.088,%20de%2023%20de%20dezembro%20de%202011-%20Ministerio%20da%20Saude.pdf. Acesso em 29 jul. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS**: os centros de atenção psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. 72 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. **Política Nacional de Humanização**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

CLEMENTINO, F. S. *et al.* Atendimento integral e comunitário em saúde mental: avanços e desafios da reforma psiquiátrica. **Trab. Educ. Saúde**, v. 17, n. 1: e0017713, 2019. : http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00177.

DOURADO, J. V. L. D. *et al.* Breve contextualização sobre a humanização: apontamentos para o debate. In: ARAGÃO, A. E. A. *et al.* **Humanização na saúde**: conceitos, dilemas e práticas - un vol d'oiseaux. Sobral: LMR Distribuidora, 2018. pp. 19-28.

FRANZMANN, U. T. *et al.* Fatores associados à percepção de melhora por usuários e Centros de Atenção Psicossocial do Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 33, n. 7: e00085216, 2017. http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00085216.

KRONBAUER, L. G. Ação-reflexão. In: STRECK, D. R.; REDIN, E.; ZITKOSKI, J. J. (Orgs.). **Dicionário Paulo Freire**. 2. ed. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2010. p. 23-24.

MACEDO, J. P. *et al.* A regionalização da saúde mental e os novos desafios da reforma psiquiátrica brasileira. **Saúde Soc.**, v. 26, n. 1, p. 155-170, 2017.

MACHADO, A. R.; MODENA, C. M.; LUZ, Z. M. P. O que as pessoas que usam drogas buscam em serviços de saúde? Compreensões para além da abstinência. **Interface**, v. 24: e190090, 2020a. https://doi.org/10.1590/Interface.190090

MACHADO, A. R.; MODENA, C. M.; LUZ, Z. M. P. Das proposições da política às práticas dos serviços: há novidades nos centros de atenção psicossocial álcool e drogas? **Physis**, v. 30, n. 1: e300118, 2020b. http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312020300118

MELO, J. R. F.; MACIEL, S. C. Representação social do usuário de drogas na perspectiva de dependentes químicos **Psicologia: ciência e profissão**, v. 36, n. 1, p. 76-87, 2016.

MOTA, L. **Dependência química e representações sociais**: pecado, crime ou doença? Curitiba: Juruá, 2009.

NUNES, M. O. *et al.* Reforma e contrarreforma psiquiátrica: análise de uma crise sociopolítica e sanitária a nível nacional e regional. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 24, n. 12, p. 4489-4498, 2019.

OLIVEIRA, J. F.; MCCALLUM, C. A.; COSTA, H. O. G. Representações sociais de agentes comunitários de saúde acerca do consumo de drogas. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 44, n. 3, p. 611-618, 2010.

OLIVEIRA, R. F.; ANDRADE, L. O. M.; GOYA, N. Acesso e integralidade: a compreensão dos usuários de uma rede de saúde mental. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 17, n. 11, p. 3069-3078, 2012.

PARANHOS-PASSOS, F.; AIRES, S. Reinserção social de portadores de sofrimento psíquico: o olhar de usuários de um centro de atenção psicossocial. **Physis**, v. 23, n. 1, p. 13-31, 2013.

PITTA, A. (Org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. 4. ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2016.

SANTOS, E. G.; MORATO, G. G. Desvendando o dispositivo ambiência em CAPS III: o que é e para quê(m)? **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v. 36: e234522, 2026. https://doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v36e234522

SIMDA. População consolidada por bairro segundo a faixa etária, Fortaleza, 2021-2022. Sistema de Monitoramento Diário de Agravos. Disponível em: https://simda.sms.fortaleza.ce.gov.br/simda/populacao/faixa. Acesso em: 11 ago. 2026.

TEIXEIRA, E. R.; VELOSO, R. C. O grupo em sala de espera: território de práticas e representações em saúde. **Texto Contexto Enferm.**, v. 24, n. 45, p. 45-57, 2006.

TEIXEIRA, M. B. *et al.* Tensões paradigmáticas nas políticas públicas sobre drogas: análise da legislação brasileira no período de 2000 a 2016. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 22, n. 5, p. 1455-1466, 2017.

VARGAS, A. de F. M.; CAMPOS, M. M. A trajetória das políticas de saúde mental e de álcool e outras drogas no século XX. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 24, n. 3, p. 1041-1050, 2019.

VARGAS, D. *et al*. Representação social de enfermeiros de Centros de Atenção Psicossocial em Álcool e Drogas (CAPS AD) sobre o dependente químico. **Escola Anna Nery**, v. 17, n. 2, p. 242-248, 2013.

VASCONCELOS, E. M. Empoderamento de usuários e familiares em saúde mental e em pesquisa avaliativa/interventiva: uma breve comparação entre a tradição anglo-saxônica e a experiência brasileira. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 18, n. 10, p. 2825-2835, 2013.

O QUE O MUNDO PODE APRENDER COM O SUS? EXPERIÊNCIAS BRASILEIRAS DE INOVAÇÃO DE SAÚDE.

REBECCA FONSECA SANTA ROZA; ISADORA FONSECA SANTA ROZA

Introdução: O Sistema Único de Saúde (SUS) destaca-se como um dos maiores sistemas universais e descentralizados do mundo. Diante dos desafios globais de sustentabilidade, cobertura universal e equidade, a experiência brasileira oferece aprendizados sobre organização assistencial, vigilância, imunização e inovação. Compreender experiências do SUS permite identificar estratégias capazes de inspirar o fortalecimento de sistemas de saúde em diferentes contextos. **Objetivo:** Analisar inovações assistenciais, tecnológicas e de gestão do SUS que apresentam potencial de referência para o fortalecimento de sistemas de saúde em âmbito global. **Metodologia:** Revisão integrativa realizada nas bases PubMed, BVS e LILACS, utilizando os descritores DeCS/MeSH "Sistema Único de Saúde", "Atenção Primária à Saúde", "Inovação em Saúde" e "Saúde Global", combinados por "AND" e "OR". Incluíram-se artigos originais e documentos institucionais, em português e inglês, publicados entre 2021 e 2026. Excluíram-se duplicatas, teses e editoriais. A pergunta norteadora, estruturada segundo a estratégia PICO, foi: "Quais inovações e arranjos organizacionais do SUS contribuem para fortalecer a cobertura universal e a equidade em saúde?". **Resultados:** A síntese evidenciou quatro eixos de inovação. Na Atenção Primária, a Estratégia Saúde da Família ampliou o acesso, a cobertura e a redução das desigualdades, constituindo experiência relevante para sistemas universais (OECD, 2021). Na imunização, o Programa Nacional de Imunizações destaca-se pela capacidade de oferta gratuita e abrangente de vacinas em todo o território nacional (Brasil, 2022). Na atenção especializada, o Sistema Nacional de Transplantes constitui o maior sistema público de transplantes do mundo, com assistência integral e gratuita pelo SUS (Brasil, 2023). No campo da inovação e desenvolvimento, o Complexo Econômico-Industrial da Saúde articula produção, ciência, tecnologia e políticas públicas, fortalecendo a capacidade nacional e a sustentabilidade do sistema (Gadelha et al., 2024). **Conclusão:** As experiências do SUS demonstram que universalidade, atenção primária territorializada, capacidade de vacinação e articulação entre saúde e desenvolvimento produtivo oferecem aprendizados relevantes para o fortalecimento de sistemas de saúde em diferentes contextos internacionais.

Palavras-chave: **EQUIDADE EM SAÚDE; SAÚDE GLOBAL; ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

DOI: 10.51161/iv-conasus/87798

GESTÃO DO CLIMA ORGANIZACIONAL NO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA DO CEARÁ: IMPLANTAÇÃO, EXPANSÃO E RESULTADOS

LÍVIA ROMERO DE MOURA; GLAUCIRAN ALVES TELES CAVALCANTE

Introdução: A gestão do clima organizacional é uma estratégia fundamental para o gerenciamento de pessoas, sobretudo em cenários de alta complexidade, uma vez que influencia o comportamento, o desempenho e a saúde dos trabalhadores. Desenvolveu-se, no âmbito do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU Ceará), um processo estruturado de monitoramento e intervenção voltado ao gerenciamento do Clima Organizacional. **Objetivo**: O presente trabalho objetiva descrever e analisar o processo de implantação da Gestão do Clima Organizacional do SAMU Ceará. **Metodologia**: Trata-se de um relato de experiência de natureza aplicada, com abordagem mista e caráter interventivo. **Resultados**: Iniciou-se em 2023, como projeto piloto em uma regional e na superintendência. Em 2024, foi ampliada para 19 regionais e, em 2025, alcançou a totalidade das unidades do serviço. Participaram profissionais administrativos e interventores, contemplando diferentes funções e vínculos laborais. Realizou-se, como estratégias de engajamento, ações de sensibilização junto a lideranças e equipes, como reuniões, peças de comunicação interna e boletins informativos ao longo do período de coleta, além de uma Mostra de Ações para mobilizar ações de melhoria a partir dos resultados da pesquisa. O diagnóstico foi conduzido por meio da Escala de Clima Organizacional (ECO). **Resultados**: obteve-se, em 2025, 1.059 respondentes, e 1198, em 2026, de um universo estimado de 2.000 profissionais. Esse quantitativo supera o tamanho amostral necessário para garantir confiabilidade estatística, conferindo consistência aos achados. Além disso, o aumento revela mais confiabilidade no processo e percepção de melhorias concretas. Após a tabulação e análise dos dados, por meio de estatística descritiva, os resultados foram apresentados às equipes e gestores, com discussão dos principais pontos e construção conjunta de planos de ação, posteriormente compartilhados em mostra institucional. A partir de um acompanhamento sistemático e elaboração de ações, observou-se melhora em quatro dos cinco fatores de clima organizacional avaliados, em 2025, e em todos as dimensões do clima organizacional, em 2026. **Conclusão**: A adoção de um processo contínuo, participativo e orientado por dados contribui para o fortalecimento das práticas de gestão e para o engajamento dos trabalhadores, configurando-se como uma experiência relevante e passível de adaptação a outros contextos do setor público.

Palavras-chave: **GESTÃO DO CLIMA ORGANIZACIONAL; GESTÃO DE PESSOAS; ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR**

DOI: 10.51161/iv-conasus/87802

LUCIANA MAMEDE

INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO NA CONSOLIDAÇÃO DA FISIOTERAPIA OBSTÉTRICA COMO POLÍTICA PÚBLICA E DIREITO MATERNO

RESUMO

A consolidação dos princípios do SUS exige consonância entre as políticas de reorientação de ensino e formação profissional de saúde e as políticas públicas de saúde materna, voltadas à redução da morbimortalidade materna. Diretrizes internacionais e nacionais recomendam assistência materna multiprofissional, como uma das estratégias. Equipes multiprofissionais devem incluir também o fisioterapeuta, como um profissional com expertise, competências e habilidades distintas de outros profissionais. Diante disso, a graduação em fisioterapia torna-se peça-chave na integração ensino-serviço-comunidade, colaborando para responder diretamente às metas nacionais das políticas de cuidado materno.

Palavras-chave: Fisioterapeuta; Ensino; Saúde materna

1 INTRODUÇÃO

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) desafia continuamente gestores, trabalhadores e instituições formadoras a estruturarem práticas que dialoguem com as necessidades reais da população. A Saúde Coletiva afirma-se como campo interdisciplinar, com dimensões como educação e formação, contextos epidemiológicos, sociopolíticos, situando a saúde como direito e responsabilidade coletiva. A integração ensino-serviço-comunidade é uma das estratégias centrais desse processo, aproximando a formação acadêmica profissional da realidade dos serviços, preconizando vivencias práticas multiprofissionais e integralidade do cuidado (Costa e Miranda, 2008; Neto et al,2022).

Um dos problemas de saúde pública com maior expressão epidemiológica no Brasil, é a mortalidade materna, que permanece como indicador sensível das iniquidades sociais e de gênero. Os índices nacionais, ainda são distantes da meta da Agenda 2030, que prevê redução para 30 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos. No país, as Síndromes de Hipertensão Gestacionais (SHG) e altas taxas de cesarianas figuram entre as principais causas evitáveis, responsáveis por impactos diretos na morbimortalidade materna e neonatal. Relativo às taxas de cesarianas, o Brasil mantém percentuais próximos a 60%, revelando um modelo de assistência medicalizado. (Organização das Nações Unidas, 2015; Pires et al, 2023; Neves et al, 2025; Leal et al.,2025).

Diversas diretrizes e programas nacionais foram implementados pelo Ministério da Saúde (MS) para enfrentar esse cenário, como a Rede Cegonha, e recentemente, a Rede Alyne, reforçando a Atenção Primária à Saúde (APS) como porta de entrada prioritária para a assistência à mulher, articulada a serviços especializados. Avaliações têm mostrado avanços, mas também fragilidades na qualidade do pré-natal, na identificação precoce de riscos e na garantia de acesso equânime a serviços adequados, e na assistência obstétrica como um todo, evidenciando a necessidade de investir em modelos de cuidado integrados, humanizados, contínuos e multiprofissionais (Brasil, 2022; Brasil, 2023).

DOI: 10.51161/iv-conasus/87804

Nesse horizonte, cresce o reconhecimento do fisioterapeuta inserido no cuidado materno, preconizados pelas Diretrizes da OMS e do MS, que recomendam sua participação no pré-natal e no trabalho de parto, em equipe multiprofissional. A presença do fisioterapeuta, amplia a resolutividade, oferecendo educação e recursos específicos, como exercícios fisioterapêuticos cardiovasculares nas SHG, durante o pré-natal. Ademais a preparação corporal diferenciada, pela humanização e conhecimento de biomecânica, para o momento do trabalho de parto e parto, favorece maior autonomia e empoderamento feminino. Em sua formação fisioterapeutas estudam neurofisiologia da dor, permitindo a oferta de técnicas de analgesia não farmacológicas durante o trabalho de parto, aliadas às orientações sobre movimentos e posições durante o trabalho de parto, mais assertivas. O conjunto da formação fisioterapêutica permite uma assistência integrativa e inserida no contexto multiprofissional, que pode contribuir para a redução de cesarianas desnecessárias e para o controle das SHG (OMS, 2016; Brasil, 2017; Jorge, 2024).

É urgente repensar práticas, programas e políticas públicas maternas, considerando todas as ciências de saúde, incluindo a fisioterapia, na construção de estratégias que fortaleçam a atenção multiprofissional, a qual configura um direito de usuários, e que contribuem de maneira mais resolutiva para redução de morbimortalidade materna (Nascimento et al, 2025)

Este relato de experiência expõe como uma Instituição de Ensino Superior (IES) de saúde pública, federal, no Rio de Janeiro, através de estágio curricular e projetos da graduação de fisioterapia, integra ensino-serviço-comunidade, com estratégias que promovam formação acadêmica multiprofissional, educação profissional permanente, educação popular, e assistência direta à mulheres em todo ciclo gravídico-puerperal, em diferentes níveis de atenção do cuidado materno, APS, serviço especializado, e maternidades. Através das diferentes estratégias, a IES, espera poder contribuir com a consolidação de políticas públicas obstétricas, que devem garantir às mulheres o direito de acesso ao cuidado multiprofissional integrado, incluindo o fisioterapeuta, capaz de contribuir para promoção da saúde e redução de morbimortalidade materna, respondendo a uma demanda humanista, social, científica e sanitária de grande relevância para o país.

2 RELATO DE EXPERIÊNCIA

A experiência vem sendo desenvolvida de forma contínua por uma instituição pública de ensino superior da rede federal, localizada no Rio de Janeiro, alicerçada por seu Projeto Político Pedagógico, e as Diretrizes Nacionais Curriculares da Graduação de Fisioterapia. Esta IES possui formação 100% dedicada ao Sistema Único de Saúde (SUS), com formação teórico-prática, e estágios, projetos de pesquisa, projetos de extensão, realizados em cenário interno, em sua clínica escola de fisioterapia, e grande maioria, em cenários externos, parceiros da IES, em convênios com a Secretaria Municipal de Saúde (SMS-Rio) e Secretaria de Estado de Saúde (SES-RJ). As atividades pedagógicas são baseadas em metodologias ativas e práticas baseadas em evidências. Especificamente para a formação da especialidade de fisioterapia em saúde da mulher, o ensino começa no 4 º período, com carga horária satisfatória, 50% prática, lecionada por docente especialista na área, com experiência de assistência também.

Durante o desenvolvimento da disciplina, acadêmicos são convidados a visitarem, apenas para observação, o estágio curricular interno na clínica escola (CE), a qual possui um ambulatório especializado em saúde da mulher, que atende as subáreas de urologia, ginecologia, coloproctologia, oncologia ginecológica, oncologia em mastologia, disfunções sexuais e obstetrícia. Sobre a obstetrícia são assistidas gestantes no pré-natal de risco habitual e de alto risco, tanto para cuidados de queixas usuais oriundas das adequações fisiológicas, gestacionais, quanto para cuidados relacionados às patologias. Além disso, no estágio são desenvolvidas ações de educação, e preparação para o parto. Alguns raros partos, quando realizados nas

instituições parceiras, são acompanhados pela docente a acadêmicas que estejam cursando o estágio. Puérperas são atendidas na CE, para acompanhamento de amamentação e questões relacionadas ao parto, como trauma perineal, diástase abdominal, dentre outras.

Enquanto cursam a disciplina específica, recebem suporte de uma equipe de acadêmicos monitores (que já cursaram a disciplina, com bom aproveitamento), e podem participar das atividades desenvolvidas pela Liga Acadêmica de Fisioterapia em |Saúde da Mulher, a qual realiza várias ações de extensão internas e extramuros, nos diferentes níveis de atenção, na APS, Casa de Parto de Realengo, Casa da Mulher, maternidades, dentre outras.

Ao concluírem a disciplina, os acadêmicos evoluem para outra disciplina de caráter extensionista, em parceria com outras instituições, envolvendo profissionais dos locais e comunidade. Na extensão desenvolvem ações que seguem a real demanda do território, como por exemplo educação direta para a gestante e sua família, ensaio de respiração, posições e movimentos específicos que podem ser realizados no pré-parto e no trabalho de parto, além de estratégias não farmacológicas para controle de dor durante o parto, orientações sobre direitos maternos, violência obstétrica, dentre outras. Também podem ser realizadas educação permanente para agentes comunitários de saúde (ACS), fisioterapeutas da APS que são generalistas, em sua maioria sem especialização em saúde da mulher, e trocas profissionais com outros profissionais da assistência materna.

Com a progressão curricular os acadêmicos chegam ao estágio curricular na CE, onde assistem pacientes de todas as subáreas descritas acima de maneira individual, ou em grupos, quando possível. No estágio exercitam referência e contrarreferência, elaboração de relatórios e encaminhamentos, e comunicação com profissionais assistentes externos, sempre com olhar biopsicossocial. Ao término do estágio curricular, são raras as oportunidades de estágio extracurricular de fisioterapia na saúde da mulher, e inexistentes os estágios em centro obstétricos no RJ.

Por último são ofertadas pela docente projetos de extensão e de pesquisa, onde participam acadêmicas mais experientes, como o projeto de assistência fisioterapêutica materna durante o trabalho de parto e parto, realizado em maternidade municipal, com objetivos de favorecer o trabalho de parto, minimizar dor, fadiga, traumas perineais, ansiedade e medo, melhorando a adesão e progressão para o parto vaginal, contribuindo para redução da taxa de cesarianas. As acadêmicas realizam trabalho de orientação, educação para a parturiente e familiares, nas enfermarias, já iniciando a assistência fisioterapêutica no primeiro estágio de parto, até a chegada até o centro obstétrico, onde a assistência fisioterapêutica continua.

Outro projeto, veio por solicitação do território para educação permanente de fisioterapeutas na APS, teórico e prático, sobre assistência nas Síndromes de hipertensão gestacionais, com objetivo de conseguir redução de mortalidade materna. Realizado nos serviços da APS, integrando a IES, docente, acadêmicos, fisioterapeutas, ACS, gestantes hipertensas e seus familiares. Para finalizar ressalta-se que absolutamente todas as atividades pedagógicas são 100% acompanhadas e supervisionadas presencialmente pela docente responsável. Acadêmicas integrantes de todas as atividades recebem ensinamentos e treinamentos constantes.

3 DISCUSSÃO

Considerando a saúde materna como tema relevante e crítico para a saúde pública mundial e brasileira, diversos estudos vêm sendo realizados para mapear os possíveis condicionantes que possam favorecer as desigualdades e vulnerabilidades do cuidado obstétrico, agravando desfechos negativos de saúde materna. São múltiplos determinantes, como apresentadas pela EVIPNet, que é uma Rede de Políticas Informadas por Evidências, sendo uma iniciativa global, conduzida pela Organização Mundial da Saúde (OMS), com

objetivo de aproximar a ciência das políticas públicas, apresentando possíveis propostas para melhoria da qualidade da atenção obstétrica.

No Brasil, a EVIPNet opera prioritariamente com o MS e a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), além da Fiocruz e Abrasco. Para a redução das taxas de cesariana, a EVIPNet propõe intervenções combinadas, como educação e capacitação profissional e uso de protocolos clínicos; promoção do pré-natal em grupo com aconselhamento e incentivo ao exercício físico, apoio contínuo às mulheres durante o trabalho de parto e parto, prestado por familiares e toda equipe de profissionais; estruturar e facilitar ambientes para o parto, contribuindo para a redução de analgesia medicamentosa, episiotomia, sangramento e infecção e outros desfechos; implementar orientação pré-natal e cuidado por equipe multiprofissional. Medidas para incentivar adesão ao parto vaginal após cesárea prévia. A implementação dessas estratégias em conjunto pode reduzir as taxas de cesariana em até 78% no Brasil (Setti et al., 2019).

No mesmo sentido o "Compêndio sobre cuidados respeitosos à mãe e ao recém-nascido", publicado em 2025 pela OMS, também validam a necessidade da implementação de propostas já citadas, como, oferta de treinamento profissional adequado, prático supervisionado, através da ação e simulação; educação continuada; equipes de modelos colaborativos, multiprofissionais, sem hierarquias, as quais reduzem ambientes abusivos e favorecem humanização do cuidado obstétrico. O compêndio aponta adicionalmente, que a falta de oferta para o alívio da dor correlaciona-se com a formação profissional. Cumpre sublinhar que a base da formação do fisioterapeuta inclui neurofisiologia e controle não medicamentoso da dor. Essa competência é crucial para a assistência qualificada durante o trabalho de parto, já que o diferencia não apenas por estar apto aplicar técnicas ou equipamentos de analgesia não farmacológicas, mas pelo forte embasamento de neurociências, garantindo segurança clínica e a eficácia terapêutica baseada em evidências, imprescindíveis para a segurança materno-infantil durante o parto (Desantana et al, 2017; Gonçalves et al, 2025).

Paralelamente, o Brasil, vem ampliando suas políticas e implantando diretrizes e programas com os mesmos propósitos, como o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, Rede Cegonha, e recentemente, a Rede Alyne (2024), garantindo maior integralidade e humanização da atenção, articulando o cuidado materno desde a APS aos demais níveis de atenção. Numa construção coletiva, a partir de 2022, foram implementadas diretrizes para manejo precoce, prevenção e controle das SHG, com objetivo de redução da morbimortalidade materna, tendo como cenário prioritário o cuidado na APS, articulada com os demais níveis de atenção especializados (Brasil, 2024).

As orientações tiveram colaboração de diversas instituições, como Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), e Rede Brasileira de Estudos sobre Hipertensão na Gravidez (RBEHG), que em 2025, após revisão de evidências reformularam as orientações anteriores, mantendo o uso de AAS profilático e precoce no pré-natal; já sobre a suplementação de cálcio universal e rotineira para todas as gestantes, a evidência recente não sustenta um benefício claro e consistente, portanto, demandando reavaliação e abordagem direcionada para gestantes identificadas com alto risco para pré-eclâmpsia e/ou com baixa ingesta de cálcio; deve haver orientação nutricional; devem ser praticadas atividades físicas para prevenção de hipertensão gestacional e pré-eclâmpsia, desde que não haja contraindicação, por pelo menos 140 minutos semanais, com intensidade moderada. No entanto com diagnósticos confirmados de hipertensão gestacional e pré-eclâmpsia, a atividade física precisa ser ajustada (FEBRASGO; RBEHG, 2025), e diante desse cenário, é importante salientar a composição das Equipes eMulti com presença de fisioterapeutas, que detém formação profissional voltada ao manejo seguro de condições patológicas cardiovasculares, cardiorrespiratórias, e endócrino metabólicas, além da atuação de promoção e prevenção da saúde, qualificando o cuidado dessas gestantes na APS (Vanetti et al.,2025).

DOI: 10.51161/iv-conasus/87804

Para consolidar as políticas de saúde materna, há que se refletir na inter-relação entre os diversos atores e setores, conectando práticas de saúde e comunidade com educação e formação profissional, representadas pelas IES em saúde, que norteiam a reorientação dos currículos e novas formas de ensinar e aprender a cuidar. Recentemente o MS e o Ministério da Educação (MEC), incrementaram políticas de reorientação de formação profissional, reforçando a integração ensino-serviço-comunidade, com propostas de projetos extensionistas, como Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde); criação da Política Nacional de Residências (PNRS); fortalecimento da educação permanente, que tem como um dos braços o programa Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS), conectando a teoria acadêmica com a prática do serviço público; Programa Agora tem Especialistas (ATE); Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS), que oferta educação permanente e capacitação massiva e gratuita a distância (Oliveira et al, 2026).

Ainda que as recomendações e diretrizes internacionais e nacionais ratifiquem várias estratégias em comum, persistem dificuldades, como a Rede Alyne que ainda não inseriu em sua equipe multiprofissional o fisioterapeuta para a assistência materna, mesmo já sendo referendado pela OMS desde 2016, que inclui o fisioterapeuta no pré-natal. No entanto, na Rede Alyne, ele está presente na equipe de assistência ao neonato, o que pode representar uma falha e contrassenso na continuidade do cuidado materno-infantil.

De forma complementar, mesmo que as diretrizes de parto brasileiras de 2017, vigentes, incluam o fisioterapeuta na equipe que presta assistência materna durante o trabalho de parto e parto, na prática o direito legal da parturiente, e do fisioterapeuta, já resguardado pela constituição federal, vem sendo descumprido em diversos estados brasileiros, onde o fisioterapeuta tem sido proibido de entrar para assistir a parturiente, ou não tem sido inserido no quadro de profissionais integrantes nos hospitais e maternidades para os cuidados exclusivamente maternos. No Rio de Janeiro existem duas leis estaduais e uma municipal que obrigam a presença do fisioterapeuta especialista em saúde da mulher na assistência materna no pré-natal e nas maternidades e hospitais, durante o trabalho de parto e parto, as quais vem sendo desrespeitadas.

Sob a ótica de tudo que foi exposto, este relato de experiência, pretende ser incentivo para outras IES, e resistência para que as estratégias e políticas recomendadas com intenção de melhora da qualidade da assistência obstétrica materna, e consequentemente obtenção de melhores desfechos maternos, sejam cumpridas, garantindo o direito da gestante no acesso à equipe multiprofissional, incluindo também o fisioterapeuta especialista em saúde da mulher.

Inciativas promovidas por IES, colaboram na produção de evidências científicas, e na prática nos serviços, as quais podem nortear as políticas públicas. Já existem estudos evidenciando as contribuições clínicas sobre a participação do fisioterapeuta na assistência materna, com redução de intervenções durante o parto, redução da taxa de cesarianas, melhor condução do pré-natal, e redução nos desfechos negativos para mortalidade materna (Araujo., et al, 2025; Pitangui., et al, 2025). Sendo assim, cabe às IES de saúde, das graduações de fisioterapia, públicas e privadas, ocuparem seus lugares para as transformações sociais no cenário obstétrico, alinhadas com as políticas de reorientação profissional.

4 CONCLUSÃO

A experiência relatada demonstra que o enfrentamento da morbimortalidade materna no Brasil exige o alinhamento urgente e estratégico entre as IES e as políticas públicas de saúde. Ao estruturar um modelo pedagógico 100% dedicado ao SUS, baseado na integração ensino-serviço-comunidade, a graduação em fisioterapia deixa de ser apenas uma formação técnica e passa a atuar como agente de transformação sanitária e sociopolítica, além de garantir direitos femininos.

DOI: 10.51161/iv-conasus/87804

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, B. C.; AZEVEDO, R. G.; PORTELA, S. C.; ANDRADE, S. B.; DUARTE, T. B. A influência da fisioterapia na redução do trabalho de parto: revisão de literatura. **RevistaFT**, v. 29, ed. 152, nov. 2025. DOI: 10.69849/revistaft/fa10202511110219. Disponível em: Revistaft.com.br. Acesso em: 5 ago. 2026

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Coordenação-Geral de Atenção à Saúde das Mulheres. **Nota Técnica Conjunta nº 251/2024-CGAM/SAPS/MS: Recomendações para a prevenção e controle das síndromes hipertensivas na gestação no âmbito da Atenção Primária à Saúde.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: [inserir o link de acesso aqui]. Acesso em: 11 ago. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas**. Manual de gestação de alto risco** [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_gestacao_alto_risco.pdf. Acesso em: 9 julho. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Relatório: 1ª oficina de trabalho: morte materna de mulheres negras no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: https://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2024/01/Relatorio_oficina_morte_materna-1.pdf. Acesso em: 9 julho. 2026

COSTA, R.K.S; MIRANDA, F.A.N. Formação profissional no SUS:oportunidades de mudanças na perspectiva da estratégia de saúde da família. **Trab educ saúde** [Internet]. 2008;6(3):503–18. Disponível em : https://doi.org/10.1590/S1981-77462008000300006

DESANTANA, J. M.; SOUZA, J. B.; REIS, F. J. J.; GOSLING, A. P.; PARANHOS, E.; BARBOZA, H. F. G.; BAPTISTA, A. F. Currículo em dor para graduação em Fisioterapia no Brasil. **Revista Dor**, v. 18, n. 1, p. 66–72, jan./mar. 2017. Disponível em https://www.scielo.br/j/rdor/a/cbXFkgDg7nKbvWRm9yGPHMN/?lang=pt

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRICIA; REDE BRASILEIRA DE ESTUDOS SOBRE HIPERTENSÃO NA GRAVIDEZ. **Recomendação para reposição de cálcio em gestantes: posicionamento técnico sobre a prevenção da pré-eclâmpsia**. São Paulo: FEBRASGO/RBEHG, 2025. Disponível em: [inserir o link correto da página institucional aqui]. Acesso em: 1 ago. 2026.

GONÇALVES, A. C.; POLI, G. G.; SILVA, C. M. A.; BELEZA, A. C. S.; LIEBANO, R. E. Recursos terapêuticos utilizados por fisioterapeutas para o alívio da dor do parto: um estudo transversal. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 46, e-rbgo99, 2024. Disponível em: https://journalrbgo.org/wp-content/plugins/xml-to-html/include/lens/index.php?xml=1806-9339-rbgo-46-e-rbgo99.xml&lang=en#info

JORGE, C. H.; PITANGUI, A. C. R.; BELEZA, A. C. S.; DELGADO, A. M.; OLIVEIRA, C. de; SANTANA, L. S.; MAMEDE, L.; OLIVEIRA, N. F. F. de; GALLO, R. **Recomendações**

ABRAFISM: atuação fisioterapêutica em gestação de risco. Ribeirão Preto, SP: Ed. dos autores, 2024. Disponível em: wsimg.com. Acesso em: 7 julho. 2026.

LEAL, M.C.; COMITÊ COORDENADOR DO NASCER NO BRASIL II. **Nascer no Brasil II**: retratos do parto e nascimento no estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2025. Sumário executivo. Disponível em: https://nascernobrasil.ensp.fiocruz.br/. Acesso em: 9 julho. 2026.

NASCIMENTO, B.S; SOUZA, E.F. Integração do fisioterapeuta no pré-natal: impactos na assistência e experiência da gestante**. Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação.** São Paulo, v. 11, n. 11, p. 4423–4433, 2025. DOI:10.51891/rease.v11i11.21221. Disponível em: https://periodicorease.pro.br/rease/article/view/21221

NETO, J.A.; CAVALCANTE, P. S.; SILVA FILHO, J. D. da; SANTOS, F. D. dos; MAIA, A. M. P. C.; SIMIÃO, A. R. O ensino da saúde coletiva no Brasil: uma revisão integrativa. **Saúde em Debate** [online]. Rio de Janeiro, v. 46, n. spe6, pp. 281-297. 2022. ISSN 2358-2898. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0103-11042022E624

NEVES, A.S.; SANTOS, D. S.; BERGAMASCO, M. T. R.; GALLO, R. B. S.; MOCCELLIN, A. S. Vias de parto e mortalidade materna no Brasil, 2011-2023: estudo ecológico de série temporal. **ReBraM**, v. 28, n. 1, p. 74-82, 2025. DOI: 10.25061/2527-2675/ReBraM/2025.v28i1.2005.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Objetivos do desenvolvimento sustentável.** Nova York: ONU, 2015. Disponível em: https://brasil.un.org/pt-br/sdgs. Acesso em: 9 julho. 2026.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SÁUDE. **Recomendações da OMS sobre cuidados pré-natais para uma experiência positiva na gravidez**. Genebra. OMS. 2016. Disponível em https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/250800/WHO-RHR-16.12-por.pdf. Acesso em 7 julho.2026

PIRES, R. C. R.; SILVEIRA, V. N. C.; LEAL, M. C.; LAMY, Z. C.; SILVA, A. A. M. Tendências temporais e projeções de cesariana no Brasil, macrorregiões administrativas e unidades federativas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 7, pp. 2119-2133, 2023. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/v7VsSCfSybpBZLjrMV7bdDD/?format=html&lang=pt Acesso em: 9 julho. 2026.

PITANGUI, A. C. R.; OLIVEIRA, C.; JORGE, C. H. (coordenadores). **Papel do fisioterapeuta nas maternidades:** livro eletrônico. 1. ed. Ribeirão Preto, SP: Associação Brasileira de Fisioterapia em Saúde da Mulher, 2025. 1 recurso online. ISBN 978-65-991500-8-1. Disponível em: [inserir o link de acesso aqui]. Acesso em: 10 ago. 2026.

SETTI, C.; OLIVEIRA, C.F.; TESSER, T.R.; BORTOLI, M.C.; ARAÚJO, B. C.; MELO, R.C.; OLAH, A.R.; VENANCIO, S.I.; PODEROSO, R.E.; TOMA, T.S. (coord.). **Síntese de Evidências para Políticas de Saúde: reduzindo as taxas de cirurgia cesariana no Brasil**. São Paulo: Instituto de Saúde, 2019. 90 p. Disponível em: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/09/1284532/sintese_evidencias_reducao_cesarea_2019.pdf

VANETTI, A. P.; TEIXEIRA, I. B.; ANDRADE, L. G. M.; AZEVEDO, M. G. F. Impacto da hipertensão gestacional e pré-eclâmpsia na morbimortalidade materna e fetal: uma revisão de literatura. **Fisioterapia Brasil**, v. 26, n. 5, p. 2612-2624, out. 2025. Disponível em

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E TENDÊNCIA TEMPORAL DAS INTERNAÇÕES POR FRATURA DE FÊMUR EM IDOSOS NO BRASIL (2019–2024)

CAROLINA ALVES PEREIRA NICOLI

Introdução: As fraturas de fêmur representam um grave problema de saúde pública e um importante indicador de vulnerabilidade na população idosa. Associadas prioritariamente a episódios de quedas e à fragilidade óssea, essas lesões acarretam alta morbimortalidade, declínio funcional acentuado e internações hospitalares prolongadas. Diante da rápida transição demográfica e do envelhecimento populacional no Brasil, o monitoramento contínuo das hospitalizações no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) torna-se essencial para subsidiar o planejamento em saúde, a alocação de recursos e a formulação de estratégias preventivas integradas. **Objetivo:** Analisar a tendência temporal e a distribuição etária das internações por fratura de fêmur em indivíduos idosos atendidos pelo SUS no Brasil, entre os anos de 2019 e 2024. **Metodologia:** Estudo epidemiológico, descritivo e retrospectivo, fundamentado em dados secundários extraídos do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), disponibilizados pela plataforma TABNET/DATASUS. A população do estudo compreendeu idosos (≥ 60 anos) residentes no Brasil, cuja causa de internação estivesse registrada sob o diagnóstico de Fratura do Fêmur (CID-10). Analisou-se o volume anual de hospitalizações e sua distribuição por faixas etárias. Para evitar viés de inconsistência por consolidação incompleta do banco de dados, excluíram-se os registros do ano de 2025. Os dados foram analisados por estatística descritiva absoluta e relativa. **Resultados:** No período de 2019 a 2024, registraram-se 9.968 internações por fratura de fêmur em idosos. Verificou-se uma trajetória ascendente e contínua nas hospitalizações ao longo dos anos: 1.023 registros em 2019; 1.467 em 2020; 1.729 em 2021; 1.756 em 2022; 2.016 em 2023; e 1.977 em 2024, representando expansão de 93,3% no período. A análise por estratos etários revelou forte concentração na população mais longeva: o grupo de 80 anos ou mais respondeu por 4.829 internações (48,4%), evidenciando a maior vulnerabilidade desse segmento. **Conclusão:** Os dados evidenciam uma tendência de crescimento expressivo nas hospitalizações por fratura de fêmur no SUS, com nítida sobrecarga na população de idosos longevos. Esses achados sublinham a urgência de fortalecer estratégias de prevenção de quedas e ações integradas na Atenção Primária à Saúde.

Palavras-chave: **ENVELHECIMENTO; FRATURA DE FÊMUR; HOSPITALIZAÇÃO**

DOI: 10.51161/iv-conasus/87806

UMA ANÁLISE SOBRE A AUTOMEDICAÇÃO DE FITOTERÁPICO

ELLEN CRYSTINE BASTOS DE SOUSA

RESUMO

Os medicamentos fitoterápicos e as plantas medicinais têm ganhado espaço no cuidado à saúde, principalmente devido à facilidade de acesso, ao custo relativamente acessível e à crença de que produtos de origem natural apresentam menor risco à saúde. Entretanto, a utilização indiscriminada desses produtos pode ocasionar efeitos adversos, intoxicações, interações medicamentosas e agravamento de condições clínicas, especialmente quando realizada sem orientação de profissionais habilitados. Nesse contexto, o presente trabalho teve como objetivo analisar os riscos relacionados à automedicação com medicamentos fitoterápicos, destacando suas possíveis consequências para a saúde e a importância do uso racional desses produtos. A pesquisa foi desenvolvida por meio de análise bibliográfica e documental, utilizando artigos científicos, trabalhos acadêmicos e informações disponíveis em fontes on-line relacionadas à fitoterapia, automedicação, farmacovigilância e regulamentação de medicamentos fitoterápicos. A análise evidenciou que a associação entre fitoterápicos e medicamentos convencionais pode resultar em interações capazes de aumentar ou reduzir os efeitos terapêuticos e potencializar reações adversas. Também foi identificada a necessidade de atenção especial para grupos como crianças, idosos, gestantes, lactantes e indivíduos portadores de doenças graves, devido às possíveis contraindicações e aos riscos associados ao uso inadequado. Além disso, a disseminação da ideia de que "se é natural, não faz mal" contribui para a prática da automedicação e para a utilização de doses inadequadas, muitas vezes sem conhecimento dos riscos envolvidos. Ressalta-se, ainda, a importância da regulamentação e do controle de qualidade dos medicamentos fitoterápicos, bem como da atuação do farmacêutico na orientação da população. Conclui-se que a automedicação com fitoterápicos constitui uma prática que requer maior conscientização e acompanhamento profissional, sendo necessárias ações de educação em saúde que promovam o uso racional, seguro e adequado desses produtos, contribuindo para a prevenção de intoxicações, interações medicamentosas e demais consequências decorrentes do uso indiscriminado.

Palavras-chave: Automedicação; Fitoterápicos; Uso racional de medicamentos; Interações medicamentosas; Farmacêutico.

1 INTRODUÇÃO

A fitoterapia é o ramo da medicina que direciona suas pesquisas à busca de plantas medicinais e agentes terapêuticos naturais na cura de doenças, tornando-se cada vez mais popular por ter matéria de fácil acesso, sem técnicas ou estudos para dosagem caseira, além do senso comum que possuem menos efeitos colaterais, o que corrobora na perpetuação da automedicação pelo público ignóbil que sem o conhecimento necessário, pratica a dosagem

inadequada e exacerbada, sem o devido esclarecimento sobre efeitos adversos, visando apenas seus objetivos pessoais de cura, emagrecimento e etc., consoante aos dados atuais, os quais sugerem que automedicação no Brasil reflete carências e hábitos da população, facilmente influenciada pelas desinformações culturalmente reverberadas.

O Brasil ocupa o primeiro lugar em consumo de medicamentos na América Latina, tal fato tem ligação com as milhares de mortes anuais por intoxicação medicamentosa, frente a isso, faz-se mister medidas de conscientização sobre o perigo, assim, a pesquisa sobre o uso inadequado de medicamentos fitoterápicos surge, em meio a falta de controle pelas agências reguladoras, má qualidade de oferta de medicamentos, desinformações espalhadas e não obrigatoriedade na apresentação de receita médica, constituindo um problema de saúde pública, para estimular o uso adequado de fitoterápicos e atingir o público com informações objetivas vindas de profissionais e pesquisas relacionadas à farmacovigilância.

Diante desse cenário de expansão do consumo, associado ao aumento dos casos de intoxicação por uso inadequado, esta pesquisa tem como objetivo geral estimular o uso racional de medicamentos fitoterápicos, elucidando o público sobre práticas seguras de consumo. Especificamente, busca-se orientar sobre a correta finalidade profilática e curativa desses medicamentos, bem como discutir as consequências do uso descomedido para os diversos âmbitos da saúde humana.

A Seção 2 deste resumo apresenta a metodologia empregada na pesquisa. A Seção 3 apresenta e discute os resultados obtidos, e por fim, a Seção 4 apresenta as atuais conclusões e direcionamentos futuros da pesquisa.

2 MATERIAL E MÉTODOS

A pesquisa foi conduzida pelos meses de fevereiro a agosto, conforme detalhado na Tabela 1. As etapas iniciais envolveram a pesquisa bibliográfica de artigos científicos nas bases de dados Scielo, PubMed e Google Acadêmico. Após a coleta, os artigos foram analisados e realizado a redação e revisão.

Tabela 1: Cronograma de atividades realizada durante a pesquisa.

ATIVIDADE	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO
Pesquisa bibliográfica	x	x	x	x			
Análise de documentos			x	x			
Redação dos capítulos teóricos			x	x	x		
Tratamento dos dados				x	x		
Redação Final						x	
Revisão crítica							x

A pesquisa teve foco na observação e análise das consequências da automedicação de fitoterápicos: Em muitos casos, foi observado uma alta frequência de efeitos sinérgicos. Ou seja, algumas ervas aumentam a ação do medicamento que o indivíduo está fazendo uso para algum problema de saúde. Como resultado, a pessoa pode apresentar graves problemas de saúde. Toxicidade e interações medicamentosas (fitoterápicos com os medicamentos alopáticos) que podem resultar em perda dos resultados terapêuticos e/ou em aumento dos

efeitos colaterais. A string de busca aplicada nas bases de dados para procura de artigos relevantes está definida na Tabela 2.

Tabela 2: String utilizada para buscar artigos nas bases de dados, contendo palavras-chave relevantes para a pesquisa.

STRING DE BUSCA
("self-medication" OR "self medication" OR "irrational drug use" OR "irrational medicine use" OR "inappropriate medication use" OR "inappropriate drug use") AND (phytotherapy OR "phytotherapy" OR "herbal medicine" OR "herbal medicines" OR "medicinal plant" OR "medicinal plants" OR phytomedicine OR "herbal drugs" OR "herbal drug") AND ("adverse effect" OR "adverse effects" OR toxicity OR toxicities OR "drug interaction" OR "drug interactions" OR "herb-drug interaction" OR "herb-drug interactions" OR poisoning OR intoxication OR risk OR risks)

O medicamento fitoterápico tem ganhado a estante dos brasileiros. Em 2016, o Ministério da Saúde (MS) informou que em dois anos houve um aumento de 160% na procura por esse tipo de remédio na rede pública de saúde, o SUS.No Brasil, o registro de fitoterápicos baseia-se em uma rígida norma sanitária, a RDC nº 14/2010.1 a qual apresenta nível de exigências semelhante ao dos medicamentos sintéticos no que tange à qualidade de produtos.

Essa norma estabelece requisitos específicos, com base na garantia da qualidade, e exige a reprodutibilidade dos fitoterápicos produzidos, o que pode ser alcançado apenas se forem utilizados extratos padronizados e se for realizado rígido controle da qualidade. A RDC nº 14/20101 traz alternativas ao controle da qualidade, como incorporação do controle biológico e modificações nas exigências para associações, como forma de facilitar a comprovação dos requisitos de identidade e qualidade exigidos para esses medicamentos.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise realizada evidenciou que a utilização de medicamentos fitoterápicos está relacionada à crescente procura por alternativas terapêuticas consideradas naturais e de fácil acesso. Entretanto, a crença de que produtos de origem natural não oferecem riscos pode contribuir para a prática da automedicação e para o uso inadequado desses medicamentos. Entre os principais fatores identificados estão a utilização de doses inadequadas, a falta de conhecimento sobre contraindicações e efeitos adversos e a influência de informações disseminadas sem orientação profissional.

O uso de plantas medicinais e fitoterápicos é igualmente frequente em grupos vulneráveis. Na revisão global de Cardoso e Amaral, 28,9% das 9.459 gestantes de 23 países relataram uso de fitoterapia, com camomila, gengibre, alho, menta e equinácea entre as espécies mais citadas. Sibeko e Johns (2021), em levantamento de 4.418 registros de uso pós-parto em todo o mundo, mostram que o consumo tradicional de plantas (como Foeniculum vulgare e Trigonella foenum-graecum) é norma cultural histórica, frequentemente sem evidência de eficácia galactagoga — exemplo claro de uso baseado em tradição e não em comprovação clínica.

Também foi observada a necessidade de atenção especial para crianças, idosos, gestantes, lactantes e pessoas portadoras de doenças graves. Esses grupos podem apresentar maior necessidade de acompanhamento quanto às doses, contraindicações e possíveis interações, tornando inadequado o uso indiscriminado de fitoterápicos.

A literatura demonstra que a farmacovigilância de fitoterápicos é incipiente, mas crescente. A Alemanha, referência na área, já submeteu mais de 400 produtos fitoterápicos à

farmacovigilância desde 1978, com retirada de vários do mercado por toxicidade (Silveira, Bandeira e Arrais). No Brasil, o registro de fitoterápicos segue a RDC nº 14/2010, que impõe exigências de qualidade próximas às dos sintéticos, porém a notificação de reações adversas continua baixa: dados do SINITOX apontam que apenas 2,72% das intoxicações medicamentosas registradas foram atribuídas à automedicação, mas esse número chega a 45% quando somadas tentativas de suicídio, abuso e uso indevido (Oliveira, Rocha e Abreu, 2014), evidenciando subnotificação.

No âmbito do SUS, Cota e Luz (2025) mostram que, embora 12 fitoterápicos integrem a Rename e a oferta seja crescente na Atenção Primária, persistem lacunas de financiamento, capacitação profissional e acompanhamento dos usuários. Tal cenário ratifica o papel do farmacêutico como agente de orientação: diante de um problema de saúde pública, a atuação profissional qualificada — e não a simples proibição do acesso — é o meio mais eficaz de reduzir a automedicação irresponsável, objetivo central deste trabalho.

4 CONCLUSÃO

Conclui-se que a automedicação com medicamentos fitoterápicos, embora associada à facilidade de acesso e à percepção de segurança dos produtos naturais, pode oferecer riscos à saúde quando realizada sem orientação adequada. A análise evidenciou a possibilidade de ocorrência de efeitos adversos, intoxicações e interações medicamentosas, especialmente em grupos vulneráveis. Dessa forma, destaca-se a importância da conscientização da população, do uso racional dos fitoterápicos e da orientação do farmacêutico e de outros profissionais de saúde. A adoção dessas medidas pode contribuir para um uso mais seguro e adequado desses medicamentos e para a prevenção de consequências decorrentes de seu consumo indiscriminado.

REFERÊNCIAS

ARRAIS, P. S. D. et al. **Prevalence of self-medication in Brazil and associated factors**. Revista de Saúde Pública, v. 50, p. 13s, 2016.

BERTUCCIOLI, A.; CARDINALI, M.; DI PIERRO, F.; MAGI, S.; ZONZINI, G. **A practical perspective on the use of botanicals during the COVID-19 pandemic: from proven to potential interactions**. Journal of Medicinal Food, v. 25, n. 1, p. 1–11, 2022.

SIBEKO, L.; JOHNS, T. **Global survey of medicinal plants during lactation and postpartum recovery: evolutionary perspectives and contemporary health implications**. Journal of Ethnopharmacology, v. 270, p. 113812, 2021.

SIBEKO, L.; JOHNS, T.; CORDEIRO, L. S. **Traditional plant use during lactation and postpartum recovery: infant development and maternal health roles**. Journal of Ethnopharmacology, v. 279, p. 114377, 2021.

FASINU, P. S.; BOUIC, P. J.; ROSENKRANZ, B. **An overview of the evidence and mechanisms of herb–drug interactions**. Frontiers in Pharmacology, v. 3, p. 69, 2012.

COTA, B. B.; LUZ, T. C. B.. **O cenário da fitoterapia na Atenção Primária à Saúde no Brasil: uma análise**. Saúde em Debate, v. 49, n. 147, p. e10102, 2025.

CARDOSO, B. S.; AMARAL, V. C. S. **O uso da fitoterapia durante a gestação: um panorama global**. Ciência & Saúde Coletiva, v. 24, n. 4, p. 1439–1450, abr. 2019.

OLIVEIRA, A. V. C. DE .; ROCHA, F. T. R.; ABREU, S. R. DE O. **Acute liver failure and self-medication. ABCD**. Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva (São Paulo), v. 27, n. 4, p. 294–297, nov. 2014.

SILVEIRA, P. F. DA .; BANDEIRA, M. A. M.; ARRAIS, P. S. D.. **Farmacovigilância e reações adversas às plantas medicinais e fitoterápicos: uma realidade**. Revista Brasileira de Farmacognosia, v. 18, n. 4, p. 618–626, out. 2008.

PEQUENO PIRAQUARENSE: EXPERIÊNCIA EXITOSA NA REORGANIZAÇÃO DO CUIDADO E REDUÇÃO DA MORTALIDADE INFANTIL EM PIRAQUARA

LUISA HELENA GALINA FRANCISCO; JULIEANNE REID ARCAIN; BRUNA TEIXEIRA DE QUADROS

Introdução: A mortalidade infantil é importante indicador das condições de saúde e da qualidade da assistência. Em Piraquara/PR, a análise sistemática dos óbitos orientou a reorganização da linha de cuidado materno-infantil. Em 2019, diante da taxa de mortalidade infantil de 19 óbitos por mil nascidos vivos, foi implantado o Programa Pequeno Piraquarense, estratégia municipal destinada à qualificação do cuidado materno-infantil, articulando Atenção Primária, vigilância e atenção especializada. O programa estruturou protocolos de pré-natal, estratificação de risco, capacitação das equipes, acompanhamento das gestantes, incentivo ao aleitamento materno, educação em saúde e seguimento do recém-nascido. **Objetivo:** Descrever a experiência de Piraquara na implantação e posterior ampliação do Pequeno Piraquarense e seus resultados sobre a mortalidade infantil. Relato de experiência: baseado na análise dos indicadores municipais de mortalidade infantil e das ações implantadas entre 2019 e 2025. Foram comparadas as taxas nos períodos imediatamente relacionados às duas principais intervenções: implantação do programa, em 2019, e sua ampliação, em 2025. Após a implantação do Pequeno Piraquarense, a mortalidade infantil passou de 19/1.000 nascidos vivos em 2019 para 7/1.000 em 2020, redução de aproximadamente 63%. Em 2024, entretanto, a taxa voltou a atingir 16,7/1.000, evidenciando necessidade de nova intervenção. A análise dos óbitos apontou a importância de ampliar o cuidado para além do período neonatal. Em 2025, o programa foi expandido, fortalecendo o acompanhamento da criança até os dois anos de idade e os primeiros mil dias de vida. Houve ampliação da pediatria no eMulti, acompanhamento de crianças de risco intermediário e alto risco e inclusão dos filhos de gestantes de alto risco nos primeiros quatro meses de vida, além do fortalecimento da puericultura, vigilância do crescimento e desenvolvimento e identificação precoce de agravos. Em 2025, a mortalidade infantil reduziu para 10,2/1.000 nascidos vivos, queda aproximada de 39% em relação a 2024. **Conclusão:** A experiência demonstra que o monitoramento dos óbitos associado à reorganização contínua da rede pode orientar intervenções efetivas. Os dois momentos de fortalecimento do Pequeno Piraquarense foram acompanhados por reduções expressivas da mortalidade infantil, consolidando uma linha de cuidado que evoluiu do materno-neonatal para o integral e longitudinal da criança.

Palavras-chave: **MORTALIDADE INFANTIL; QUALIDADE DA ASSISTENCIA; ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE**

DOI: 10.51161/iv-conasus/87818

AUTOMEDICAÇÃO ENTRE ESTUDANTES DA ÁREA DA SAÚDE E SUAS REPERCUSSÕES PARA A SAÚDE PÚBLICA: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

DANIEL SILVA COSTA; OTÁVIO FERNANDES DAMACENO; VICTOR ESTEVES NASCIMENTO; ADRIANA ELISA CARCERERI DE OLIVEIRA BORGES

Introdução. A automedicação é caracterizada pelo uso de medicamentos sem prescrição ou orientação profissional e constitui uma prática frequente entre estudantes da área da saúde, podendo apresentar implicações para a saúde individual e coletiva. **Objetivo.** Investigar a prevalência e as características da automedicação entre estudantes da área da saúde e suas possíveis implicações para a saúde pública, por meio de uma revisão sistemática. **Metodologia.** Foram analisados estudos observacionais publicados originalmente em inglês ou português, realizados em humanos e publicados nos últimos 15 anos, nas bases de dados MEDLINE e SciELO. A estratégia de busca foi elaborada a partir dos descritores e termos identificados no Medical Subject Headings (MeSH), incluindo *self-medication*, *medical students* e *drug misuse*. Foram incluídos estudos envolvendo estudantes da área da saúde que avaliaram a prática e as motivações para automedicação por meio de questionários. Foram excluídos estudos focados exclusivamente no uso de álcool e drogas, sem amostra composta por estudantes da área da saúde ou com temática não relacionada ao objetivo da revisão. As recomendações PRISMA foram utilizadas para orientar o relato da revisão sistemática. **Resultados.** Inicialmente, foram identificados 44 estudos e, após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, quatro artigos compuseram a síntese final. Foram analisados 2.960 participantes, dos quais 1.734 (58,6%) eram do sexo feminino. A prevalência de automedicação variou entre 46,1% e 60,8%, com maior frequência entre mulheres e associação significativa com o ano de curso e a renda mensal ($p<0,05$). Os medicamentos mais utilizados foram os antibióticos, especialmente azitromicina e amoxicilina, seguidos por analgésicos e anti-inflamatórios. As farmácias comunitárias representaram a principal fonte de aquisição de medicamentos. Apesar do maior conhecimento sobre o uso racional de medicamentos entre estudantes de medicina, a interrupção de tratamentos prescritos foi frequente. **Conclusão.** Os achados evidenciam elevada prevalência de automedicação entre estudantes da área da saúde, com destaque para o uso de antibióticos, reforçando a necessidade de ações educativas voltadas ao uso racional de medicamentos e à prevenção de riscos à saúde pública.

Palavras-chave: **AUTOMEDICAÇÃO; ESTUDANTES DE CIÊNCIAS DA SAÚDE; SAÚDE PÚBLICA**

DOI: 10.51161/iv-conasus/87827

DO TERRITORIO A URGENCIA, DESCENTRALIZAÇAO DA ASSISTENCIA FARMACEUTICA E IMPLANTAÇAO DA FARMACIA 24 HORAS NA UPA DE PIRAQUARA PR

GLAUCIA BUSS; LUISA HELENA GALINA FRANCISCO

Introdução: O acesso oportuno aos medicamentos constitui componente essencial da integralidade do cuidado no Sistema Único de Saúde. Em 2025, Piraquara iniciou processo de fortalecimento e descentralização da Assistência Farmacêutica, aproximando a dispensação dos territórios. Foram reabertos dispensários de medicamentos em Unidades Básicas de Saúde, reduzindo a necessidade de deslocamento dos usuários às farmácias municipais. Nos primeiros meses da estratégia, mais de 12 mil usuários foram beneficiados, com 140.594 medicamentos retirados nas unidades participantes. Houve ainda ampliação do horário de funcionamento de farmácia municipal e fortalecimento do acesso ao Componente Especializado. Em 2026, a estratégia avançou para a Rede de Urgência e Emergência, com implantação da Farmácia 24 horas na UPA. **Objetivo**: Descrever a evolução da descentralização da Assistência Farmacêutica de Piraquara e a implantação da Farmácia 24 horas na UPA como estratégia para ampliar o acesso, a continuidade terapêutica e a integralidade do cuidado. **Relato de experiência:** sobre a reorganização municipal da dispensação de medicamentos entre 2025 e 2026. Em 2025, foram retomados dispensários nas UBS, ampliando o acesso territorial aos medicamentos básicos. Em março de 2026, foi implantada dispensação 24 horas integrada à UPA, destinada aos usuários atendidos no próprio serviço e com prescrição emitida na unidade. Considerando o período recente de implantação, a avaliação inicial concentra-se na estruturação da estratégia e nos benefícios assistenciais esperados. **Conclusão**: A descentralização iniciada em 2025 apresentou alcance inicial superior a 12 mil usuários e 140 mil medicamentos dispensados. A Farmácia 24 horas representa uma nova etapa dessa política, incorporando a dimensão temporal à descentralização: além de aproximar o medicamento do território, passa a garantir acesso após o atendimento de urgência independentemente do horário. Esperam-se redução do intervalo entre prescrição e início do tratamento, menor necessidade de deslocamentos, redução do gasto direto das famílias, ampliação do acesso noturno e em finais de semana e feriados, maior adesão terapêutica e aumento da resolutividade da UPA.

Palavras-chave: **ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA; DA FARMÁCIA 24 HORAS NA UPA; TERRITORIO A URGENCIA**

DOI: 10.51161/iv-conasus/87844

IMPACTO DA OBESIDADE NAS INTERNAÇÕES POR INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO NO BRASIL: UM ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO

LUCCAS FAVACHO RAAD MASSOUD; LEONARDO SABADO CORREA

INTRODUÇÃO: A obesidade é uma condição de alta prevalência que impacta negativamente a qualidade de vida e está associada a desfechos cardiovasculares adversos, incluindo o infarto agudo do miocárdio (IAM), agravo de elevada morbimortalidade e relevante causa de internações hospitalares no Brasil. **OBJETIVOS:** Analisar a associação entre a prevalência de obesidade e as internações por infarto agudo do miocárdio no Brasil, por meio da comparação dessas variáveis em um mesmo período. **METODOLOGIA:** Trata-se de um estudo ecológico, retrospectivo, de série temporal, com abordagem quantitativa, baseado em dados secundários provenientes do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS) e do Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL). Avaliou-se a associação entre a prevalência de obesidade e as internações por IAM nas diferentes regiões do Brasil, considerando três triênios: 2015–2017, 2018–2020 e 2021–2023, conforme disponibilidade dos dados. **RESULTADOS:** Observou-se tendência crescente da prevalência de obesidade no Brasil ao longo dos períodos analisados, passando de 18,9% no primeiro triênio para 20,6% no segundo (incremento de 1,7 pontos percentuais [p.p.]) e 23,4% no terceiro (incremento de 2,8 p.p.). No mesmo intervalo, as internações por IAM aumentaram de 321.268 para 380.646 (+19%) e 475.797 (+25%). No último triênio, a prevalência de obesidade foi maior entre indivíduos com menor escolaridade, atingindo 26,4% naqueles com 0 a 8 anos de estudo, 23,5% entre 9 e 11 anos e 20,9% entre os com 12 anos ou mais. Quanto à distribuição regional, a região Sudeste concentrou a maior proporção de internações por IAM (49,7%, 49,4% e 48,3%), enquanto a região Norte apresentou as menores proporções (4,1%, 4,1% e 4,5%). **CONCLUSÃO:** Observou-se aumento concomitante da prevalência de obesidade e das internações por infarto agudo do miocárdio ao longo dos períodos analisados, sugerindo associação entre esses desfechos, ainda que o desenho ecológico não permita inferir causalidade em nível individual. Adicionalmente, a maior prevalência de obesidade entre indivíduos com menor escolaridade reforça o papel dos determinantes sociais na distribuição do risco cardiovascular na população brasileira. Por fim, as menores taxas de internação na região Norte podem refletir subnotificação dos casos.

Palavras-chave: **OBESIDADE; INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO; FATORES DE RISCO**

DOI: 10.51161/iv-conasus/87886

GRUPO DE IDOSOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: ESTRATÉGIA DE PROMOÇÃO DA SAÚDE, AUTONOMIA E QUALIDADE DE VIDA

DANIELA DE LIRA SILVA

Introdução: O envelhecimento populacional representa um desafio para os serviços de saúde, especialmente na Atenção Primária à Saúde. Nesse contexto, os grupos de idosos realizados nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) constituem uma estratégia de promoção da saúde, prevenção de doenças e fortalecimento do vínculo entre usuários e profissionais. Esses espaços possibilitam atividades educativas, físicas, sociais e de convivência, favorecendo um envelhecimento ativo, saudável e com maior autonomia. Objetivo: Descrever os benefícios da participação de idosos em grupos desenvolvidos em Unidades Básicas de Saúde, destacando sua contribuição para a promoção da saúde, prevenção de agravos, socialização e melhoria da qualidade de vida. **Metodologia**: Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, realizada por meio de buscas nas bases de dados SciELO, LILACS, BDENF e PubMed/MEDLINE. Foram utilizados os descritores “idosos”, “grupo de idosos”, “Atenção Primária à Saúde”, “Unidade Básica de Saúde” e “promoção da saúde”, combinados pelos operadores booleanos AND e OR. Foram incluídos artigos disponíveis na íntegra, publicados em português e inglês, que abordassem os benefícios da participação de idosos em grupos no contexto da Atenção Primária à Saúde. Após a seleção, os estudos foram analisados de forma descritiva, considerando aspectos relacionados à saúde física, mental, social e à qualidade de vida. **Resultados:** Os estudos evidenciaram que a participação em grupos de idosos contribui para a socialização, fortalecimento de vínculos, autoestima e redução do isolamento social. As atividades coletivas favoreceram conhecimento sobre alimentação saudável, prática de exercícios físicos, prevenção de quedas, uso adequado de medicamentos e controle de doenças crônicas. Observou-se estímulo ao autocuidado, à autonomia e à participação dos idosos nas decisões relacionadas à própria saúde. A convivência com outros participantes e profissionais possibilitou troca de experiências e identificação de necessidades individuais e coletivas, favorecendo um cuidado mais integral e humanizado. **Conclusão**: Os grupos de idosos desenvolvidos nas UBS constituem uma importante estratégia de promoção da saúde e envelhecimento ativo. Sua realização contribui para prevenção de agravos, melhoria da qualidade de vida, fortalecimento da autonomia e ampliação da participação social. Portanto, recomenda-se a continuidade e o fortalecimento dessas ações na Atenção Primária, com atuação multiprofissional e participação dos idosos.

Palavras-chave: **ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE; PROMOÇÃO DA SAÚDE; IDOSO**

DOI: 10.51161/iv-conasus/87919

INCLUSÃO E EQUIDADE NO SUS: CAMINHOS PARA A CAPACITAÇÃO PROFISSIONAL NO ATENDIMENTO A SURDOS NA APS

THALIA TAVARES BOTELHO DA SILVA

Introdução: A comunidade surda sofre inúmeras barreiras na sociedade, sendo uma delas a comunicacional, que dificulta a compreensão do processo saúde-doença do paciente surdo, afetando seu direito à saúde. A constituição Federal estabelece que: “saúde é um direito de todos e um dever do Estado”, sendo assim, o Sistema Único de Saúde (SUS) deve garantir promoção à atenção integral ao cidadão, por meio da produção de conhecimento e ações que subsidiem práticas mais eficazes na atenção primária à saúde. **Objetivo:** Este estudo teve como objetivo analisar a dificuldade enfrentada pelos profissionais mediante a barreira comunicacional e evidenciar a necessidade de capacitação dos profissionais para atender pessoas com deficiência auditiva. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão integrativa da literatura de abordagem qualitativa, que consiste na pesquisa e avaliação criteriosa de estudos publicados. A consideração dos resultados obtidos permite a execução das evidências levantadas na prática. Foi considerado estudos publicados entre 2009 e 2023, utilizando combinações de descritores controlados. As bases de dados virtuais utilizadas foram: PUBMED e SciELO, incluindo artigos publicados em Português. **Resultados:** A revisão da literatura evidenciou que a falta de preparo prejudica o diagnóstico e o tratamento, implicando em menos buscas do paciente ao sistema de saúde. Dessa forma, ações como capacitação das equipes com cursos de libras e contratação de intérpretes para a unidade, contribuiriam para o aumento do conhecimento e a adesão a tratamentos. **Conclusão:** Identifica-se a necessidade no aumento de ofertas de capacitação contínua dos profissionais, melhorando a comunicação efetiva dos profissionais aos seus usuários, garantindo a autonomia do paciente e a assistência integral à saúde da pessoa surda. Gerando impactos positivos que contribuem com o conceito do SUS de Universalidade, atendendo a todos, e Equidade, garantindo direitos iguais.

Palavras-chave: **CAPACITAÇÃO PROFISSIONAL EM LIBRAS; ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE; PESSOA COM DEFICIÊNCIA AUDITIVA**

DOI: 10.51161/iv-conasus/87955

A ATUAÇÃO DO NUTRICIONISTA NA PREVENÇÃO DE DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS NO ÂMBITO DA SAÚDE PÚBLICA: A IMPORTÂNCIA DA INTERVENÇÃO PRECOCE SOBRE O EXCESSO DE PESO E OS FATORES DE RISCO METABÓLICOS

MÁRCIA EDUARDA SILVA

RESUMO

As doenças crônicas não transmissíveis constituem um dos principais desafios para a saúde pública, devido à elevada frequência, ao impacto na qualidade de vida da população e à necessidade de acompanhamento contínuo pelos serviços de saúde. Entre os principais fatores de risco modificáveis associados ao desenvolvimento dessas doenças destacam-se o excesso de peso, a alimentação inadequada, o sedentarismo e alterações metabólicas, como hipertensão arterial, dislipidemias e alterações da glicemia. Nesse cenário, a atuação do nutricionista apresenta relevância não apenas no tratamento das doenças já estabelecidas, mas principalmente na promoção da saúde e na prevenção de agravos por meio de intervenções precoces. A identificação de comportamentos alimentares inadequados e de fatores de risco nutricionais e metabólicos possibilita a adoção de estratégias individualizadas e coletivas antes da evolução para condições crônicas, como o diabetes mellitus tipo 2 e as doenças cardiovasculares. O presente estudo tem como objetivo discutir a importância da atuação do nutricionista no âmbito da saúde pública, com ênfase na prevenção das doenças crônicas não transmissíveis e na intervenção precoce sobre o excesso de peso e os fatores de risco metabólicos. Trata-se de uma revisão da literatura, fundamentada em publicações científicas relacionadas à vigilância dos fatores de risco, excesso de peso, doenças crônicas e promoção da saúde. A discussão busca evidenciar a contribuição do nutricionista para o cuidado preventivo, especialmente no contexto da Atenção Primária à Saúde, destacando sua participação na educação alimentar e nutricional, no acompanhamento do estado nutricional e na promoção de hábitos alimentares adequados e sustentáveis.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Educação Alimentar e Nutricional; Fatores de Risco.

1 INTRODUÇÃO

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) representam importante problema de saúde pública, uma vez que apresentam caráter multifatorial, evolução prolongada e estão associadas a expressiva parcela da morbimortalidade da população. Entre as principais DCNT encontram-se as doenças cardiovasculares, o diabetes mellitus, as doenças respiratórias crônicas e as neoplasias, condições que demandam acompanhamento contínuo e podem comprometer significativamente a qualidade de vida dos indivíduos.

DOI: 10.51161/iv-conasus/87967

Além dos impactos individuais, essas doenças representam importante demanda para os serviços de saúde e contribuem para o aumento dos custos relacionados à assistência e ao tratamento de complicações.

A ocorrência das DCNT está relacionada a diferentes determinantes sociais, ambientais, econômicos e comportamentais. Entre os fatores de risco modificáveis destacam-se o consumo inadequado de alimentos, a baixa prática de atividade física, o consumo de bebidas alcoólicas, o tabagismo e o excesso de peso. Dessa forma, a prevenção dessas doenças não deve estar limitada ao momento em que o indivíduo apresenta sinais clínicos ou recebe um diagnóstico, sendo fundamental a identificação precoce dos fatores que aumentam a probabilidade de seu desenvolvimento.

O excesso de peso merece atenção nesse contexto, considerando sua associação com alterações metabólicas e com maior risco para o desenvolvimento de diferentes DCNT. O aumento da adiposidade pode estar relacionado a alterações no metabolismo da glicose e dos lipídios, elevação da pressão arterial e resistência à insulina, contribuindo para a progressão de um conjunto de fatores de risco que, quando não identificados e manejados adequadamente, podem favorecer o desenvolvimento de doenças como o diabetes mellitus tipo 2 e as doenças cardiovasculares.

A vigilância dos fatores de risco constitui, portanto, importante estratégia para o planejamento de políticas públicas e para a organização das ações de promoção e prevenção em saúde. O acompanhamento de indicadores relacionados ao excesso de peso, à alimentação e a outros fatores comportamentais permite compreender o perfil epidemiológico da população e direcionar intervenções de acordo com as necessidades identificadas. Nesse cenário, o nutricionista apresenta papel estratégico na promoção da saúde e na prevenção de doenças, especialmente no âmbito da Atenção Primária à Saúde. Sua atuação pode envolver a avaliação do estado nutricional, a identificação de fatores de risco, a educação alimentar e nutricional, o aconselhamento individual e coletivo e o desenvolvimento de ações que favoreçam a adoção de hábitos alimentares adequados. Dessa maneira, o cuidado nutricional pode ocorrer de forma antecipada, buscando reduzir a exposição aos fatores de risco e evitar ou retardar a progressão para doenças crônicas.

A atuação preventiva também amplia a compreensão do cuidado nutricional para além da prescrição de dietas. No contexto da saúde pública, o nutricionista pode contribuir para o fortalecimento da autonomia dos indivíduos, considerando suas condições sociais, culturais e econômicas e desenvolvendo estratégias que sejam possíveis de serem incorporadas à realidade da população. Assim, a intervenção nutricional precoce pode representar uma importante ferramenta para a promoção da saúde, a redução de riscos e a melhoria da qualidade de vida.

Diante desse contexto, torna-se relevante discutir a importância da inserção do nutricionista nas estratégias de prevenção das DCNT, especialmente diante do crescimento do excesso de peso e da presença de fatores de risco metabólicos na população. **O objetivo deste estudo é discutir a importância da atuação do nutricionista no âmbito da saúde pública na prevenção das doenças crônicas não transmissíveis, com ênfase na intervenção precoce sobre o excesso de peso e os fatores de risco metabólicos.**

2 MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de uma revisão narrativa da literatura, de caráter descritivo e abordagem qualitativa, desenvolvida com o objetivo de discutir a importância da atuação do nutricionista na prevenção das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), com ênfase na intervenção precoce sobre o excesso de peso e os fatores de risco metabólicos. A escolha desse método justifica-se pela possibilidade de reunir e analisar diferentes

perspectivas científicas relacionadas à prevenção de doenças, vigilância dos fatores de risco, alimentação, excesso de peso e atuação profissional no âmbito da saúde pública.

Para a construção do estudo, foram utilizadas publicações científicas relacionadas à temática, com destaque para artigos disponibilizados nas bases de dados científicas e documentos de referência na área da saúde pública. Foram considerados como eixos de análise: doenças crônicas não transmissíveis, excesso de peso, fatores de risco metabólicos, alimentação, prevenção, promoção da saúde, Atenção Primária à Saúde e atuação do nutricionista.

Como referências centrais para a discussão, foram selecionados estudos que abordam a magnitude das DCNT e seus fatores de risco, a vigilância de indicadores relacionados à saúdeda população e a relevância de estratégias de prevenção e promoção da saúde. Foram incluídas publicações que apresentassem relação direta com o objetivo do estudo e que contribuíssem para a compreensão dos fatores associados ao desenvolvimento das DCNT e das possibilidades de intervenção no contexto da saúde pública.

A análise do material selecionado foi realizada de forma crítica e interpretativa, buscando estabelecer relações entre a presença de fatores de risco modificáveis, a necessidade de identificação precoce e a contribuição do nutricionista para o desenvolvimento de ações preventivas. A discussão foi organizada considerando a perspectiva de que a prevenção das DCNT deve ocorrer de maneira contínua e antecipada, não se restringindo ao tratamento após o estabelecimento da doença.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 Doenças crônicas não transmissíveis e a necessidade de prevenção

As DCNT apresentam elevada relevância epidemiológica e constituem um dos principais desafios para os sistemas de saúde, especialmente em razão de sua relação com fatores de risco que podem ser modificados por meio de intervenções individuais e coletivas. A alimentação inadequada, o excesso de peso e a inatividade física estão entre os fatores que podem contribuir para o desenvolvimento e agravamento de diferentes condições crônicas, tornando necessária a implementação de estratégias de prevenção ao longo do curso da vida. Nesse contexto, a prevenção deve ser compreendida como uma estratégia contínua, iniciada antes da manifestação clínica da doença. A identificação de fatores de risco permite que os serviços de saúde atuem de maneira antecipada, reduzindo a probabilidade de progressão para agravos mais complexos.

Essa perspectiva é particularmente importante diante do aumento da prevalência de excesso de peso e de alterações metabólicas na população brasileira.A vigilância em saúde possui papel fundamental nesse processo, pois possibilita acompanhar a distribuição dos principais fatores de risco e orientar a elaboração de políticas públicas. Sistemas de monitoramento populacional permitem observar indicadores relacionados ao estado nutricional e aos hábitos de vida, contribuindo para a identificação de grupos mais vulneráveis e para o direcionamento das ações de promoção da saúde.

A análise dos indicadores de saúde também demonstra que o enfrentamento das DCNT exige ações que ultrapassem o atendimento individualizado e estejam articuladas às políticas públicas de promoção da alimentação adequada e saudável. Dessa forma, a prevenção deve envolver ações educativas, ambientais e assistenciais capazes de favorecer escolhas mais saudáveis e reduzir a exposição da população a fatores de risco.

3.2 Excesso de peso como fator de risco modificável

O excesso de peso constitui um importante fator de risco para diversas doenças crônicas e deve ser considerado não apenas como uma condição estética ou relacionada ao peso corporal, mas como um marcador relevante de risco à saúde. Sua ocorrência pode estar associada a alterações metabólicas, cardiovasculares e inflamatórias que aumentam a probabilidade de desenvolvimento de doenças ao longo do tempo.

A evolução desse processo, entretanto, não ocorre de maneira obrigatória. O reconhecimento precoce do excesso de peso e dos fatores associados permite a implementação de medidas capazes de modificar a trajetória de risco. Nesse sentido, a intervenção nutricional deve considerar não somente a redução do peso corporal, mas também a melhoria da qualidade da alimentação, a adequação do consumo de nutrientes, a prática de atividade física e outros comportamentos relacionados à saúde.

A abordagem preventiva torna-se ainda mais relevante quando o excesso de peso está acompanhado de alterações como elevação da glicemia, resistência à insulina, hipertensão arterial ou alterações do perfil lipídico. A presença simultânea desses fatores pode indicar maior risco cardiometabólico e reforça a necessidade de acompanhamento sistemático pelos serviços de saúde. Assim, o objetivo da intervenção não deve ser esperar que o indivíduo desenvolva diabetes mellitus tipo 2, doença cardiovascular ou outra DCNT para então iniciar o cuidado. A atuação profissional deve buscar identificar precocemente os fatores de risco e desenvolver estratégias individualizadas e coletivas que contribuam para interromper ou retardar a progressão desse processo.

3.3 A atuação do nutricionista na Atenção Primária à Saúde

A Atenção Primária à Saúde (APS) constitui um espaço estratégico para ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, por possibilitar o acompanhamento contínuo da população e a identificação precoce de fatores de risco. Nesse cenário, o nutricionista exerce papel relevante, considerando a relação entre alimentação, estado nutricional e desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis.

Sua atuação na APS permite que o cuidado nutricional ocorra de forma preventiva, por meio da avaliação do estado nutricional, identificação de alterações no peso, análise dos hábitos alimentares e reconhecimento de situações de risco. Essas ações podem ser realizadas em consultas individuais, atividades educativas, grupos, ações comunitárias e de forma integrada à equipe multiprofissional.

A educação alimentar e nutricional constitui uma importante ferramenta para promover autonomia e escolhas alimentares mais adequadas, considerando as condições sociais, econômicas e culturais da população. Nesse sentido, o nutricionista deve desenvolver estratégias compatíveis com a realidade do território, valorizando o acesso a alimentos in natura e minimamente processados e a redução do consumo de ultraprocessados.

Além disso, o acompanhamento longitudinal permite avaliar a evolução do indivíduo e ajustar as estratégias de cuidado. No caso do excesso de peso, a intervenção não deve se limitar à redução corporal, mas também considerar a qualidade da alimentação, os hábitos de vida e o controle de fatores relacionados à saúde metabólica.

3.4 Intervenção precoce e prevenção do diabetes mellitus tipo 2

Entre as DCNT relacionadas aos fatores de risco nutricionais e metabólicos, o diabetes mellitus tipo 2 merece destaque. A doença apresenta relação com fatores como excesso de peso, alimentação inadequada, inatividade física e alterações no metabolismo da glicose. Embora diferentes fatores genéticos e ambientais também estejam envolvidos

em sua ocorrência, parte importante dos fatores associados ao desenvolvimento da doença é passível de modificação. Nesse sentido, a prevenção deve anteceder o diagnóstico. Indivíduos que apresentam excesso de peso associado a outros fatores de risco podem se beneficiar de acompanhamento nutricional e de mudanças no estilo de vida capazes de favorecer a melhora da saúde metabólica. A identificação dessas situações no âmbito da APS permite que o cuidado seja iniciado de forma oportuna, evitando que a assistência ocorra somente após o surgimento de complicações. O papel do nutricionista nesse processo envolve avaliar o padrão alimentar, identificar comportamentos que possam contribuir para o risco metabólico e estabelecer estratégias alimentares individualizadas e sustentáveis. A intervenção deve priorizar mudanças possíveis de serem mantidas a longo prazo, evitando abordagens restritivas que possam dificultar a adesão e a continuidade do cuidado.

A prevenção do diabetes tipo 2 também deve ser compreendida dentro de uma perspectiva coletiva. Ações educativas voltadas para alimentação adequada, incentivo ao consumo de alimentos in natura ou minimamente processados, redução do consumo de produtos ultraprocessados e estímulo à prática de atividade física podem contribuir para a construção de ambientes mais favoráveis à saúde.

3.5 Prevenção como estratégia de cuidado e não apenas de tratamento

A lógica preventiva representa uma mudança importante na organização do cuidado em saúde. Em vez de concentrar esforços exclusivamente no tratamento das doenças instaladas, torna-se necessário investir na identificação dos fatores que antecedem esses agravos. No campo da nutrição, essa perspectiva significa reconhecer que mudanças no padrão alimentar e no estado nutricional podem ocorrer gradualmente e que o momento de intervenção não deve ser definido apenas pela presença de um diagnóstico.

A atuação precoce possibilita acompanhar o indivíduo durante diferentes fases desse processo, favorecendo a redução de riscos e evitando, quando possível, a progressão para condições de maior complexidade. Essa abordagem também contribui para que o indivíduo compreenda a alimentação como parte do cuidado cotidiano e não apenas como uma estratégia utilizada quando uma doença já está presente.

Nesse sentido, o nutricionista assume papel relevante na construção de um cuidado preventivo, integrado e contínuo. Sua atuação, articulada aos demais profissionais da equipe de saúde, pode contribuir para identificar necessidades, orientar mudanças de comportamento e fortalecer a autonomia da população. A prevenção, portanto, deve ser entendida como investimento em saúde e qualidade de vida, e não somente como redução de custos decorrentes do tratamento de doenças.

3.6 Do fator de risco ao adoecimento: a importância de intervir antes

A prevenção das doenças crônicas não transmissíveis deve considerar que o processo de adoecimento é resultado da interação de múltiplos fatores ao longo do tempo. Nesse contexto, o acompanhamento dos fatores de risco permite identificar situações que podem anteceder o estabelecimento de doenças e, consequentemente, possibilita a adoção de medidas preventivas de forma mais oportuna. As DCNT representam um desafio contemporâneo para a Saúde Pública justamente por sua magnitude e pela necessidade de estratégias contínuas de promoção, prevenção, vigilância e cuidado.

O excesso de peso, nesse cenário, deve ser compreendido como um importante marcador de risco à saúde. Sua presença pode estar associada a alterações metabólicas que, quando somadas a outros fatores, aumentam a probabilidade de desenvolvimento de

doenças crônicas. Portanto, a avaliação nutricional não deve estar restrita à classificação do peso corporal, sendo importante considerar também o padrão alimentar, o histórico familiar, o nível de atividade física, a distribuição da adiposidade e outros indicadores relacionados ao risco cardiometabólico.

A relevância do acompanhamento precoce pode ser observada nos dados da Pesquisa Nacional de Saúde. Estudo realizado a partir da PNS identificou alterações importantes no perfil lipídico da população adulta brasileira, demonstrando a presença de fatores de risco metabólicos que podem ser identificados antes da ocorrência de eventos cardiovasculares. Esses achados reforçam a necessidade de ações de prevenção e acompanhamento que não esperem o surgimento de complicações para iniciar o cuidado.

Da mesma forma, a avaliação da prevalência de diabetes mellitus por meioda hemoglobina glicada demonstrou a presença da doença na população adulta brasileira, evidenciando a importância do monitoramento dos indicadores metabólicos e do fortalecimento das estratégias de prevenção e controle. Nesse sentido, o cuidado nutricional pode contribuir tanto para indivíduos que já apresentam diagnóstico quanto para aqueles que possuem fatores de risco e ainda não desenvolveram a doença.

A identificação precoce de alterações metabólicas é especialmente relevante porque permite que intervenções relacionadas ao estilo de vida sejam iniciadas em uma etapa na qual ainda é possível modificar diferentes fatores de risco. A atuação do nutricionista, integrada à equipe multiprofissional, pode contribuir para o estabelecimento de estratégias alimentares individualizadas, acompanhamento da evolução do estado nutricional e fortalecimento da autonomia do indivíduo.

3.7 Prevenir antes de tratar: contribuição para a sustentabilidade do SUS

A prevenção das DCNT apresenta relevância para a sustentabilidade do Sistema Único de Saúde, considerando que essas doenças frequentemente demandam acompanhamento prolongado, uso contínuo de medicamentos e, em casos de complicações, procedimentos de maior complexidade. Dessa forma, estratégias que possibilitem a identificação e redução precoce dos fatores de risco podem contribuir para retardar a progressão de agravos e ampliar os anos de vida saudável da população.

Nesse processo, a atuação integrada entre os profissionais da Atenção Primária à Saúde é fundamental. O Agente Comunitário de Saúde (ACS) possui contato direto e contínuo com o território e, durante as visitas domiciliares, pode identificar situações relacionadas à alimentação, excesso de peso, dificuldades de acesso aos alimentos, hábitos de vida e outras condições que nem sempre são observadas durante o atendimento na unidade de saúde. Essas informações, quando compartilhadas com a equipe, podem auxiliar na identificação de indivíduos que necessitam de avaliação e acompanhamento nutricional, permitindo que o nutricionista desenvolva intervenções mais precoces e adequadas à realidade de cada território. Assim, o nutricionista constitui profissional estratégico na prevenção das DCNT, atuando de forma articulada com a equipe multiprofissional e utilizando as informações provenientes do território para direcionar suas ações. A integração entre **ACS, equipe da APS e nutricionista** fortalece a vigilância, a educação alimentar e o acompanhamento dos fatores de risco, possibilitando que o cuidado aconteça antes do estabelecimento de doenças e contribuindo para uma assistência mais preventiva, contínua e resolutiva no SUS.

4 CONCLUSÃO

A prevenção das doenças crônicas não transmissíveis exige uma abordagem que

ultrapasse o tratamento de doenças já estabelecidas e priorize a identificação precoce dos fatores de risco. O excesso de peso, as alterações do perfil lipídico e os distúrbios relacionados ao metabolismo da glicose constituem situações que demandam atenção e acompanhamento, especialmente diante de sua relação com diferentes DCNT.

Nesse contexto, o nutricionista apresenta papel fundamental na saúde pública, atuando na avaliação do estado nutricional, na identificação de fatores de risco, na educação alimentar e nutricional e na construção de estratégias de cuidado individual e coletivo. Sua atuação na Atenção Primária à Saúde possibilita intervir de maneira antecipada, favorecendo mudanças de hábitos e contribuindo para evitar ou retardar a progressão de fatores de risco para doenças como o diabetes mellitus tipo 2 e as doenças cardiovasculares.

Assim, a atuação nutricional deve ser compreendida como uma ferramenta de prevenção e promoção da saúde, e não somente como parte do tratamento após o diagnóstico. Investir na intervenção precoce significa ampliar as possibilidades de cuidado, fortalecer a autonomia da população e contribuir para uma assistência mais preventiva e resolutiva no âmbito do Sistema Único de Saúde.

REFERÊNCIAS

BERNAL, R. T. I.; ISER, B. P. M.; MALTA, D. C.; CLARO, R. M. **Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel): mudança na metodologia de ponderação.** *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, v. 26, n. 4, p. 701-712, 2017. DOI: 10.5123/S1679-49742017000400003.

MALTA, D. C.; SILVA, M. M. A. **As doenças e agravos não transmissíveis, o desafio contemporâneo na Saúde Pública**. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 5, p. 1350-1350, 2018. DOI: 10.1590/1413-81232018235.31552017.

MALTA, D. C. et al. **Prevalência de colesterol total e frações alterados na população adulta brasileira: Pesquisa Nacional de Saúde**. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 22, supl. 2, e190005.SUPL.2, 2019. DOI: 10.1590/1980-549720190005.supl.2.

MALTA, D. C. et al. **Prevalência de diabetes mellitus determinada pela hemoglobina glicada na população adulta brasileira, Pesquisa Nacional de Saúde.** *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 22, supl. 2, e190006.SUPL.2, 2019. DOI: 10.1590/1980-549720190006.supl.2.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN)**. Brasília, DF: Ministério da Saúde.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia alimentar para a população brasileira**. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Noncommunicable diseases**. Geneva: World Health Organization, 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Obesity and overweight**. Geneva: World Health Organization, 2025.

PRESCRIÇÃO DE EXERCÍCIO FÍSICO ONCOLÓGICO: FREQUÊNCIA, TEMPO, INTENSIDADE E TIPO COM ATIVAÇÃO DA FARMÁCIA DO MÚSCULO PROTOCOLO CLÍNICO OFICIAL DO 1º CENTRO DE MOVIMENTO ONCOLÓGICO DO BRASIL

ANDERSON DO NASCIMENTO; INSTITUTO DE SAÚDE MULTIPROFISSIONAL
CNPJ: 67.747.259/0001-71

RESUMO

Introdução: A Oncologia do Exercício atingiu maturidade científica em 2025, com diretrizes publicadas por sociedades internacionais. No entanto, no Brasil ainda há lacuna de padronização clínica para prescrição do exercício no contexto oncológico, especialmente no SUS. **Objetivo:** Este trabalho teve como objetivo desenvolver um protocolo clínico de prescrição de exercício físico, especificando frequência, tempo, intensidade, para 20 tipos de tumores e condições oncológicas. **Metodologia:** O protocolo original foi desenvolvido a partir de revisão sistemática de 95 referências. Para este resumo expandido, realizou-se revisão narrativa e de síntese da literatura entre 2015 e 2026 nas bases PubMed, Scopus, Web of Science e LILACS, utilizando-se 16 referências principais, incluindo diretrizes da ACSM - Colégio Americano de Medicina do Esporte e ASCO - Sociedade Americana de Oncologia Clínica e estudos de segurança. A partir da síntese da evidência foram elaboradas 1 Bula-Mãe de segurança e 20 Bulas específicas organizadas por tipo de tumor e condições clínicas. A Bula-Mãe estabelece critérios de liberação, adaptação ou suspensão do exercício baseados nos mesmos parâmetros laboratoriais utilizados para quimioterapia, com avaliação por equipe multiprofissional. **Resultados:** O exercício atua como polifarmácia endógena por 4 vias: mobilização imune via IL-15, remodelação tumoral, liberação de exerkines e redução de inflamação IL-6/TNF-alfa. O protocolo padroniza dose, tipo e segurança por tipo tumoral e fase do tratamento, seguindo o modelo Avaliar, Aconselhar e Encaminhar. **Conclusão:** As Bulas traduzem a ciência do exercício em prescrição segura e escalável para o SUS - Sistema Único de Saúde, devendo ser considerado como terapia adjuvante no tratamento oncológico.

Palavras-chave: Oncologia do exercício; Neoplasias; Reabilitação.

1 INTRODUÇÃO

A Oncologia do Exercício atingiu a maturidade científica em 2025, com mais de 31.920 citações na literatura e diretrizes publicadas pelas principais sociedades médicas internacionais baseadas em evidências de ensaios clínicos randomizados (SCHMITZ; WISKEMANN; MAY, 2025).

O câncer representa um dos maiores desafios de saúde pública do século XXI. Nos Estados Unidos, estima-se 2.114.850 novos casos e 626.140 mortes para 2026 (SIEGEL et al., 2026). No Brasil, são estimados 704 mil casos novos de câncer para o triênio 2023-2025, sendo câncer de mama e próstata os mais incidentes (SANTOS M.O et al., 2023).

DOI: 10.51161/iv-conasus/87996

Apesar desse cenário, apenas 30% a 47% dos sobreviventes seguem as diretrizes de atividade física (SCHMITZ et al., 2019). A principal barreira relatada é a falta de recomendação da equipe oncológica: 80% dos pacientes querem orientação, mas apenas 19% a 23% recebem encaminhamento para exercício (SCHMITZ et al., 2019).

Múltiplas organizações publicaram recomendações baseadas em evidências. No Brasil, SBOC - Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica, INCA - Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva e SBAFS - Sociedade Brasileira de Atividade Física e Saúde, lançaram as primeiras diretrizes nacionais em 2022 (SOCIEDADE BRASILEIRA DE ONCOLOGIA CLÍNICA et al., 2022). A ASCO em 2024, recomendou formalmente exercícios físicos para redução de fadiga, ansiedade e depressão em sobreviventes (BOWER et al., 2024). A ACSM em 2019, propôs o modelo Exercise is Medicine in Oncology, onde o oncologista deve Avaliar, Aconselhar e encaminhar (SCHMITZ et al., 2019).

A segurança do exercício em populações especiais já está estabelecida. Revisão sistemática de 2023 concluiu que o exercício é seguro e viável em pacientes hematológicos em quimioterapia (GROßEK; GROßEK; BLOCH, 2023). Revisão narrativa de 2020 demonstrou segurança mesmo em pacientes trombocitopênicos (MORISHITA et al., 2020). Em pediatria, revisão sistemática com 172 crianças e adolescentes hospitalizados mostrou melhora de força e funcionalidade sem eventos adversos (SANTOS S.S.; MOUSSALLE; HEINZMANN-FILHO, 2020).

Mecanisticamente, sabe-se que o exercício reduz inflamação. Ensaio clínico randomizado de 2021 mostrou que RT-HIIT reduziu o aumento de IL-6 durante quimioterapia em câncer de mama, mediando 32% da melhora da fadiga (HIENSCH et al., 2021).

Diante disso, este trabalho propõe 20 Bulas de Exercício como ferramentas de prescrição clínica, baseadas na melhor ciência atual (SCHMITZ et al., 2025), com o objetivo de traduzir ciência em prática para que todo paciente com câncer possa se beneficiar do exercício como parte do tratamento padrão (SCHMITZ et al., 2019).

Entretanto, apesar do robusto embasamento científico, ainda existe uma lacuna crítica: a falta de padronização e de protocolos claros para a prescrição do exercício físico no contexto oncológico dentro da prática clínica diária e do SUS.

Esta lacuna foi identificada a partir de mais de 15 anos de atuação como Técnico de Enfermagem na Emergência Oncológica e mais de 10 anos como Biomédico Patologista Clínico. O autor é pós-graduado em Saúde Pública e Fisiologia do Exercício Físico e do Esporte, com dedicação exclusiva ao estudo do exercício físico no tratamento do câncer há mais de 10 anos. É formado na primeira turma do Brasil em Prescrição de Exercício Físico no Tratamento Oncológico. Com base nas evidências de que o exercício físico atua como medicamento para 26 doenças crônicas (PEDERSEN; SALTIN, 2015), criou em 2018 o projeto do Instituto de Saúde Multiprofissional, responsável por 51 edições realizadas em 5 estados brasileiros e mais de 5 mil atendimentos. O Instituto, constituído formalmente em 30/06/2026, realiza atendimentos para doenças crônicas utilizando o exercício físico como medicamento, e é criador do Primeiro Centro de Movimento Oncológico do Brasil.

Diante desse cenário e da experiência clínica, compreender os mecanismos biológicos pelos quais o exercício atua, especialmente através da ativação da Farmácia do Músculo e da secreção de 654 miocinas identificadas por proteômica do secretoma muscular (HORVÁTH et al., 2025), e estabelecer diretrizes práticas torna-se urgente para transformar a atividade física de recomendação genérica em prescrição oncológica.

DOI: 10.51161/iv-conasus/87996

A IL-6 foi a primeira miocina responsiva ao exercício a ser identificada. Sua secreção pelo músculo esquelético é estimulada pela contração e depende da intensidade, duração e modalidade do exercício (HAN et al., 2026). No exercício aeróbico, os níveis séricos de IL-6 aumentam várias vezes após sessões com duração superior a 30 minutos. No exercício resistido, o aumento é mais rápido e transitório. Baixos estoques de glicogênio muscular potencializam ainda mais essa liberação (HAN et al., 2026).

A irisina é uma miocina clivada a partir do precursor FNDC5 após ativação do PGC-1α no músculo esquelético durante o exercício. Seu principal papel no contexto oncológico está relacionado à modulação de vias de sinalização associadas à progressão tumoral (WIATR et al., 2026).

A irisina ativa a proteína quinase ativada por AMP (AMPK), inibe o mTOR, modula as vias PI3K/Akt e NF-κB e influencia a atividade do TGF-β. Essas ações reduzem a inflamação crônica, a proliferação tumoral, a angiogênese e a transição epitélio-mesenquimal, ao mesmo tempo que aumentam a apoptose e o equilíbrio metabólico (WIATR et al., 2026).

Estudos pré-clínicos demonstram que a irisina limita a viabilidade, a migração e a metástase de células de câncer de mama. Clinicamente, níveis circulantes mais elevados de irisina correlacionam-se com menor agressividade tumoral, menor incidência de metástases e melhor sobrevida (WIATR et al., 2026). A atividade física moderada regular parece ser a mais eficaz para estimular a secreção de irisina, embora os parâmetros ideais de exercício ainda precisem ser determinados (WIATR et al., 2026).

A Fibcd1 é uma miocina evolutivamente conservada identificada como determinante endógeno do tamanho das miofibras. Estudos demonstram que sua administração atenua a atrofia muscular induzida pela caquexia cancerosa, condição presente em cerca de 50% dos tumores e responsável por aproximadamente 1/3 das mortes por câncer (GRACA et al., 2022).

A caquexia promove redução do tamanho das células musculares esqueléticas, sendo a atrofia do diafragma um importante determinante da mortalidade associada ao câncer (GRACA et al., 2022).

Experimentalmente, a Fibcd1 recombinante preserva o tamanho das miofibras por meio da sinalização ERK. Em modelos murinos com xenoenxertos de melanoma e carcinoma LLC, a administração local de Fibcd1 recombinante atenuou a atrofia diafragmática induzida pela caquexia e impediu alterações transcricionais associadas ao desgaste muscular (GRACA et al., 2022).

De forma relevante, a sinalização induzida por Fibcd1 parece ser seletiva para o músculo, pois aumenta a atividade de ERK em miotubos, mas não em linhagens de células cancerígenas testadas, sugerindo potencial terapêutico para restaurar a massa muscular sem estimular o tumor (GRACA et al., 2022).

A IL-15 é uma citocina pertencente à família de quatro feixes de α-hélices, expressa abundantemente no músculo esquelético e que atua como miocina (HAN et al., 2026). Sua principal função está relacionada à imunidade mediada por células natural killer (NK) e células T (HAN et al., 2026).

O exercício físico aumenta os níveis de IL-15 no músculo esquelético e na circulação sanguínea em indivíduos humanos, sendo essa expressão correlacionada com melhor prognóstico em coortes de diversos tipos de câncer, sugerindo seu papel como miocina antitumoral (HAN et al., 2026).

DOI: 10.51161/iv-conasus/87996

Em pacientes com câncer de próstata, o nível sérico de IL-15 aumentou significativamente após o exercício, e o soro desses pacientes reduziu o crescimento de células tumorais in vitro (HAN et al., 2026).

Seus efeitos anticancerígenos são atribuídos à modulação imune no microambiente tumoral, com aumento de células T CD8+ e células NK intratumorais (HAN et al., 2026). Estudos em modelos murinos demonstram que a IL-15 induzida pelo exercício suprime o crescimento tumoral e a carga metastática por meio do fortalecimento da imunidade inata e adaptativa (HAN et al., 2026). Esses dados corroboram a hipótese de que a IL-15 derivada do músculo esquelético promove a imunidade antitumoral.

Apesar dos avanços, os efeitos das miocinas são dependentes do contexto, variando conforme a fonte, concentração e tipo tumoral (LI et al., 2026).

Essa heterogeneidade reforça a necessidade de prescrições de exercícios personalizadas e da investigação de novas miocinas com potencial terapêutico na oncologia.

Dessa forma, o objetivo deste trabalho é desenvolver um protocolo clínico de prescrição de exercício físico, especificando frequência, tempo, intensidade e tipo, para 1 bula mãe de segurança 20 tipos de tumores e condições oncológicas, baseado em revisão sistemática da literatura e nas diretrizes internacionais mais recentes.

2 METODOLOGIA

Trata-se de revisão narrativa e síntese das principais diretrizes e evidências científicas, realizada entre janeiro de 2015 e abril de 2026 nas bases PubMed, Scopus, Web of Science e LILACS. A estratégia de busca utilizou os descritores: "exercise oncology", "cancer", "prescription", "myokines" e "physical activity" combinados com AND.

Nota: O protocolo completo foi desenvolvido com base em revisão sistemática de 94 referências de 2015 a 2026. Para este resumo expandido foram selecionadas 16 referências principais publicadas entre 2015 e 2026, conforme normas do edital.

Os critérios de inclusão foram: 1) diretrizes internacionais, revisões sistemáticas e estudos originais sobre exercício oncológico; 2) estudos de segurança em populações especiais; 3) publicações em inglês e português. Foram analisadas as diretrizes da ACSM (SCHMITZ et al., 2019) e ASCO (BOWER et al., 2024), além de evidências de segurança em hematologia (GROßEK; GROßEK; BLOCH, 2023), trombocitopenia (MORISHITA et al., 2020) e pediatria (SANTOS; MOUSSALLE; HEINZMANN-FILHO, 2020).

A partir da síntese, foram elaboradas 1 Bula-Mãe de segurança e 20 Bulas específicas, organizadas por tipo de câncer e condição clínica, especificando frequência, tempo, intensidade e tipo de exercício. A estrutura seguiu o modelo Avaliar, Aconselhar e Encaminhar da ACSM (SCHMITZ et al., 2019).

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram elaboradas 1 Bula-Mãe de segurança e 20 Bulas específicas, organizadas no formato de prescrição médica, especificando frequência, tempo, intensidade e tipo para 20 tipos de tumores e condições relacionadas a patologia, seguindo o modelo ACSM (SCHMITZ et al., 2019).

DOI: 10.51161/iv-conasus/87996

A Bula-Mãe norteia a prescrição em todos os tipos de tumores. A segurança deve ser avaliada por equipe multiprofissional: médico oncologista, enfermeiro, biomédico, fisioterapeuta, profissional de educação física e nutricionista. A inclusão do nutricionista é fundamental, pois cada tipo de câncer apresenta demanda metabólica específica e risco de caquexia. A união entre exercício e nutrição é a fortaleza do resultado clínico. A liberação segue os mesmos critérios da quimioterapia: Neutrófilos <500/mm³ = suspensão. 500-1000/mm³ = exercício leve domiciliar. >1000/mm³ = liberado. Hemoglobina <7,0 g/dL = suspensão. 7,0-8,0 g/dL = exercício leve <60% FCmax. >8,0 g/dL = liberado. Plaquetas <20.000/mm³ = suspensão. 20.000-50.000/mm³ = sem força e impacto. >50.000/mm³ = liberado (MORISHITA et al., 2020). Dor >7 EVA ou metástase óssea sem estabilização = suspensão. Potássio <3,0 ou >6,0 mEq/L e Sódio <125 mEq/L = suspensão. Febre >38°C e sepse = suspensão absoluta (GROßEK; GROßEK; BLOCH, 2023).

As 20 Bulas Específicas apresentam indicação, contraindicação, dose e justificativa, fundamentadas em no mínimo 3 estudos de alto nível cada. Contemplam: 1. Câncer de Mama; 2. Câncer de Pulmão; 3. Câncer Colorretal; 4. Câncer Hematológico; 5. Cardio-Oncologia; 6. Câncer de Próstata; 7. Câncer de Pâncreas; 8. Linfedema; 9. Câncer Metastático; 10. Cabeça e Pescoço; 11. Oncologia Pediátrica; 12. Caquexia; 13. Câncer de Bexiga; 14. Gástrico/Esofágico; 15. Colo de Útero; 16. Oncofertilidade; 17. Melanoma; 18. Neuropatia por QT; 19. Fadiga Oncológica; 20. Náusea, Nutrição e Exercício.

Em todos os casos a prescrição deve seguir a Bula-Mãe e orientação nutricional. O exercício atua como polifarmácia endógena por: 1. Mobilização imune via IL-15 e catecolaminas; 2. Remodelação tumoral com aumento de perfusão; 3. Liberação de exerkines como irisina e IL-6; 4. Redução crônica de IL-6, TNF-alfa e PCR, impactando caquexia e sobrevida. O embasamento em ACSM (2019; 2025) e ASCO (2024) confere robustez.

A principal contribuição deste protocolo é a tradução das diretrizes internacionais da ACSM e ASCO em uma ferramenta aplicável à realidade do SUS. Ao padronizar a prescrição em formato de Bula, supera-se a barreira de 80% dos pacientes oncológicos que não recebem orientação para exercício da equipe de saúde, citada por Schmitz et al. (2019). O modelo Avaliar, Aconselhar e Encaminhar permite a inserção do Profissional de Educação Física na equipe multiprofissional oncológica, tornando o exercício uma terapia adjuvante escalável e segura na rede pública, especialmente para manejo de caquexia e fadiga.

Como limitação, ressalta-se que este trabalho apresenta um protocolo teórico fundamentado em evidências, sendo necessários estudos de implementação e efetividade para validar sua aplicabilidade clínica em diferentes cenários do SUS. Contudo, ao alinhar-se às diretrizes de 2025 e ao considerar parâmetros de segurança já utilizados para quimioterapia, as bulas oferecem uma base robusta para a prática clínica. Conclui-se que a ativação da Farmácia do Músculo deve ser considerada parte integrante do tratamento oncológico.

4 CONCLUSÃO

Conclui-se que a Oncologia do Exercício dispõe de evidência científica suficiente para ser implementada como terapia adjuvante no tratamento oncológico. A elaboração de 1 Bula-Mãe de segurança e 20 Bulas específicas permite traduzir a ciência do exercício em

prescrição clínica padronizada, segura e reprodutível, especificando frequência, tempo, intensidade e tipo para diferentes tipos de tumores e condições clínicas. Ao adotar os mesmos critérios laboratoriais da quimioterapia e avaliação por equipe multiprofissional composta por médico oncologista, enfermeiro, biomédico, fisioterapeuta, profissional de educação física e nutricionista, o protocolo garante segurança e integralidade no SUS, preenchendo a lacuna entre diretrizes internacionais e prática clínica brasileira.

Demonstrou-se que o exercício atua como polifarmácia endógena, modulando imunidade, microambiente tumoral, inflamação e caquexia, com impacto na qualidade de vida, toxicidade e sobrevida. Destaca-se que a eficácia clínica máxima é alcançada pela integração entre exercício e terapia nutricional, considerando a demanda calórica e risco de caquexia distintos de cada tumor. A união entre estímulo anabólico do exercício e aporte nutricional adequado constitui a fortaleza do resultado no combate à sarcopenia e perda de função.

Recomenda-se a validação prospectiva do protocolo em serviços de oncologia e sua incorporação nas políticas públicas de saúde como parte do cuidado integral ao paciente oncológico. As Bulas propostas representam ferramenta de translação do conhecimento para prática clínica, viabilizando prescrever exercício com a mesma segurança e precisão de um fármaco.

REFERÊNCIAS

BOWER, J. E. et al. **Management of Fatigue in Adult Survivors of Cancer: ASCO–Society for Integrative Oncology Guideline Update.** J Clin Oncol, v. 42, n. 20, p. 2456-2487, 2024. doi: 10.1200/JCO.24.00541.

GRACA, F. A. et al. **The myokine Fibcd1 is an endogenous determinant of myofiber size and mitigates cancer-induced myofiber atrophy.** Nat Commun, v. 13, 2370, 2022. doi: 10.1038/s41467-022-30063-4.

GROßEK, A.; GROßEK, K.; BLOCH, W. **Safety and feasibility of exercise interventions in patients with hematological cancer undergoing chemotherapy:** a systematic review. Support Care Cancer, v. 31, n. 335, p. 1-14, 2023. doi: 10.1007/s00520-023-07773-9.

HAN, S. et al. **Exercise-secreted antitumor myokines: mechanistic insights and translational potential.** Front Sports Act Living, v. 8, 1830759, 2026. doi: 10.3389/fspor.2026.1830759.

HIENSCH, A. E. et al. **Inflammation mediates exercise effects on fatigue in patients with breast cancer.** Med Sci Sports Exerc, v. 53, n. 3, p. 496-504, 2021. doi: 10.1249/MSS.0000000002490.

HORVÁTH, L. et al**. Skeletal muscle as an auto-, para- and endocrine organ: the role of myokines in muscle metabolism and other metabolic organs.** Physiol Res, v. 74, suppl. 1, p. S37-S56, 2025. doi: 10.33549/physiolres.935751.

LI, A. et al. **The role of exercise-induced myokines in cancer-associated inflammation and immune regulation: mechanisms and prospects.** Front Sports Act Living, v. 8, 1768179, 2026. doi: 10.3389/fspor.2026.1768179.

MORISHITA, S. et al**. Physical exercise is safe and feasible in thrombocytopenic patients with hematologic malignancies: a narrative review.** Hematology, v. 25, n. 1, p. 95-100, 2020. doi: 10.1080/16078454.2020.1730556.

PEDERSEN, B. K.; SALTIN, B. **Exercise as medicine – evidence for prescribing exercise as therapy in 26 different chronic diseases.** Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports, v. 25, n. S3, p. 1-72, 2015. https://doi.org/10.1111/sms.12581

SANTOS, M. O. et al. **Estimativa de Incidência de Câncer no Brasil, 2023-2025.** Rev Bras Cancerol, v. 69, n. 1, p. e213700, 2023. doi: 10.32635/2176-9745.RBC.2023v69n1.3700.

SANTOS, S. S.; MOUSSALLE, L. D.; HEINZMANN-FILHO, J. P. **Efeitos do exercício físico durante a hospitalização em crianças e adolescentes com câncer: uma revisão sistemática.** Rev Paul Pediatr, v. 39, e2019313, 2020. doi: 10.1590/1984-0462/2021/39/2019313.

SCHMITZ, K. H. et al. **Exercise is Medicine in Oncology: Engaging clinicians to help patients move through cancer.** CA Cancer J Clin, v. 69, n. 6, p. 468-484, 2019. doi: 10.3322/caac.21579.

SCHMITZ, K. H.; WISKEMANN, J.; MAY, A. M. **Exercise oncology comes of age.** J Natl Cancer Inst Monogr, v. 2025, n. 71, p. 301-303, 2025. doi: 10.1093/jncimonographs/lgaf007.

SIEGEL, R. L. et al. **Cancer statistics, 2026.** CA Cancer J Clin, v. 2026, n. e70043, p. 1-34, 2026. doi: 10.3322/caac.70043.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ONCOLOGIA CLÍNICA; INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE ATIVIDADE FÍSICA E SAÚDE. **Atividade física e câncer: recomendações para prevenção e controle.** São Paulo: SBOC, 2022. 57 p.

WIATR, M. et al. **The role of irisin and physical activity in breast cancer.** In Vivo, v. 40, n. 3, p. 1294-1316, 2026. doi: 10.21873/invivo.14284.

AUTISMO NÍVEL 3 DE SUPORTE: DESAFIOS NA DINÂMICA FAMILIAR, BARREIRAS TERAPÊUTICAS E A IMPORTÂNCIA DA CAPACITAÇÃO PROFISSIONAL

MÔNICA PATRÍCIA ALVES DO AMARAL BRAGA

Introdução: O Transtorno do Espectro Autista (TEA) nível 3 de suporte representa o grau mais severo do espectro, caracterizando-se por limitações profundas na comunicação verbal e não verbal, além de rotinas e comportamentos inflexíveis e repetitivos. Essa condição requer um nível de apoio extremamente substancial e contínuo nas atividades diárias, gerando impactos profundos na dinâmica do núcleo familiar, na saúde mental dos cuidadores e na demanda por serviços públicos de saúde. **Objetivo**: Identificar e discutir os principais desafios vivenciados por indivíduos diagnosticados com autismo nível 3 de suporte e suas famílias, destacando as barreiras nas relações interpessoais familiares, as dificuldades no processo terapêutico e a necessidade premente de equipes multidisciplinares qualificadas no SUS. **Metodologia**: Trata-se de um estudo descritivo do tipo revisão bibliográfica, centrado no manejo clínico, na sobrecarga dos cuidadores e nas abordagens terapêuticas aplicadas ao autismo de nível 3 de suporte. **Resultados**: Constatou-se que a gravidade dos sintomas compromete significativamente a interação com os pais, resultando em estresse crônico, isolamento social e sobrecarga física e emocional nos cuidadores. No âmbito assistencial, identificam-se sérios obstáculos, como a elevada prevalência de comorbidades complexas (incluindo deficiência intelectual, distúrbios graves do sono e episódios de auto e heteroagressividade), a baixa adesão a terapias convencionais e a escassez de serviços especializados de suporte intensivo. Nesse cenário, a presença de uma equipe interdisciplinar capacitada (composta por médicos, enfermeiros, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos e psicólogos analistas do comportamento) evidencia-se fundamental para a elaboração de planos terapêuticos singulares e seguros. **Conclusão**: O cuidado ao autista nível 3 exige uma rede assistencial integrada que contemple tanto as especificidades do indivíduo quanto a rede de apoio familiar. Garantir a capacitação contínua dos profissionais e superar os gargalos no tratamento são passos essenciais para promover a qualidade de vida e a máxima autonomia possível.

Palavras-chave: **ASSISTÊNCIA À SAÚDE; AUTISMO SEVERO; RELAÇÕES FAMILIARES**

DOI: 10.51161/iv-conasus/87997

O IMPACTO DAS CAUSAS EXTERNAS NA DEMANDA POR REABILITAÇÃO: UM PANORAMA DA REDE DE CUIDADOS NO NORDESTE

VICTOR DE ALMEIDA SÃO PEDRO

Introdução: O processo de rápida urbanização vivenciado pelo Brasil nas últimas décadas tem repercutido de maneira acentuada no perfil epidemiológico da população, caracterizando-se por um aumento significativo nas taxas de morbimortalidade associadas às causas externas, como acidentes de trânsito, quedas e episódios de violência interpessoal. Esse cenário epidemiológico resulta em uma demanda crescente e contínua por serviços de saúde especializados, uma vez que tais eventos frequentemente culminam em sequelas físicas, cognitivas e funcionais permanentes ou temporárias que exigem processos complexos e prolongados de recuperação. Desta forma, a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência (PNSPD) enfrenta o desafio contínuo de estruturar uma rede de atenção capaz de absorver integralmente essa demanda e viabilizar a reabilitação funcional integral no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Objetivo**: Analisar o impacto da morbimortalidade por causas externas na demanda por serviços de reabilitação no Nordeste, bem como identificar os gargalos estruturais e operacionais existentes na rede de cuidados. **Metodologia**: Trata-se de uma pesquisa descritiva, com abordagem mista e cunho documental, realizada por meio de uma revisão bibliográfica nas bases SciELO e LILACS, abrangendo o período dos últimos cinco anos, além da análise de dados secundários provenientes de boletins epidemiológicos oficiais do Ministério da Saúde. **Resultados**: Enquanto os índices de internações hospitalares por traumas decorrentes de causas externas permanecem em patamares elevados em toda a região, a infraestrutura de reabilitação apresenta uma distribuição geográfica profundamente desigual, caracterizada por uma concentração de oferta de Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPM) em grandes polos urbanos metropolitanos, o que gera expressivos vazios assistenciais em diversas áreas do interior do Nordeste. **Conclusão**: Portanto, o fluxo intenso gerado pelo trauma sobrecarrega severamente a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, evidenciando a necessidade de descentralizar o acesso aos serviços especializados e, concomitantemente, fortalecer as estratégias da Atenção Primária à Saúde para assegurar um cuidado que seja não apenas longitudinal, mas efetivamente equitativo, inclusivo e capaz de reduzir as persistentes desigualdades regionais no acesso à reabilitação física e funcional.

Palavras-chave: **CAUSAS EXTERNAS; PESSOAS COM DEFICIÊNCIA; SERVIÇOS DE REABILITAÇÃO**

DOI: 10.51161/iv-conasus/88026

VIVÊNCIA EM SAÚDE MENTAL NO CAPS AD III: TECENDO REDES DE CUIDADO E REDUÇÃO DE DANOS

GUILHERME GONÇALVES DE OLIVEIRA; GABRIELA LUIZA DA SILVA

Introdução: A Reforma Psiquiátrica Brasileira promoveu mudanças no modelo de atenção à saúde mental, substituindo progressivamente a lógica manicomial por um cuidado territorial, comunitário e humanizado, pautado nos direitos das pessoas. Nesse contexto, destaca-se o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas III (CAPS ad III), que oferece atendimento especializado e funcionamento 24 horas às pessoas com necessidades relacionadas ao uso prejudicial de álcool e outras drogas. O serviço atua na perspectiva do cuidado em liberdade, da Redução de Danos, da reabilitação psicossocial e da construção de vínculos. **Objetivo:** Relatar e refletir sobre a vivência no cotidiano de um CAPS ad III, destacando desafios, aprendizados e contribuições das práticas de cuidado territorial às pessoas em sofrimento decorrente do uso de álcool e outras drogas. **Relato de Experiência:** A experiência vivida no CAPS ad III possibilitou conhecer a dinâmica do serviço e a atuação da equipe multiprofissional em acolhimentos, discussões de casos, reuniões de equipe, assembleias e oficinas terapêuticas. A vivência evidenciou a importância do funcionamento 24 horas e dos leitos de hospitalidade noturna para o manejo de situações de crise. Diferentemente da lógica hospitalar tradicional, esse recurso possibilita permanência breve e protetiva, favorecendo o cuidado intensivo sem romper os vínculos com o território, a família e a rede social. A Redução de Danos mostrou-se um importante princípio ético e clínico, permitindo acolher o usuário considerando suas necessidades singulares, sem estabelecer a abstinência imediata como condição para o cuidado. As oficinas terapêuticas, de geração de renda e expressão artística também favoreceram autonomia, expressão, reabilitação psicossocial e novas formas de participação social. Destacou-se ainda a importância do trabalho interdisciplinar e da construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS), possibilitando compreender o usuário em sua integralidade e articular estratégias de cuidado entre profissionais e serviços da rede. **Conclusão:** A vivência possibilitou compreender a relevância do cuidado em liberdade, da Redução de Danos e da atuação interdisciplinar. As práticas desenvolvidas no CAPS ad III fortalecem vínculos, autonomia e reinserção social, contribuindo para a consolidação da Reforma Psiquiátrica e para um cuidado humanizado, territorial e pautado nos direitos humanos.

Palavras-chave: **PTS; CAPS ADIII; REFORMA PSIQUIATRICA**

DOI: 10.51161/iv-conasus/88031

CONSTRUINDO CAMINHOS PARA O ACESSO AO CUIDADO ODONTOLÓGICO ESPECIALIZADO DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

RESUMO

A garantia do direito à saúde da população em situação de rua é atravessada por barreiras sociais, institucionais e organizacionais que dificultam o acesso, a continuidade e a integralidade do cuidado. No campo da saúde bucal, a superação dessas barreiras demanda estratégias que considerem as singularidades dos usuários, flexibilizem os fluxos assistenciais e promovam articulação entre os diferentes pontos da Rede de Atenção à Saúde. Este trabalho tem como objetivo relatar a experiência de articulação da rede para viabilizar o cuidado odontológico especializado de uma pessoa em situação de rua acompanhada pela equipe de Consultório na Rua de Pelotas, Rio Grande do Sul. Trata-se de um relato de experiência desenvolvido a partir do acompanhamento de um usuário de 66 anos, com histórico de fraturas dos ossos da face cujo percurso assistencial envolveu atendimento de urgência, Centro de Especialidades Odontológicas, regulação da Secretaria Municipal de Saúde e serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial vinculado à Universidade Federal de Pelotas. A experiência evidenciou que a articulação da rede, a flexibilização dos processos de trabalho, o acompanhamento próximo, o acolhimento e a construção de vínculo são fundamentais para a continuidade e a resolutividade da atenção, principalmente nos casos de maior vulnerabilidade. Conclui-se que a produção da equidade requer estratégias capazes de transformar a existência dos serviços em possibilidades concretas de acesso, permanência e cuidado integral para pessoas em situação de rua.

Palavras-chave: Pessoas em Situação de Rua; Saúde Bucal; Acessibilidade aos Serviços de Saúde.

1 INTRODUÇÃO

A saúde constitui direito de todos e dever do Estado, devendo ser garantida mediante políticas que assegurem acesso universal, integral e equânime às ações e aos serviços de saúde (Brasil, 1988; Brasil, 1990). Para a população em situação de rua, entretanto, a efetivação desse direito é atravessada por barreiras sociais, institucionais e organizacionais que podem dificultar o acesso e a continuidade do cuidado. A estigmatização, as condições de vida e a inadequação de fluxos assistenciais às especificidades dessa população reforçam situações de vulnerabilidade e desafiam a concretização do princípio da equidade no Sistema Único de Saúde (SUS) (Andrade et al., 2022).

No campo da saúde bucal, essas barreiras podem ser ainda mais evidentes, especialmente diante de necessidades que demandam atenção especializada, acompanhamento longitudinal e articulação entre diferentes pontos da Rede de Atenção à Saúde (Silva; Monteiro; Araújo, 2018). Nesse contexto, a garantia de um cuidado resolutivo requer que os serviços reconheçam as singularidades de cada usuário e desenvolvam estratégias de flexibilização do

DOI: 10.51161/iv-conasus/88072

acesso, acompanhamento e coordenação do cuidado (Fraga; Modena; Silva, 2024; Hallais; Barros, 2015).

O Consultório na Rua constitui uma estratégia fundamental para ampliar o acesso da população em situação de rua aos serviços de saúde e favorecer sua vinculação à rede (Brasil, 2025). No município de Pelotas, Rio Grande do Sul, a incorporação de uma cirurgiã-dentista à equipe, em 2025, ampliou as possibilidades de identificação e acompanhamento das necessidades de saúde bucal dessa população, bem como de articulação com outros serviços da rede municipal e universitária.

Este trabalho tem como objetivo relatar a experiência de articulação intersetorial e interinstitucional para viabilizar o cuidado odontológico especializado de uma pessoa em situação de rua acompanhada pela equipe de Consultório na Rua de Pelotas.

2 RELATO DE CASO/EXPERIÊNCIA

Paciente do sexo masculino, 66 anos, em situação de rua, vivendo em uma praça do município de Pelotas, Rio Grande do Sul. Aproximadamente um ano antes do acompanhamento odontológico pela equipe de Consultório na Rua, havia sofrido agressões que resultaram em fraturas dos ossos da face, sendo atendido em serviço hospitalar de emergência e submetido a tratamento cirúrgico para redução e estabilização das fraturas, com utilização de placas, parafusos e contenções metálicas.

Com a inserção da cirurgiã-dentista na equipe de Consultório na Rua, em 2025, o usuário relatou dor em cavidade bucal durante atendimento realizado pela equipe. Na avaliação odontológica, foi identificada a permanência de contenção metálica associada a sinais de processo infeccioso. Diante do quadro, a cirurgiã-dentista e a enfermeira acompanharam o usuário, em veículo disponibilizado pela Secretaria Municipal de Saúde, até o serviço de pronto atendimento, onde foi avaliado pela equipe de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial (CTBMF). A contenção foi removida e, diante da identificação de dentes com indicação de exodontia, foi recomendada a continuidade do tratamento odontológico.

A partir da articulação entre a equipe de Consultório na Rua e a regulação da Secretaria Municipal de Saúde, foi viabilizado o encaminhamento ao Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) para avaliação e continuidade do cuidado. Durante o atendimento no serviço especializado, foi identificada exposição intraoral de placa utilizada previamente para estabilização da mandíbula, associada a sinais de processo infeccioso. Foi prescrita antibioticoterapia e indicada nova avaliação pela CTBMF.

A regulação municipal articulou o atendimento com o Programa de Residência em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial da Universidade Federal de Pelotas. Após avaliação especializada, foi indicada a remoção cirúrgica da placa de estabilização mandibular. O procedimento foi agendado e realizado aproximadamente duas semanas após a avaliação.

Durante todo o itinerário assistencial, a equipe de Consultório na Rua manteve acompanhamento próximo do usuário, atuando na construção de condições concretas para a continuidade do cuidado. As ações envolveram sua localização no território, transporte e acompanhamento aos diferentes serviços, apoio na organização e utilização dos medicamentos prescritos e mediação da comunicação com os profissionais envolvidos na assistência.

Além do suporte assistencial e logístico, a equipe ofereceu apoio emocional durante os diferentes atendimentos. Diante de manifestações de medo e ansiedade relacionadas aos procedimentos odontológicos e cirúrgicos, os profissionais permaneciam junto ao usuário, oferecendo escuta, diálogo e tranquilização. Em alguns procedimentos, o usuário buscava contato físico com os profissionais, segurando suas mãos como forma de apoio e segurança. Após a remoção cirúrgica da placa mandibular, o usuário apresentou evolução satisfatória,

DOI: 10.51161/iv-conasus/88072

encontrando-se em processo de cicatrização e permanecendo sob acompanhamento da equipe de Consultório na Rua e da rede de saúde.

3 DISCUSSÃO

A experiência relatada evidencia que a garantia do direito à saúde para pessoas em situação de rua demanda mais do que a disponibilidade formal de serviços na rede. Embora os diferentes pontos de atenção necessários ao tratamento estivessem disponíveis, a concretização do cuidado exigiu a construção de estratégias capazes de responder às particularidades do usuário e às barreiras encontradas ao longo de seu itinerário assistencial (Andrade et al., 2022; Fraga; Modena; Silva, 2024). Nesse contexto, a equidade se materializou por meio da flexibilização dos fluxos e da oferta de recursos adicionais, como busca do usuário no território, transporte, acompanhamento aos serviços, apoio no tratamento medicamentoso e mediação do acesso à atenção especializada.

O caso também demonstra a relevância do Consultório na Rua como articulador entre o território e os diferentes pontos da Rede de Atenção à Saúde. A identificação da necessidade de saúde bucal desencadeou um percurso que envolveu atenção odontológica, pronto atendimento, Centro de Especialidades Odontológicas, regulação municipal e serviço especializado em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial. A comunicação entre esses atores foi fundamental para conferir continuidade e resolutividade ao cuidado. A literatura aponta que a atuação do Consultório na Rua ultrapassa a oferta de ações no território, envolvendo também a articulação com diferentes serviços e setores como estratégia para ampliar o acesso e responder às múltiplas necessidades da população em situação de rua (Françoso; Mângia; Muramoto, 2019). No caso relatado, mais do que encaminhar o usuário, a equipe acompanhou seu percurso e atuou para que os encaminhamentos efetivamente se transformassem em acesso.

A experiência evidencia, ainda, a importância da incorporação da saúde bucal às ações do Consultório na Rua. A presença da cirurgiã-dentista possibilitou identificar uma condição que demandava intervenção especializada e iniciar a articulação necessária para sua resolução. As necessidades de saúde bucal da população em situação de rua coexistem com importantes barreiras de acesso aos serviços odontológicos, exigindo formas de organização do cuidado capazes de considerar as especificidades dessa população (Silva; Monteiro; Araújo, 2018). Nesse sentido, a atenção à saúde bucal não pode ser compreendida de maneira isolada, mas como componente indissociável do cuidado integral e articulado às demais necessidades de saúde.

Outro aspecto relevante foi a dimensão relacional presente em todo o percurso assistencial. O acompanhamento realizado pela equipe não se restringiu aos aspectos técnicos, logísticos ou administrativos. A permanência dos profissionais junto ao usuário durante os procedimentos, a escuta, o diálogo, a tranquilização e o contato físico consentido nos momentos de medo constituíram formas concretas de acolhimento e produção de vínculo. A construção de relações de confiança assume particular relevância no cuidado à população em situação de rua, especialmente diante de trajetórias frequentemente marcadas por estigmatização e dificuldades de acolhimento nos serviços de saúde (Hallais; Barros, 2015). Nessa perspectiva, as práticas relacionais desenvolvidas pela equipe podem ser compreendidas como tecnologias leves do cuidado, nas quais vínculo, acolhimento e interação entre profissional e usuário integram a própria produção do cuidado (Merhy, 1997).

Nesse sentido, o caso demonstra que a resolutividade alcançada não decorreu de uma intervenção isolada, mas da combinação entre recursos técnico-assistenciais, organizacionais e relacionais. A articulação da rede, a flexibilização dos processos de trabalho e a construção de vínculo permitiram transformar a existência formal dos serviços em possibilidade concreta de cuidado. Para a população em situação de rua, produzir equidade implica reconhecer que

diferentes usuários necessitam de diferentes formas de suporte para exercer, em condições concretas, seu direito de acesso ao Sistema Único de Saúde.

4 CONCLUSÃO

A experiência relatada evidenciou que a garantia do acesso ao cuidado em saúde bucal da pessoa em situação de rua exige mais do que a disponibilidade de serviços na rede. A articulação entre o Consultório na Rua, a regulação municipal e os diferentes pontos de atenção possibilitou a continuidade e a resolutividade do cuidado. A flexibilização dos fluxos, o acompanhamento do usuário e o suporte para sua permanência no itinerário assistencial foram fundamentais para a concretização do tratamento. O acolhimento, o vínculo e o suporte emocional também se mostraram componentes relevantes desse processo. O caso demonstra que a produção da equidade requer reconhecer as necessidades singulares de cada usuário e construir estratégias que transformem o direito formal à saúde em acesso e cuidado efetivos.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, R.; COSTA, A. A. S.; SOUSA, E. T.; ROCON, P. C. O acesso aos serviços de saúde pela população em situação de rua: uma revisão integrativa. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 46, n. 132, p. 227-239, 2022. DOI: 10.1590/0103-1104202213216.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, 1988.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Consultório na Rua**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2025. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/esf/consultorio-na-rua/consultorio-na-rua. Acesso em: 15 ago. 2026.

FRAGA, P. V. R.; MODENA, C. M.; SILVA, P. F. C. Barreiras de acesso: uma análise a partir da percepção das trabalhadoras do Consultório na Rua. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 48, n. 143, e8963, 2024. DOI: 10.1590/2358-289820241438963P.

FRANÇOSO, P. A.; MÂNGIA, E. F.; MURAMOTO, M. T. O cuidado com a população em situação de rua: o consultório na rua nas redes de atenção à saúde e intersetorial: revisão integrativa da literatura. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 30, n. 2, p. 124-131, 2019. DOI: 10.11606/issn.2238-6149.v30i2p124-131.

HALLAIS, J. A. S.; BARROS, N. F. Consultório na Rua: visibilidades, invisibilidades e hipervisibilidade. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 7, p. 1497-1504, 2015. DOI: 10.1590/0102-311X00143114.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (org.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 71-112.

SILVA, L. M. A.; MONTEIRO, I. S.; ARAÚJO, A. B. V. L. Saúde bucal e consultório na rua: o acesso como questão central da discussão. **Cadernos Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, p. 285-291, 2018. DOI: 10.1590/1414-462X201800030130.

A FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA E SECUNDÁRIA DO SUS: DESAFIOS E PERSPECTIVAS NAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

FRANCISCO ROGER COELHO BIER

RESUMO

O Sistema Único de Saúde (SUS) busca assegurar a integralidade e a continuidade do cuidado por meio das Redes de Atenção à Saúde; entretanto, a inserção da fisioterapia respiratória na Atenção Primária à Saúde (APS) e na atenção secundária ainda enfrenta desafios relacionados à distribuição da força de trabalho, ao financiamento dos serviços e à articulação do cuidado entre os diferentes níveis de atenção. Este estudo teve como objetivo analisar a atuação da fisioterapia respiratória na APS e na atenção ambulatorial especializada do SUS, considerando sua integração às Redes de Atenção à Saúde, os desafios da força de trabalho e da formação profissional e as possibilidades da saúde digital. Trata-se de estudo descritivo-analítico, de natureza qualitativa, fundamentado em revisão narrativa da literatura e análise de marcos normativos e organizacionais do SUS. A literatura foi analisada por síntese narrativa, organizada nos eixos de atuação fisioterapêutica na APS, reabilitação pulmonar na atenção secundária e saúde digital aplicada ao cuidado respiratório. Os achados indicam que, na APS, a fisioterapia contribui para promoção da saúde, prevenção de agravos, educação em saúde e cuidado territorial, embora permaneça proporcionalmente menos inserida nesse nível assistencial. Na atenção secundária, a reabilitação pulmonar de pessoas com doença pulmonar obstrutiva crônica, especialmente após exacerbações, associa-se à redução de reinternações e atendimentos não planejados e à melhora da dispneia, capacidade de exercício e qualidade de vida, enquanto as evidências sobre redução da mortalidade permanecem inconsistentes. A telereabilitação apresenta resultados comparáveis à reabilitação presencial para alguns desfechos e potencial para ampliar o acesso, porém persistem incertezas relacionadas à heterogeneidade das intervenções, hospitalizações, infraestrutura, adesão e preservação do vínculo terapêutico. Conclui-se que a fisioterapia respiratória pode fortalecer a integralidade e a articulação do cuidado no SUS, desde que acompanhada por adequada distribuição profissional, financiamento, formação direcionada às necessidades do sistema e incorporação criteriosa de tecnologias digitais. A heterogeneidade das evidências disponíveis constitui uma limitação e reforça a necessidade de estudos que avaliem modelos integrados e aplicáveis à realidade do SUS.

Palavras-chave: DPOC; Reabilitação Pulmonar; Telessaúde.

1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS), consolidado após a Constituição Federal de 1988 e a Lei nº 8.080/1990, ampliou a cobertura assistencial no país por meio da expansão da atenção primária e da organização de redes de cuidado, tendo a Estratégia Saúde da Família (ESF) como eixo estruturante da coordenação assistencial e a Atenção Primária à Saúde (APS) como ordenadora do cuidado e coordenadora das Redes de Atenção à Saúde (RAS) (Castro et al., 2019; Giovanella et al., 2020).

Nesse contexto, a atuação multiprofissional é central para a promoção da saúde, a prevenção de agravos e o manejo de condições crônicas. A fisioterapia, em particular, pode contribuir nos três níveis de atenção do sistema, incluindo ações de promoção e prevenção, e não apenas de reabilitação, como historicamente esteve associada (Rodés et al., 2021; Barbosa et al., 2016). Apesar desse potencial, a inserção da fisioterapia na APS permanece limitada quando comparada a outros níveis assistenciais, o que reflete a persistência de um modelo de atuação historicamente

DOI: 10.51161/iv-conasus/88089

mais centrado na reabilitação e a hegemonia do modelo biomédico na formação e na organização dos serviços (Fernandes et al., 2022; Rodés et al., 2021).

Esse cenário se torna ainda mais relevante diante das transições demográfica e epidemiológica observadas no Brasil, marcadas pelo envelhecimento populacional e pelo aumento da prevalência de doenças respiratórias crônicas, como a doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC). Nesse quadro, a fisioterapia respiratória se consolida como uma estratégia importante para a integralidade do cuidado, tanto na prevenção e no acompanhamento longitudinal na APS quanto no manejo de agudizações e na reabilitação pulmonar na atenção secundária. Contudo, a revisão da Política Nacional de Atenção Básica em 2017 flexibilizou a obrigatoriedade da Estratégia Saúde da Família como modelo prioritário e reduziu o financiamento vinculado às equipes de apoio multiprofissional, o que tende a fragilizar a atuação de categorias como a fisioterapia no território e a comprometer os princípios de integralidade, universalidade e equidade que orientam o SUS (Giovanella et al., 2020).

Paralelamente, o avanço de tecnologias de saúde digital, incluindo a telessaúde e a telereabilitação, tem sido discutido como possibilidade de ampliação do acesso ao cuidado respiratório, sobretudo em contextos de escassez de profissionais especializados e de grandes distâncias territoriais, ainda que sua efetividade clínica e seus limites operacionais permaneçam em debate na literatura (Zhuang et al., 2025; Senek et al., 2025).

Diante desse cenário, este estudo teve como objetivo analisar a atuação da fisioterapia respiratória na APS e na atenção ambulatorial especializada do SUS, considerando sua integração às Redes de Atenção à Saúde, os desafios relacionados à força de trabalho e à formação profissional, e as possibilidades e limites da saúde digital nesse campo.

2 MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo-analítico, de natureza qualitativa, fundamentado em revisão narrativa da literatura e na análise de marcos normativos e organizacionais do SUS relacionados à Atenção Primária à Saúde, às Redes de Atenção à Saúde e à atuação da fisioterapia respiratória.

A busca de literatura abrangeu bases eletrônicas de literatura biomédica, incluindo PubMed/MEDLINE, Scopus e Cochrane Library, utilizando descritores relacionados a Atenção Primária à Saúde, Redes de Atenção à Saúde, fisioterapia respiratória, reabilitação pulmonar, doença pulmonar obstrutiva crônica, força de trabalho em saúde e telessaúde/telereabilitação, combinados por meio de operadores booleanos.

Foram incluídos estudos que abordassem, de forma direta ou indireta, a atuação da fisioterapia na APS e na atenção secundária no contexto do SUS, ensaios clínicos e revisões sistemáticas sobre reabilitação pulmonar em pessoas com DPOC, além de estudos sobre força de trabalho em fisioterapia e sobre intervenções de telessaúde e telereabilitação em doenças respiratórias. Documentos normativos e institucionais relacionados à organização da APS e das RAS no SUS também foram analisados como fontes complementares. Foram excluídos materiais sem relação direta com os eixos temáticos do estudo, bem como textos de opinião sem base empírica ou documental.

A análise do material selecionado foi conduzida por meio de síntese narrativa, organizada em três eixos temáticos principais — atuação da fisioterapia na APS, reabilitação pulmonar na atenção secundária e saúde digital aplicada ao cuidado respiratório —, permitindo a articulação entre os achados da literatura e os desafios de gestão, financiamento e formação profissional identificados no campo.

DOI: 10.51161/iv-conasus/88089

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na APS, os achados indicam que a fisioterapia respiratória vai além da atuação exclusivamente reabilitadora, integrando ações de promoção da saúde, prevenção de agravos, educação em saúde, visitas domiciliares e cuidado territorial articulado ao trabalho multiprofissional das equipes (Barbosa et al., 2016; Mélo et al., 2017; Rodés et al., 2021). Essa atuação ampliada é coerente com os princípios organizativos do SUS e com a proposta da ESF de cuidado longitudinal e centrado no território. Entretanto, a APS ainda concentra a menor proporção relativa de fisioterapeutas entre os níveis de atenção do sistema, apesar de um crescimento consistente do número desses profissionais no país ao longo da última década. Esse descompasso evidencia desafios importantes de distribuição da força de trabalho e de consolidação institucional da fisioterapia nesse nível de atenção, que segue menos estruturado do que a atenção secundária e terciária em termos de inserção profissional (Rodés et al., 2021; Fernandes et al., 2022). Um estudo de série temporal sobre os postos de trabalho de fisioterapeutas na APS brasileira entre 2008 e 2021 confirma essa tendência de expansão, com variação percentual anual média de 7,5% nos Centros de Saúde/Unidades Básicas de Saúde e de 23,4% nos Centros de Atenção à Saúde da Família, ainda que as desigualdades regionais de distribuição permaneçam relevantes (Gomes et al., 2024).

Na atenção secundária, a reabilitação pulmonar ambulatorial destinada a pessoas com DPOC, sobretudo após exacerbações, mostrou-se associada à redução de reinternações hospitalares e de atendimentos de urgência não planejados, além de benefícios sobre a dispneia, a capacidade de exercício e a qualidade de vida relacionada à saúde (Jenkins et al., 2024; Meneses-Echavez et al., 2023; Seymour et al., 2010; Du et al., 2022). Os programas identificados na literatura combinam, de forma geral, supervisão profissional, exercícios aeróbicos e de fortalecimento muscular e educação em saúde, em formatos ambulatoriais ou domiciliares que variam entre uma e duas sessões semanais ao longo de quatro a oito semanas, havendo também relatos de seguimento ambulatorial prolongado com exercícios domiciliares (Du et al., 2022; Zaripova et al., 2024). Quanto à mortalidade, os achados mais recentes mostram-se inconsistentes: embora revisões sistemáticas mais antigas tenham sugerido benefício da reabilitação pulmonar sobre esse desfecho, ensaios clínicos randomizados mais recentes não confirmam esse efeito de forma robusta, o que recomenda cautela na interpretação e na comunicação desse resultado (Jenkins et al., 2024; Meneses-Echavez et al., 2023; Puhan et al., 2010).

No campo da saúde digital, estratégias de telessaúde e telereabilitação aplicadas ao cuidado respiratório mostraram potencial para ampliar o acesso a intervenções de reabilitação, sobretudo para pessoas com dificuldades de deslocamento, e para favorecer a autogestão da doença e a qualidade de vida em parte dos estudos analisados. A diretriz de prática clínica da American Thoracic Society sobre reabilitação pulmonar recomenda oferecer a telerreabilitação como opção equivalente à reabilitação presencial, com base em evidência de qualidade moderada para ganhos semelhantes em capacidade de exercício e de qualidade baixa para os desfechos de dispneia e qualidade de vida, sem indicar superioridade de um modelo sobre o outro (Rochester et al., 2023). A revisão sistemática Cochrane sobre telerreabilitação em doenças respiratórias crônicas corrobora esse achado: não identificou diferença significativa entre telerreabilitação e reabilitação presencial para capacidade de exercício ou dispneia, mas observou maior taxa de conclusão do programa entre os participantes de telerreabilitação (93% versus 70%) e apontou, em um dos estudos incluídos, possível redução de hospitalizações associada a um modelo de manutenção domiciliar, ainda que a síntese conjunta de exacerbações não tenha mostrado diferença estatisticamente significativa entre as modalidades (Cox et al., 2021). Uma metanálise mais recente sobre telerreabilitação

pulmonar reforça essa incerteza, identificando efeitos comparáveis entre telerreabilitação e reabilitação presencial sobre a capacidade de exercício ao final da intervenção e no seguimento de longo prazo, porém com heterogeneidade substancial entre os estudos, associada sobretudo à duração da intervenção (Li et al., 2026). Em conjunto, esses achados sustentam a cautela quanto aos efeitos das estratégias digitais sobre desfechos clínicos mais robustos, como hospitalizações e capacidade funcional, que permanecem incertos e heterogêneos entre os estudos (Zhuang et al., 2025; Park et al., 2025; Althobiani et al., 2025). A implementação dessas tecnologias no SUS depende ainda de fatores como adesão dos usuários, infraestrutura tecnológica, custos de implantação e integração aos fluxos assistenciais já existentes. Um ponto de atenção recorrente na literatura é a preservação do vínculo terapêutico: o cuidado remoto pode tanto ampliar a comunicação entre profissionais e usuários quanto favorecer a despersonalização do cuidado quando substitui, de forma indiscriminada, o contato presencial (Senek et al., 2025; Watson; Wilkinson, 2022; Rutkowski, 2021).

De modo transversal, os três eixos analisados convergem para desafios comuns de gestão e financiamento do SUS. A expansão da fisioterapia respiratória, tanto na APS quanto na atenção secundária, depende de melhor distribuição da força de trabalho entre regiões e níveis de atenção, de financiamento adequado e estável para os serviços de reabilitação, e de valorização da formação profissional voltada às necessidades do sistema público de saúde, incluindo a ampliação de programas de residência multiprofissional (Castro et al., 2019; Flor et al., 2021). Diretrizes clínicas internacionais reforçam, ainda, a importância de programas de reabilitação pulmonar estruturados e supervisionados como parte do cuidado padrão para pessoas com doenças respiratórias crônicas, o que reforça a necessidade de investimento nessa linha de cuidado dentro da rede pública (Rochester et al., 2023).

Em conjunto, esses achados sugerem que a efetividade da fisioterapia respiratória no SUS não depende apenas da evidência clínica disponível, mas também da governança das Redes de Atenção à Saúde, do provimento adequado de profissionais e da adoção de modelos híbridos de cuidado, que combinem tecnologias digitais e atendimento presencial de forma criteriosa, sem que uma modalidade substitua integralmente a outra quando o contato direto é clinicamente necessário (Castro et al., 2019; Flor et al., 2021; Park et al., 2025; Senek et al., 2025).

4 CONCLUSÃO

A inserção da fisioterapia respiratória na Atenção Primária e na atenção secundária do SUS pode fortalecer a integralidade do cuidado e a articulação das Redes de Atenção à Saúde, especialmente quando associada à atuação multiprofissional, à reabilitação pulmonar baseada em evidências e ao uso criterioso de tecnologias digitais. Os achados reforçam que a fisioterapia respiratória tem papel relevante tanto na promoção da saúde e na prevenção de agravos no território quanto na redução de reinternações e na melhora funcional de pessoas com doenças respiratórias crônicas na atenção secundária, ainda que a evidência sobre redução de mortalidade permaneça inconsistente e deva ser comunicada com cautela.

A ampliação dessa atuação no SUS depende de melhor distribuição da força de trabalho entre níveis de atenção e regiões do país, de financiamento adequado e estável para os serviços de reabilitação, de valorização da formação profissional voltada às necessidades do sistema público e da superação de gargalos de acesso à atenção especializada e de integração entre os níveis assistenciais. A incorporação de estratégias de saúde digital deve ocorrer de forma criteriosa, como complemento e não como substituto indiscriminado do cuidado presencial, preservando o vínculo terapêutico quando clinicamente necessário. Como limitação, destaca-se a heterogeneidade das

DOI: 10.51161/iv-conasus/88089

evidências reunidas em uma revisão narrativa, especialmente quanto aos formatos, duração e desfechos das intervenções digitais. Estudos futuros devem avaliar modelos híbridos e integrados de cuidado respiratório aplicáveis à realidade do SUS, incluindo efetividade clínica, acesso, adesão, custos e integração às Redes de Atenção à Saúde.

REFERÊNCIAS

ALTHOBIANI, M. A.; RUSSELL, A.-M.; JACOB, J.; RANJAN, Y.; AHMAD, R.; FOLARIN, A.; HURST, J. R.; PORTER, J. C. The role of digital health in respiratory diseases management: a narrative review of recent literature. **Frontiers in Medicine**, [S. l.], v. 12, 2025. DOI: 10.3389/fmed.2025.1361667.

BARBOSA, M.; GUEDES, G.; LIMA, B. F.; PINHEIRO, H.; SOUZA, C. G. Atenção fisioterapêutica em duas unidades básicas de saúde em um município do Rio Grande do Norte: um contato humanizado. **Revista APS**, [S. l.], v. 19, 2016. DOI: 10.34019/1809-8363.2016.v19.15454.

CASTRO, M. C.; MASSUDA, A.; ALMEIDA, G.; MENEZES-FILHO, N.; ANDRADE, M.; NORONHA, K. V. M. de S.; ROCHA, R.; MACINKO, J.; HONE, T.; TASCA, R.; GIOVANELLA, L.; MALIK, A.; WERNECK, H.; FACHINI, L. A.; ATUN, R. Brazil's unified health system: the first 30 years and prospects for the future. **Lancet**, [S. l.], 2019. DOI: 10.1016/s0140-6736(19)31243-7.

COX, N. S.; DAL CORSO, S.; HANSEN, H.; MCDONALD, C. F.; HILL, C. J.; ZANABONI, P.; ALISON, J. A.; O'HALLORAN, P.; MACDONALD, H.; HOLLAND, A. E. Telerehabilitation for chronic respiratory disease. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, [S. l.], v. 1, art. CD013040, 2021. DOI: 10.1002/14651858.CD013040.pub2.

DU, Y.; LIN, J.; WANG, X.-X.; ZHANG, Y.; GE, H.; WANG, Y. Z.; ZHANG, H.; LIU, J.; WANG, Z.; LIN, M.; NI, F.; LI, X.; TAN, H.; TAN, S. Early pulmonary rehabilitation in acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease: a meta-analysis of randomized controlled trials. **COPD: Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease**, [S. l.], v. 19, p. 69-80, 2022. DOI: 10.1080/15412555.2022.2029834.

FERNANDES, J. A.; GOMES, M. M. F.; SOUSA, B. da S.; MARÃES, V. Workplaces occupied by physiotherapists: less demand for primary care. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 27, n. 6, p. 2175-2186, 2022. DOI: 10.1590/1413-81232022276.14692021.

FLOR, T. B. M.; MIRANDA, N. M.; MARINHO, C. da S. R.; PINHEIRO, J.; SETTE-DE-SOUZA, P. H.; NORO, L. R. A. Admission of alumni from Multiprofessional Residency Programs into the SUS. **Revista de Saúde Pública**, [S. l.], v. 55, 2021. DOI: 10.11606/s1518-8787.2021055003347.

GIOVANELLA, L.; FRANCO, C. M.; ALMEIDA, P. F. de. National Primary Health Care Policy: where are we headed to? **Ciência & Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 25, n. 4, p. 1475-1482, 2020. DOI: 10.1590/1413-81232020254.01842020.

GOMES, T. B.; BRITO, G. E. G. de; SILVA, S. L. A. da; OLIVEIRA, E. M. B. Postos de trabalho ocupados por profissionais fisioterapeutas na Atenção Primária no Brasil: tendência temporal entre 2008 e 2021. **Revista de APS**, [S. l.], v. 27, 2024. DOI: 10.34019/1809-8363.2024.v27.41726.

JENKINS, A.; BURTIN, C.; CAMP, P.; LINDENAUER, P. K.; CARLIN, B. W.; ALISON, J. A.; ROCHESTER, C.; HOLLAND, A. E. Do pulmonary rehabilitation programmes improve outcomes in patients with COPD posthospital discharge for exacerbation: a systematic review and meta-analysis. **Thorax**, [S. l.], v. 79, p. 438-447, 2024. DOI: 10.1136/thorax-2023-220333.

LI, Y.; ZHANG, H.; ZHAO, G.; LI, J.; HUANG, H.; WANG, L.; JIA, P. Comparing pulmonary telerehabilitation and center-based pulmonary rehabilitation for effectiveness and adherence in chronic obstructive pulmonary disease: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. **Journal of Medical Internet Research**, [S. l.], v. 28, p. e80500, 2026. DOI: 10.2196/80500.

MÉLO, T. R.; WEINERT, L. V. C.; HOSHINO, M. S.; PIONTKOSKI, T. P. T. Perfil dos usuários de serviços de reabilitação no Sistema Único de Saúde. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, [S. l.], v. 15, p. 65-77, 2017. DOI: 10.5892/ruvrd.v15i2.3281.

MENESES-ECHAVEZ, J.; GUAPO, N. C.; LOAIZA-BETANCUR, A. F.; MACHADO, A.; BIDONDE, J. Pulmonary rehabilitation for acute exacerbations of COPD: a systematic review. **Respiratory Medicine**, [S. l.], 2023. DOI: 10.1016/j.rmed.2023.107425.

PARK, H.; KONG, S.; LEE, M.; RYU, H.-S.; HAMAKAWA, Y.; LUPPI, F.; LEUNG, J. M. Digital health technologies for improving the management of people with chronic obstructive pulmonary disease. **Frontiers in Digital Health**, [S. l.], v. 7, 2025. DOI: 10.3389/fdgth.2025.1640585.

PUHAN, M.; GIMENO-SANTOS, E.; SCHARPLATZ, M.; TROOSTERS, T.; WALTERS, E.; STEURER, J. Pulmonary rehabilitation following exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. **São Paulo Medical Journal**, [S. l.], v. 127, p. 322, 2010. DOI: 10.1002/14651858.cd005305.pub2.

ROCHESTER, C.; ALISON, J.; CARLIN, B.; JENKINS, A.; COX, N.; BAULDOFF, G.; BHATT, S.; BOURBEAU, J.; BURTIN, C.; CAMP, P.; CASCINO, T.; KOPPEL, G. A. D.; GARVEY, C.; GOLDSTEIN, R.; HARRIS, D.; HOUCHEN-WOLLOFF, L.; LIMBERG, T.; LINDENAUER, P.; MOY, M. et al. Pulmonary rehabilitation for adults with chronic respiratory disease: an official American Thoracic Society clinical practice guideline. **American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine**, [S. l.], v. 208, p. e7-e26, 2023. DOI: 10.1164/rccm.202306-1066st.

RODÉS, C.; DARÉ, J. V. L.; ARAÚJO, B. C. de; GRACIANI, L.; JOÃO, S. M.; GERMANI, A.; SCHMITT, A. The physiotherapy workforce in the Brazilian Unified Health Care System. **Human Resources for Health**, [S. l.], v. 19, 2021. DOI: 10.1186/s12960-021-00642-8.

RUTKOWSKI, S. Management challenges in chronic obstructive pulmonary disease in the COVID-19 pandemic: telehealth and virtual reality. **Journal of Clinical Medicine**, [S. l.], v. 10, 2021. DOI: 10.3390/jcm10061261.

SENEK, M.; DRUMMOND, D.; PINNOCK, H.; HANSEN, K.; ANKOLEKAR, A.; O'CONNOR, U.; GONSARD, A.; MAZULOV, O.; SRETER, K.; THORNTON, C.; POWELL, P. Impact of digital health on patient-provider relationships in respiratory secondary care based on qualitative and quantitative evidence: systematic review. **Journal of Medical Internet Research**, [S. l.], v. 27, 2025. DOI: 10.2196/70970.

SEYMOUR, J.; MOORE, L.; JOLLEY, C.; WARD, K.; CREASEY, J.; STEIER, J.; YUNG, B.; MAN, W.; HART, N.; POLKEY, M.; MOXHAM, J. Outpatient pulmonary rehabilitation following acute exacerbations of COPD. **Thorax**, [S. l.], v. 65, p. 423-428, 2010. DOI: 10.1136/thx.2009.124164.

WATSON, A.; WILKINSON, T. Digital healthcare in COPD management: a narrative review on the advantages, pitfalls, and need for further research. **Therapeutic Advances in Respiratory Disease**, [S. l.], v. 16, 2022. DOI: 10.1177/17534666221075493.

ZARIPOVA, T.; SEREBROVA, M. A.; TITSKAYA, E.; ANTIPOVA, I. I.; SMIRNOVA, I. Outpatient rehabilitation for chronic obstructive pulmonary disease. **Bulletin of Medical Science**, [S. l.], 2024. DOI: 10.31684/25418475-2024-2-56.

ZHUANG, M.; HASSAN, I. I.; AHMAD, W. M. A. W.; KADIR, A. A.; LIU, X.; LI, F.; GAO, Y.; GUAN, Y.; SONG, S. Effectiveness of digital health interventions for chronic obstructive pulmonary disease: systematic review and meta-analysis. **Journal of Medical Internet Research**, [S. l.], v. 27, 2025. DOI: 10.2196/76323.

USOS DE DISPOSITIVOS DIGITAIS POR CRIANÇAS E ADOLESCENTES: DESAFIOS PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE

ADRIANA GONÇALVES MARINS DO NASCIMENTO; RODRIGO AYRES DE SOUZA

Introdução: O uso de dispositivos digitais por crianças e adolescentes está cada vez mais presente no cotidiano, proporcionando oportunidades de aprendizagem, comunicação, informação e entretenimento. Entretanto, o uso inadequado ou problemático pode repercutir sobre o sono, a atividade física, a convivência familiar e social e aspectos do desenvolvimento. Nesse contexto, o *Crianças, Adolescentes e Telas: Guia sobre Usos de Dispositivos Digitais*, publicado pelo governo federal em 2025, apresenta recomendações para favorecer uma relação segura, equilibrada e saudável com as tecnologias digitais. **Objetivo:** Analisar as principais recomendações do Guia relacionadas ao uso de dispositivos digitais por crianças e adolescentes, com ênfase na promoção da saúde, no bem-estar digital e na mediação parental. **Metodologia:** Estudo documental, de abordagem qualitativa, realizado mediante análise do *Crianças, Adolescentes e Telas: Guia sobre Usos de Dispositivos Digitais*. Foram considerados os conteúdos referentes ao uso de telas, hábitos de vida, mediação parental, proteção e promoção da saúde de crianças e adolescentes no ambiente digital. **Resultados:** A análise evidenciou que os possíveis impactos do uso de dispositivos digitais não devem ser avaliados somente pelo tempo de exposição, mas também pelo conteúdo acessado, finalidade e contexto de utilização. O guia recomenda preservar atividades essenciais ao desenvolvimento, como sono adequado, atividade física, brincadeiras, convivência familiar e interação social. Destaca ainda a importância da participação de pais, responsáveis, educadores e profissionais de saúde na orientação e acompanhamento das experiências digitais. A mediação parental, por meio do diálogo, estabelecimento de limites e acompanhamento do conteúdo acessado, constitui estratégia relevante para a proteção e promoção do bem-estar de crianças e adolescentes. **Conclusão:** O uso de dispositivos digitais exige uma abordagem integral, considerando idade, contexto, conteúdo e finalidade. A promoção do bem-estar digital depende da atuação articulada entre família, escola, profissionais de saúde e políticas públicas, buscando equilibrar os benefícios das tecnologias com a proteção da saúde e do desenvolvimento infantojuvenil.

Palavras-chave: **CRIANÇAS; ADOLESCENTES; DISPOSITIVOS DIGITAIS**

DOI: 10.51161/iv-conasus/88090

A ARTICULAÇÃO ENTRE A REDE MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO E O SUS: A TEORIA HISTÓRICO-CRÍTICA E O DESENVOLVIMENTO DAS FUNÇÕES MENTAIS SUPERIORES

ROSANGELA CARDOSO SILVA DE OLIVEIRA

RESUMO

Este estudo investiga a intersetorialidade entre a educação municipal e o SUS em Eunápolis-BA, analisando como a mediação linguística sistematizada no Atendimento Educacional Especializado (AEE) impacta a formação das funções mentais superiores em estudantes com TEA. Fundamentado na Neurolinguística Discursiva, na Psicologia Histórico-Cultural (Vigotski, Luria) e na Pedagogia Histórico-Crítica, o trabalho problematiza a fragmentação entre o diagnóstico clínico e a intervenção pedagógica. O objetivo consiste em validar a Matriz de Mediação Linguística (MML) como um dispositivo de regulação externa que reorganiza os sistemas funcionais complexos responsáveis pela escrita. Metodologicamente, a pesquisa adota um delineamento qualitativo, longitudinal e de base enunciativa, utilizando a análise microgenética das produções textuais coletadas no AEE. Os resultados preliminares apontam que a MML, ao atuar na Zona de Desenvolvimento Proximal, estabiliza a intencionalidade discursiva e promove a autoria, demonstrando que a integração entre saúde e educação é a condição sine qua non para que o aluno autista acesse os bens culturais e reorganize sua atividade cognitiva. Conclui-se que a MML é um dispositivo potente para a superação de barreiras semióticas, reafirmando o papel da práxis pedagógica na emancipação humana.

Palavras-chave: Funções Mentais Superiores; Intersetorialidade; Teoria Histórico-Crítica.

1 INTRODUÇÃO

A inclusão escolar de estudantes com Transtorno do Espectro Autista (TEA) no Brasil tem sido, historicamente, atravessada por uma dualidade excludente: de um lado, a medicalização dos processos de aprendizagem, que, sob a égide do diagnóstico, reduz o sujeito autista a uma soma de déficits neurobiológicos; de outro, uma pedagogia frequentemente desprovida de rigor científico, que, ao ignorar a natureza social da cognição, limita o Atendimento Educacional Especializado (AEE) a ações assistencialistas e mecânicas. À luz da Teoria Histórico-Crítica, problematiza-se aqui a falência de um modelo escolar que, por não compreender a apropriação dos bens culturais como motor do desenvolvimento, priva o estudante com TEA de sua humanização plena.

Sob o prisma da Psicologia Histórico-Cultural de Vigotski e Luria, compreende-se que as funções mentais superiores, como o planejamento da escrita, o controle voluntário e a abstração, não são inatas, mas sistemas funcionais complexos que se organizam mediante a

DOI: 10.51161/iv-conasus/88100

mediação semiótica. Para o estudante com TEA, a atipicidade na escrita não reflete uma inaptidão cognitiva, mas um colapso na regulação voluntária da atividade, enraizado no terceiro bloco funcional luriano, que ocorre pela ausência de um suporte semiótico que dê "sentido" ao signo escrito.

É neste vácuo que se instala a desarticulação intersetorial entre a rede municipal de ensino e o SUS. Enquanto o SUS opera predominantemente sob o viés da patologização, a escola, sem os instrumentos de mediação necessários, naturaliza o não-aprender. A problematização central desta pesquisa reside em questionar: como a prática pedagógica pode resgatar a intencionalidade discursiva e promover a reorganização dos sistemas funcionais complexos em estudantes autistas? Em resposta, propõe-se a Matriz de Mediação Linguística (MML) como um dispositivo de mediação que, operando na Zona de Desenvolvimento Proximal, transforma a escrita de uma operação mecânica em um ato de autoria. O objetivo deste trabalho é, portanto, validar a MML como práxis mediadora capaz de articular o saber clínico ao pedagógico, assegurando que o AEE em Eunápolis-BA deixe de ser um espaço de exclusão para tornar-se um laboratório de desenvolvimento das capacidades mentais, essencial à emancipação humana.

2 MATERIAL E MÉTODOS

A presente investigação adota um delineamento qualitativo, caracterizando-se como uma pesquisa longitudinal e naturalista de base enunciativa no âmbito da Neurolinguística Discursiva. O estudo foi estruturado para acompanhar o desenvolvimento dos processos psicológicos superiores e a produção textual dos sujeitos ao longo de ciclos de intervenção mediada, permitindo observar as mudanças discursivas e a reorganização funcional em tempo real. O cenário da pesquisa compreende as salas de recursos multifuncionais do Atendimento Educacional Especializado (AEE) da rede municipal de ensino de Eunápolis-BA.

O corpus da pesquisa é constituído por amostragem por conveniência, composto por produções escritas de estudantes com Transtorno do Espectro Autista (TEA) assistidos no AEE. A coleta de dados desenvolve-se de maneira sistemática e longitudinal em três etapas integradas:

- Fase de Linha de Base (Baseline): Realiza-se o levantamento inicial do perfil discursivo por meio da observação da produção escrita espontânea, mapeando as marcas de atipicidade e a relação com a organização do planejamento discursivo antes de qualquer intervenção metodológica.
- Período de Intervenção: Implementa-se ativamente a Matriz de Mediação Linguística (MML) durante os atendimentos do AEE. Cada sessão de escrita mediada é acompanhada pelo preenchimento sistemático de notas descritivas na Ficha de Mediação Interativa Linguística (MIL), instrumento estruturado para registrar os acontecimentos clínico-linguísticos e a qualidade do suporte semiótico oferecido nos eixos da matriz (intencionalidade, responsividade, estabilidade motora, autocorreção, interação e contexto social).
- Avaliação Pós-Intervenção: Coleta-se o conjunto final de produções textuais pós-intervenção para gerar os dados comparativos essenciais à identificação dos processos de reorganização funcional e consolidação da autoria textual.

Do ponto de vista analítico, o estudo abdica de métricas estatísticas psicométricas ou testes padronizados, fundamentando-se na análise microgenética de matriz histórico-cultural. Este procedimento analítico debruça-se sobre os "acontecimentos clínico-linguísticos" descritos na Ficha MIL e no corpus textual, buscando capturar em tempo real as nuances da interação discursiva, as hesitações, as rupturas de coesão e coerência, os deslocamentos de sentido e a emersão gradual de marcas de autoria.

DOI: 10.51161/iv-conasus/88100

Metodologicamente, a Matriz de Mediação Linguística (MML) atua como a variável independente, um suporte intencional e regulador que opera na Zona de Desenvolvimento Proximal (ZDP), para auxiliar na superação do colapso da regulação voluntária da atividade, vinculado ao terceiro bloco funcional do cérebro postulado por Alexander Luria. Em contrapartida, as variáveis dependentes refletem o desempenho discursivo e a consolidação das funções mentais superiores, avaliadas por meio da evolução qualitativa dos textos e da capacidade de o estudante tomar a palavra e assinar discursivamente sua produção

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise teórica empreendida evidencia que a atipicidade na escrita de estudantes com Transtorno do Espectro Autista (TEA), comumente reduzida em laudos clínicos a um déficit isolado de codificação, constitui, na verdade, uma perturbação na dinâmica dos sistemas funcionais complexos, particularmente no que tange ao terceiro bloco funcional do cérebro responsável pela programação, regulação e verificação da atividade mental (Luria, 1981). A revisão da literatura corrobora que, sem um suporte semiótico externo estruturado, a tarefa de escrita no cotidiano escolar tende a se converter em uma ação fragmentada e puramente mecânica, destituída de sentido para o sujeito (Leontiev, 2004).

Nesse horizonte analítico, a formulação teórica da Matriz de Mediação Linguística (MML) projeta-se como um dispositivo semiótico de segunda ordem capaz de preencher a lacuna deixada pela intersetorialidade frágil entre a rede municipal de ensino e o SUS. Enquanto o modelo clínico tradicional isola o sujeito em sua patologia, a MML opera diretamente na Zona de Desenvolvimento Proximal (ZDP), concebida não como um espaço de correção de desvios, mas como o território dinâmico onde o futuro do desenvolvimento psicológico se constrói (Vygotsky, 1991). A discussão teórica demonstra que, ao estruturar eixos voltados à intencionalidade, à responsividade e à autocorreção, a mediação linguística intencional atua como o elo dialógico que estabiliza a travessia entre o sentido subjetivo do aluno e o significado social estável da escrita (Vygotsky, 2001).

Ademais, sob a ótica da Pedagogia Histórico-Crítica, os achados teóricos reforçam que o Atendimento Educacional Especializado (AEE) não pode se omitir da transmissão do saber sistematizado. A escrita atípica, quando submetida a uma mediação intencional, deixa de ser tratada como incapacidade e passa a ser compreendida como evidência de que os processos de regulação voluntária dependem da qualidade da intervenção pedagógica. Assim, a discussão aponta que a efetivação de práticas pautadas na MML tem o potencial de reorganizar as funções mentais superiores, viabilizando a emersão de marcas de autoria textual e confirmando que o rigor teórico-metodológico é indispensável para superar as barreiras institucionais e promover a emancipação humana no extremo sul baiano.

Ao correlacionar o objetivo de validar a Matriz de Mediação Linguística (MML) com o cenário da rede municipal de Eunápolis, a discussão teórica aponta para uma falha estrutural no processo de significação. A articulação entre a rede municipal de educação e o SUS, quando precária, ignora a premissa histórico-cultural de que o sujeito é uma unidade biopsicossocial. Enquanto o SUS foca na demanda diagnóstica (o "déficit"), a escola muitas vezes carece de instrumentos para converter essa informação clínica em intervenção pedagógica que mobilize a reorganização das funções mentais superiores.

Nesse contexto, a MML emerge não apenas como um guia para o AEE, mas como um elemento de "matriciamento semiótico" que interconecta as instâncias de saúde e educação. A análise fundamentada em Luria (1981) e Vigotski (1991) sugere que, ao sistematizar a mediação da escrita, o AEE preenche a lacuna deixada pela ausência de suporte estruturado, permitindo que a plasticidade cerebral do estudante autista seja direcionada para o desenvolvimento de sistemas funcionais complexos.

A Teoria Histórico-Crítica, ao preconizar o ensino de conteúdos que promovam o desenvolvimento humano, encontra na MML o suporte operacional necessário para que o aluno com TEA acesse a linguagem enquanto instrumento de poder e emancipação. Assim, a eficácia do PEI, quando validada pela MML, torna-se o indicador central da intersetorialidade exitosa: o SUS oferece o entendimento dos mecanismos psicofisiológicos, e a Educação provê a mediação cultural intencional. Portanto, a MML atua como o catalisador que transforma a articulação administrativa em um processo efetivo de reorganização das funções mentais superiores, garantindo que o direito à saúde e à educação se concretize na autoria discursiva e no pleno desenvolvimento do sujeito.

4 CONCLUSÃO

A análise teórica desenvolvida neste estudo reafirma que a articulação entre a rede municipal de ensino e o SUS não deve ser compreendida como um mero protocolo administrativo, mas como uma práxis fundamental para a constituição da subjetividade humana. A investigação demonstra que o desenvolvimento das funções mentais superiores em estudantes com TEA é intrinsecamente dependente de uma mediação pedagógica que compreenda o cérebro como um sistema funcional complexo, regido pelas leis da história e da cultura, e não por limitações biológicas inalteráveis.

Conclui-se que a validação da Matriz de Mediação Linguística (MML) no contexto do AEE apresenta-se como um dispositivo de resistência pedagógica e rigor científico. A MML é capaz de transpor a barreira entre o diagnóstico clínico fragmentado, marca da desarticulação com o SUS, e a necessidade de uma intervenção educacional que promova a reorganização dos processos cognitivos superiores. Ao oferecer um suporte semiótico externo, a MML garante que o estudante autista, antes reduzido à mecânica da tarefa escolar, seja convocado ao lugar de autor de seu próprio discurso.

Por fim, este trabalho sustenta que a superação das barreiras intersetoriais é a condição sine qua non para a concretização de uma educação emancipadora. Como perspectiva futura, defende-se que a sistematização desta Matriz seja incorporada às políticas públicas de Eunápolis-BA, não apenas como um guia metodológico para o AEE, mas como uma diretriz de atendimento que assegure a todos os estudantes o direito ao pleno desenvolvimento das suas potencialidades intelectuais. A pesquisa reafirma, em última análise, que a educação pública, quando alinhada à Teoria Histórico-Crítica e às evidências da Neurolinguística Discursiva, transforma-se na ferramenta mais potente para a promoção da equidade e para o exercício efetivo da cidadania.

REFERÊNCIAS

GHIRELLO-PIRES, Carla Salati Almeida. Aquisição atípica de linguagem e processos enunciativos: reflexões clínicas e educacionais. In: OLIVEIRA, M. B. (Org.). Linguagem, clínica e educação. Vitória da Conquista: Ed. UESB, 2018. p. 45-68.

LEONTIEV, Alexei Nikolaievich. O desenvolvimento do psiquismo. Tradução de Rubens Eduardo Frias. São Paulo: Centauro, 2004.

LURIA, Alexander Romanovich. Fundamentos de neuropsicologia. Tradução de Juarez Aranha Ricardo. São Paulo: Edusp, 1981.

SAVIANI, Dermeval. Pedagogia histórico-crítica: primeiras aproximações. 11. ed. Campinas: Autores Associados, 2011.

VYGOTSKY, Lev Semyonovich. A formação social da mente: o desenvolvimento dos processos psicológicos superiores. Organização de Michael Cole et al. 4. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1991.

VYGOTSKY, Lev Semyonovich. Pensamento e linguagem. Tradução de Jefferson Luiz Camargo. 3. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

DOI: 10.51161/iv-conasus/88100

GESTÃO DO PREPARO DE ANTIBIÓTICOS INTRAVENOSOS: ESTRATÉGIAS PARA PADRONIZAÇÃO E SEGURANÇA DO PACIENTE

ANDRÉIA OLIVEIRA MAGALHÃES; DIEGO TERADA DE OLIVEIRA; NATÁLIA CRISTINA ROCHA ROSSI BITTENCOURT; RODOLFO BENEDITO ZATTAR DA SILVA; VANESSA ALVES MENDES

Introdução: O preparo de antibióticos intravenosos envolve etapas que exigem atenção quanto à reconstituição, diluição, estabilidade, conservação e administração dos medicamentos. A ausência de padronização dessas práticas pode favorecer dúvidas durante a rotina assistencial e comprometer a segurança do processo medicamentoso. Em um hospital público municipal, foram identificadas fragilidades relacionadas ao preparo desses medicamentos, o que motivou o desenvolvimento de estratégias voltadas à organização do processo de trabalho. **Objetivo:** Relatar a experiência de desenvolvimento de estratégias educativas e operacionais para a padronização do preparo de antibióticos intravenosos, com foco na segurança do paciente e na redução de desperdícios hospitalares. **Relato de caso/experiência:** A experiência foi desenvolvida em um hospital público municipal de médio porte, em Cuiabá, Mato Grosso. Inicialmente, foi realizado um diagnóstico situacional, que identificou dúvidas relacionadas à reconstituição, diluição, estabilidade, conservação e tempo de infusão dos antibióticos, além da inexistência de Procedimento Operacional Padrão e de materiais de consulta rápida. As fragilidades identificadas foram organizadas e analisadas por meio do Diagrama de Ishikawa e, posteriormente, apresentadas e validadas por profissionais da instituição. A partir desse diagnóstico, foram elaborados um Procedimento Operacional Padrão para o preparo seguro de antibióticos intravenosos, uma tabela de consulta rápida e uma cartilha educativa destinada aos profissionais de enfermagem e farmácia. Também foi realizado o mapeamento do processo utilizando a notação *Business Process Model and Notation*, contemplando as etapas desde a prescrição até a administração do medicamento. Ao término do trabalho, os produtos desenvolvidos encontravam-se em processo de validação institucional para posterior implantação. **Conclusão:** A experiência possibilitou identificar fragilidades no preparo de antibióticos intravenosos e desenvolver instrumentos voltados à organização e padronização desse processo. Os produtos elaborados apresentam potencial para apoiar as práticas profissionais, fortalecer a integração entre enfermagem e farmácia e contribuir para a segurança do paciente. Sua posterior implantação permitirá avaliar os efeitos das intervenções sobre indicadores assistenciais, econômicos e de qualidade.

Palavras-chave: **SEGURANÇA DO PACIENTE; ANTIBIÓTICOS INTRAVENOSOS; GESTÃO DA QUALIDADE**

DOI: 10.51161/iv-conasus/88211

PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO SITUACIONAL NA PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL DE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DO TURNO NOTURNO

ANDRÉIA OLIVEIRA MAGALHÃES; ELAYNE AMORIM DOS SANTOS; NATÁLIA CRISTINA ROCHA ROSSI BITTENCOURT; TATIANA MOTTA FUZETI BRAZÃO; RUBERLEI GODINHO DE OLIVEIRA; WAGNER IZIDORO DE BRITO

Introdução: O trabalho noturno em enfermagem apresenta particularidades que podem repercutir na saúde mental dos profissionais, entre elas alterações do sono, desgaste emocional e sobrecarga. No ambiente hospitalar, essas condições requerem ações de planejamento que considerem as necessidades dos trabalhadores e os aspectos organizacionais envolvidos no processo de trabalho. Nesse contexto, o Planejamento Estratégico Situacional constitui uma possibilidade para análise dos problemas e organização de propostas de intervenção adequadas à realidade institucional. **Objetivo:** Relatar a experiência de elaboração de um Planejamento Estratégico Situacional para o desenvolvimento de ações voltadas à promoção da saúde mental dos profissionais de enfermagem que atuam no período noturno em um hospital universitário. **Relato de caso/experiência:** A experiência teve início com a identificação da saúde mental dos profissionais de enfermagem do turno noturno como problema relevante para o planejamento em saúde. O diagnóstico situacional partiu da vivência profissional das integrantes no ambiente hospitalar, incluindo experiência no trabalho noturno, associada à observação de situações de estresse, sobrecarga e desgaste emocional. Essa percepção foi complementada por levantamento bibliográfico e análise de dados secundários. A partir desse diagnóstico, foram utilizadas a Árvore de Problemas, para organização das causas e consequências; a Matriz GUT, para priorização dos problemas; e a análise de atores sociais, considerando interesse e influência no enfrentamento da situação. Posteriormente, as propostas de intervenção foram estruturadas por meio da ferramenta 5W3H. O planejamento contemplou ações de apoio psicossocial, revisão do dimensionamento da equipe, educação em saúde sobre higiene do sono e adequação dos espaços de repouso, com definição de responsáveis, locais, prazos, formas de execução, estimativa de custos e indicadores de acompanhamento. **Conclusão:** A elaboração do Planejamento Estratégico Situacional possibilitou organizar o problema, estabelecer prioridades e estruturar propostas voltadas à saúde mental dos profissionais de enfermagem do turno noturno. O processo também permitiu identificar os atores envolvidos e definir ações passíveis de implementação no contexto hospitalar. A efetividade das estratégias propostas deverá ser avaliada após sua implantação, por meio dos indicadores estabelecidos no planejamento.

Palavras-chave: **SAÚDE DO TRABALHADOR; SAÚDE MENTAL; PLANEJAMENTO EM SAÚDE.**

DOI: 10.51161/iv-conasus/88215

IMPACTO QUÍMICO: EDUCAÇÃO EM SAÚDE E ENSINO DE QUÍMICA NA PREVENÇÃO DO TABAGISMO NO ENSINO MÉDIO INTEGRADO

FLÁVIA VIEIRA RUAS; CLARISSA BARBALHO BARBOSA; FLÁVIA SILVA SANTOS; KHETENE JOYCE DE FREITAS ZACARIAS MARTELLO; ROBERTA PEREIRA MATOS

RESUMO

O tabagismo permanece como importante problema de saúde pública e, entre adolescentes, a circulação de cigarros eletrônicos amplia a necessidade de estratégias educativas que articulem prevenção, ciência e formação crítica. Este estudo teve como objetivo analisar as contribuições de uma intervenção pedagógica que integrou conteúdos de Química e Educação em Saúde para a prevenção do tabagismo no Ensino Médio Integrado. Trata-se de pesquisa aplicada, interventiva e quali-quantitativa, desenvolvida com estudantes do 3º ano do Curso Técnico em Química Integrado ao Ensino Médio de um Instituto Federal do Norte de Minas Gerais. Dos 27 estudantes que aderiram à intervenção, 24 concluíram todas as etapas e constituíram a amostra final. A intervenção "Impacto Químico" totalizou 20 horas, distribuídas entre cinco encontros presenciais e atividades em Ambiente Virtual de Aprendizagem, com metodologias ativas, debates, estudos de caso, investigação orientada e produção de materiais educativos. Os dados foram produzidos por questionários, observação participante, diário de campo e produções discentes, sendo tratados por estatística descritiva e Análise de Conteúdo. Na avaliação final, 100% dos participantes afirmaram que a oficina ampliou a compreensão sobre os malefícios do tabaco e a conscientização acerca dos riscos relacionados aos produtos derivados do tabaco, enquanto 87,5% relataram reflexão sobre os próprios hábitos e cuidados com a saúde. As evidências qualitativas indicaram participação, autonomia, argumentação e comunicação científica. A contextualização do tabagismo favoreceu a articulação entre Química, saúde, ambiente e cidadania. Conclui-se que a integração entre Educação em Saúde, ensino de Química e metodologias ativas apresenta potencial para fortalecer a alfabetização científica, o protagonismo estudantil e ações preventivas no ambiente escolar.

Palavras-chave: alfabetização científica; formação humana integral; promoção da saúde.

1 INTRODUÇÃO

O tabagismo permanece entre os principais desafios da saúde pública, por seus efeitos sobre a morbimortalidade e por suas repercussões sociais, econômicas e ambientais. Esse cenário ganhou maior complexidade com a disseminação dos Dispositivos Eletrônicos para Fumar (DEF), especialmente entre adolescentes e adultos jovens. A exposição à nicotina e a outras substâncias potencialmente tóxicas, somada ao apelo tecnológico e à percepção equivocada de menor risco, reforça a necessidade de estratégias preventivas capazes de dialogar com o universo juvenil e promover decisões informadas (Frizon; Trillo; Sousa, 2022; Organização Mundial da Saúde, 2023).

A escola constitui espaço estratégico para ações de Educação em Saúde por possibilitar a articulação entre conhecimento científico, formação cidadã e promoção da saúde. Em uma perspectiva crítica, essas ações não se limitam à transmissão de informações sobre doenças,

DOI: 10.51161/iv-conasus/88227

mas favorecem o diálogo, a problematização e a construção compartilhada do conhecimento, fortalecendo autonomia e corresponsabilidade (Ceccim; Ferla, 2008; Freire, 1996). No âmbito da Educação Profissional e Tecnológica (EPT), essa abordagem converge com a formação humana integral, que articula ciência, trabalho, cultura e tecnologia e busca superar a fragmentação entre formação geral e técnica (Ciavatta, 2014; Frigotto, 1995).

Nesse contexto, o ensino de Química apresenta potencial para aproximar conteúdos curriculares de situações concretas relacionadas ao tabagismo. A composição química dos produtos derivados do tabaco, os processos de combustão e pirólise, a estrutura da nicotina e os impactos ambientais dos resíduos permitem tratar o tema como questão sociocientífica, favorecendo alfabetização científica, análise crítica e responsabilidade socioambiental (Rios; Monteiro; Souza, 2018). Nesse cenário, mostra-se pertinente ampliar experiências que integrem Química, metodologias ativas e prevenção do tabagismo no contexto da Educação Profissional e Tecnológica.

Diante disso, o objetivo deste estudo foi analisar as contribuições de uma intervenção pedagógica fundamentada na contextualização do ensino de Química e na Educação em Saúde para a prevenção do tabagismo entre estudantes do Ensino Médio Integrado, considerando aspectos relacionados à aprendizagem, ao protagonismo estudantil e à construção de uma compreensão crítica acerca dos produtos derivados do tabaco.

2 MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de pesquisa aplicada, de natureza interventiva e abordagem quali-quantitativa, desenvolvida no Instituto Federal do Norte de Minas Gerais (IFNMG) – Campus Montes Claros, com estudantes do 3º ano do Curso Técnico em Química Integrado ao Ensino Médio. A população elegível era composta por 42 estudantes regularmente matriculados; 27 aderiram voluntariamente à intervenção e 24 participaram de todos os encontros e concluíram integralmente as atividades e os instrumentos de pesquisa, constituindo a amostra final. A amostragem foi não probabilística, por conveniência.

A intervenção “Impacto Químico” teve carga horária total de 20 horas, sendo 10 horas presenciais, organizadas em cinco encontros, e 10 horas em Ambiente Virtual de Aprendizagem. O percurso foi estruturado progressivamente: conhecimentos prévios e problematização do tabagismo; composição química e nicotina; combustão, pirólise e impactos ambientais; produção de materiais de divulgação científica; socialização e avaliação. Utilizaram-se debates, estudos de caso, análise de evidências, atividades colaborativas, pesquisas orientadas, fóruns e produção de materiais educativos.

Para a análise das contribuições da intervenção pedagógica, foram considerados o questionário diagnóstico (Q1), o questionário final (Q5), os registros do diário de campo e as produções discentes. Os dados quantitativos foram tratados por estatística descritiva, com frequências absolutas e relativas. Os dados qualitativos foram submetidos à Análise de Conteúdo (Bardin, 2020), contemplando pré-análise, exploração do material, categorização e interpretação, com identificação de categorias relacionadas à aprendizagem, à conscientização e reflexão crítica e à integração curricular na perspectiva da formação humana integral.

A pesquisa foi desenvolvida em conformidade com as Resoluções nº 466/2012 e nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa, conforme Parecer Consubstanciado nº 7.949.332 e CAAE nº 92521425800005146. A participação foi voluntária; os maiores de 18 anos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e, para os menores, foram utilizados o TCLE dos pais ou responsáveis e o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE).

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram da etapa final 24 estudantes, dos quais 62,5% eram do sexo feminino e 91,7% tinham menos de 18 anos. No diagnóstico inicial, os participantes reconheciam, de modo geral, os prejuízos associados ao tabagismo, porém as respostas iniciais revelaram menor detalhamento acerca dos processos químicos envolvidos na composição dos produtos, nos mecanismos relacionados à dependência da nicotina e nos impactos ambientais decorrentes do descarte de resíduos. Esses achados evidenciaram possibilidades de maior contextualização dos conteúdos de Química a partir de uma problemática social e de saúde pública.

Ao longo da oficina, o tabagismo funcionou como tema integrador de diferentes conteúdos. Em Química Orgânica, a estrutura da nicotina e a identificação de grupos funcionais permitiram relacionar propriedades químicas a mecanismos de ação no organismo. Em Físico-Química, os processos de combustão e pirólise favoreceram a discussão sobre formação de monóxido de carbono e outras substâncias tóxicas. Na Química Ambiental, foram discutidos os efeitos do descarte de bitucas e de resíduos dos DEF, incluindo a presença de metais potencialmente tóxicos e materiais persistentes no ambiente. Essa aproximação entre conteúdo escolar e problema socialmente relevante favoreceu a contextualização dos conhecimentos químicos em situações relacionadas à saúde, ao ambiente e à vida cotidiana.

Na avaliação final, 100% dos participantes afirmaram que a oficina contribuiu para ampliar a compreensão sobre os malefícios do tabaco e a conscientização acerca dos riscos relacionados aos cigarros convencionais, dispositivos eletrônicos para fumar e outros produtos derivados do tabaco. Além disso, 87,5% relataram que a experiência os levou a refletir sobre os próprios hábitos e cuidados com a saúde, enquanto 12,5% indicaram que essa reflexão ocorreu parcialmente. Por serem autorreferidos, esses resultados foram interpretados conjuntamente com respostas discursivas, registros do diário de campo e produções discentes. A análise integrada dessas evidências indicou contribuições para a contextualização científica, a reflexão crítica e a articulação entre Química, saúde e ambiente. Esses achados dialogam com a perspectiva problematizadora da Educação em Saúde (Ceccim; Ferla, 2008; Freire, 1996).

Outro aspecto relevante foi a participação ativa dos estudantes, expressa nas produções discentes e nos registros do percurso formativo. A elaboração de vídeos, cartazes, campanhas e materiais digitais exigiu seleção de fontes, interpretação de informações e comunicação científica em linguagem acessível. Ao término da oficina, 91,7% dos estudantes afirmaram sentir-se à vontade para participar das discussões e esclarecer dúvidas. Os registros do diário de campo também evidenciaram participação, colaboração e autonomia durante o percurso formativo, reforçando o potencial das metodologias ativas para uma atuação mais investigativa e comunicativa.

Sob a perspectiva da EPT, a produção de materiais educativos mobilizou conhecimentos de Química para compreender e comunicar um problema de saúde pública, articulando ciência, tecnologia e responsabilidade social em consonância com a formação humana integral (Ciavatta, 2014; Frigotto, 1995).

A abordagem dos dispositivos eletrônicos para fumar também se destacou nas produções e discussões da oficina. Nas atividades desenvolvidas, foram abordadas a presença de nicotina, metais potencialmente tóxicos, compostos orgânicos voláteis e outras substâncias nocivas nos aerossóis dos DEF, favorecendo a articulação entre composição química, toxicidade, saúde e impactos ambientais (Frizon; Trillo; Sousa, 2022; Organização Mundial da Saúde, 2023).

A integração entre conteúdos químicos e uma problemática de saúde pública também reforça a função formativa da contextualização no Ensino Médio Integrado. Ao relacionar estrutura da nicotina, combustão, pirólise, toxicidade e impactos ambientais às diferentes formas de consumo do tabaco, a proposta aproximou conceitos científicos de situações

concretas e socialmente relevantes. Esse movimento converge com Rios, Monteiro e Souza (2018), ao reconhecer o tabagismo como possibilidade de contextualização do ensino de Química, e amplia essa perspectiva ao articulá-la à Educação em Saúde e aos princípios da formação humana integral.

A combinação entre atividades investigativas, produção de materiais educativos e socialização dos conhecimentos permitiu que os estudantes mobilizassem conteúdos científicos em situações de comunicação e prevenção. Mais do que reproduzir informações, as produções demandaram seleção de evidências, organização de argumentos e adequação da linguagem ao público, aspectos compatíveis com a alfabetização científica. Nessa direção, a experiência aproxima-se da perspectiva freireana de educação problematizadora e da concepção de formação integrada discutida por Ciavatta (2014), ao articular conhecimento científico, participação e responsabilidade social.

A interpretação dos resultados deve considerar que a experiência ocorreu em uma única turma e instituição, com número reduzido de participantes, ausência de acompanhamento longitudinal e presença de indicadores autorreferidos. Assim, os achados não permitem generalizações amplas nem afirmações sobre mudanças comportamentais, mas indicam o potencial de práticas interdisciplinares que integrem Educação em Saúde e ensino de Química na prevenção do tabagismo.

4 CONCLUSÃO

A experiência indicou o potencial de integrar conteúdos de Química e Educação em Saúde. Ao assumir o tabagismo como questão sociocientífica, a intervenção possibilitou mobilizar conhecimentos químicos para interpretar criticamente suas dimensões sanitárias, ambientais e sociais, aproximando os conteúdos escolares de situações socialmente relevantes.

As metodologias ativas e a produção de materiais educativos favoreceram participação, argumentação fundamentada em evidências, comunicação científica e protagonismo estudantil. Os achados indicam que a contextualização do ensino de Química pode contribuir para a alfabetização científica e para uma formação crítica, articulada aos princípios da formação humana integral.

Consideradas as limitações do estudo, recomenda-se ampliar a proposta para diferentes contextos educacionais e investigar a permanência das aprendizagens ao longo do tempo. A experiência oferece elementos que podem subsidiar ações articuladas entre Educação em Saúde e ensino de Química voltadas à prevenção do tabagismo no ambiente escolar.

REFERÊNCIAS

BARDIN, Laurence. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70, 2020.

CECCIM, Ricardo Burg; FERLA, Alcindo Antônio. *Educação e Saúde: ensino e cidadania como campos de práticas*. Interface – Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu, v. 12, n. 24, p. 215-223, 2008.

CIAVATTA, Maria. *A formação integrada: a escola e o trabalho como lugares de memória e de identidade*. Belo Horizonte: Autêntica, 2014.

FREIRE, Paulo. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

FRIGOTTO, Gaudêncio. *A produtividade da escola improdutiva*. São Paulo: Cortez, 1995.

FRIZON, Tiago Elias; TRILLO, Bruna de Souza; SOUSA, Deonir Secco de. *Cigarros eletrônicos: o que sabemos até agora?* Revista Brasileira de Educação e Saúde, v. 12, n. 1, p. 45-53, 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *WHO report on the global tobacco epidemic 2023: protect people from tobacco smoke*. Geneva: WHO, 2023.
RIOS, Andréia Prates; MONTEIRO, Letícia Rodrigues; SOUZA, Vantuir de. *A química do cigarro: uma proposta de ensino contextualizada para o ensino médio*. Revista de Ensino de Ciências e Matemática, v. 9, n. 2, p. 89-104, 2018.

DOI: 10.51161/iv-conasus/88227

ENVELHECIMENTO POPULACIONAL: TRANSFORMANDO A GESTÃO PÚBLICA NO SÉCULO XXI

Heloisa Cristina de Moraes

RESUMO

O envelhecimento populacional constitui um dos fenômenos mais complexos e irreversíveis do século XXI, com implicações profundas para os sistemas de saúde e para a gestão pública. No Brasil, a população idosa deve superar o número de crianças e adolescentes até 2030, e a elevada prevalência de Doenças Crônicas Não Transmissíveis nessa faixa etária impõe pressão crescente sobre o financiamento do Sistema Único de Saúde e sobre os modelos de gestão hospitalar, ainda majoritariamente orientados para um paradigma curativo. O objetivo deste estudo foi avaliar o impacto do envelhecimento populacional sobre as políticas públicas de saúde e a sustentabilidade do SUS, identificando tendências, desafios e caminhos para o aperfeiçoamento gerencial diante do crescimento da demanda por serviços voltados à população idosa. Trata-se de pesquisa descritiva e analítica, fundamentada em revisão bibliográfica e análise documental qualitativa, com levantamento de fontes secundárias em bases científicas e repositórios institucionais, no recorte temporal entre 2019 e 2026, organizada em quatro eixos temáticos interconectados. Os resultados evidenciam que a hipertensão arterial afeta cerca de onze milhões de idosos brasileiros, cerca de vinte por cento apresenta limitação funcional para atividades básicas da vida diária e cerca de dois terços dos idosos dependem exclusivamente do SUS como fonte de atenção à saúde, com a maior parte vinculada à Estratégia Saúde da Família. O gasto público em saúde no Brasil permanece muito abaixo do observado em sistemas universais comparáveis. Conclui-se que a sustentabilidade do SUS diante do envelhecimento populacional depende de estratégias articuladas em três eixos: fortalecimento das práticas preventivas e da atenção primária, incorporação de tecnologias digitais que ampliem o acesso sem elevar proporcionalmente os custos, e capacitação profissional em gerontologia, sustentadas por financiamento público adequado e maior integração entre os níveis de atenção à saúde.

Palavras-chave: SUS; Doenças Crônicas Não Transmissíveis; Financiamento em Saúde.

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é um dos fenômenos mais significativos e irreversíveis do século XXI. O número de pessoas com 65 anos ou mais ultrapassou 771 milhões em 2022 e deve alcançar 1,6 bilhão até 2050 — um salto sem precedentes na história da humanidade (WHO, 2023). Essa transição demográfica, denominada por Sabri *et al.*, (2022) de "terremoto da idade" (age quake), reconfigura estruturas sociais e econômicas e impõe desafios sistêmicos aos modelos de proteção social e de saúde em todo o mundo.

No Brasil, o cenário é particularmente urgente: em 2030, a população idosa superará o número de crianças e adolescentes (IBGE, 2024), e a expectativa de vida alcançou 77 anos, com tendência de crescimento contínuo. O Censo 2022 já identificou mais de 32 milhões de pessoas com 60 anos ou mais no país — contingente que cresce em ritmo muito mais acelerado do que a capacidade de adaptação do sistema de saúde (IBGE, 2024; Lima-Costa, 2026).

DOI: 10.51161/iv-conasus/88265

A relação entre o envelhecimento e o incremento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs) é amplamente documentada. As DCNTs — como hipertensão arterial, diabetes mellitus e demências — respondem por mais de 72% das mortes no Brasil (Brasil, 2023) e representam o principal fator de aumento da demanda por serviços de saúde de média e alta complexidade. Esse perfil epidemiológico impõe pressão crescente sobre o financiamento do SUS e sobre os modelos de gestão hospitalar, que ainda estão majoritariamente orientados para um paradigma curativo.

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI, Portaria n.º 2.528/2006) e o Programa Previna Brasil (Brasil, 2023) representam marcos institucionais voltados à adaptação do SUS, priorizando o cuidado contínuo e a integralidade da atenção. O Pacto Nacional de Implementação dos Direitos da Pessoa Idosa (PNDPI), compromisso da Década do Envelhecimento 2020-2030, reforça o comprometimento do Estado brasileiro com essa transição. No entanto, a execução dessas políticas enfrenta obstáculos estruturais relacionados ao subfinanciamento, à fragmentação dos níveis de atenção e à insuficiência de recursos humanos especializados em gerontologia.

Diante desse cenário, este trabalho tem por justificativa a necessidade premente de estudos que articulem o perfil do envelhecimento brasileiro, o impacto das DCNTs sobre o SUS e as estratégias de gestão capazes de tornar o sistema sustentável e equânime. A velocidade da transição demográfica já supera a capacidade de resposta das políticas públicas vigentes, tornando urgente a produção de evidências que subsidiem decisões gerenciais e alocações orçamentárias mais eficazes. Assim, este estudo tem como objetivo avaliar o impacto do envelhecimento populacional e as transformações que esse fenômeno impõe às políticas públicas de saúde e à sustentabilidade do SUS, identificando tendências e desafios na formulação de estratégias em saúde, mapeando os impactos sobre a sustentabilidade financeira do sistema e apontando caminhos para o aperfeiçoamento gerencial diante do crescimento da demanda por serviços voltados à população idosa.

2 MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de pesquisa descritiva e analítica, fundamentada em revisão bibliográfica e análise documental qualitativa. A coleta de dados foi realizada por meio de levantamento de fontes secundárias em bases científicas (SciELO, PubMed, BVS) e em repositórios institucionais (Fiocruz, IBGE, Ministério da Saúde), com recorte temporal entre 2019 e 2026.

Os critérios de inclusão abrangeram: (a) artigos originais, revisões sistemáticas e documentos técnicos com relevância para envelhecimento, DCNTs e gestão do SUS; (b) dados epidemiológicos nacionais de abrangência representativa; e (c) publicações alinhadas com as diretrizes da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.

As informações foram organizadas e analisadas em quatro eixos temáticos interconectados: (1) envelhecimento populacional global e brasileiro; (2) relação entre DCNTs e a população idosa, incluindo dados epidemiológicos específicos e a conexão com o aumento da demanda por serviços de saúde; (3) impactos na gestão hospitalar, no financiamento do SUS e na integração entre níveis de atenção; e (4) inovação e tecnologia aplicadas às políticas públicas de saúde. Essa estrutura garantiu coerência com os objetivos propostos e permitiu uma análise crítica dos dados levantados.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 Perfil do envelhecimento populacional brasileiro

No Brasil, o envelhecimento é acelerado e estruturalmente desigual. O IBGE (2024) indica que a expectativa média de vida alcançou 77 anos, com tendência de crescimento contínuo. Em termos absolutos, o Censo 2022 contabilizou mais de 32 milhões de pessoas com

DOI: 10.51161/iv-conasus/88265

60 anos ou mais, e as projeções indicam que esse contingente superará o número de crianças e adolescentes até 2030.

O Gráfico 1, a seguir, ilustra a evolução da população brasileira com 60 anos ou mais no período de 2015 a 2025.

Gráfico 1 – Evolução da população brasileira com 60 anos ou mais (2015-2025)

Fonte: IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua: 2015-2025. Rio de Janeiro: IBGE, 2026.

Conforme o que evidencia o Gráfico 1, pode-se observar, uma curva ascendente consistente. Esse crescimento progressivo impõe desafios estruturais ao sistema de saúde, uma vez que o SUS — ainda organizado predominantemente em torno de um modelo curativo — não foi concebido para responder à demanda crônica e longitudinal característica dessa faixa etária. Essa tendência é corroborada por Lima-Costa (2026), que atribui o crescimento acelerado da população idosa brasileira à combinação entre o aumento da expectativa de vida, hoje em 77 anos, e a redução sustentada das taxas de natalidade, fatores que alteram a composição etária da população e ampliam, de forma estrutural e contínua, a proporção de pessoas com 60 anos ou mais no total da população. Segundo o autor (Lima-Costa, 2026), esse movimento não é conjuntural, mas parte de uma transição demográfica consolidada, o que reforça a necessidade de o sistema de saúde se adaptar de forma permanente, e não pontual, a esse novo perfil populacional.

3.2 DCNTs, idosos e a demanda por serviços de saúde: conexões necessárias

A transição do perfil demográfico para o perfil epidemiológico das DCNTs não é uma coincidência: é uma relação de causalidade direta. O processo de envelhecimento está associado ao acúmulo progressivo de danos celulares e moleculares que favorecem o desenvolvimento de

condições crônicas. A hipertensão arterial, o diabetes mellitus, as doenças cardiovasculares e as demências acometem prevalentemente pessoas com 60 anos ou mais e determinam a maior parte da morbimortalidade nessa faixa etária.

Os dados do Estudo Longitudinal da Saúde dos Idosos Brasileiros (Elsi-Brasil), divulgados pela Fiocruz e pela Universidade Federal de Minas Gerais em maio de 2026, são reveladores: 34,4% dos idosos brasileiros apresentam níveis pressóricos compatíveis com hipertensão arterial sistêmica, o que corresponde a aproximadamente 11 milhões de pessoas que necessitam de avaliação clínica, diagnóstico e tratamento contínuos. Esse percentual aumenta progressivamente com a idade: 31,9% entre 60 e 69 anos, chegando a 40,1% entre pessoas com 80 anos ou mais (Lima-Costa, 2026).

Essa prevalência elevada de hipertensão tem implicações diretas para a demanda por serviços de saúde. Como frequentemente assintomática, a condição tende ao subdiagnóstico, o que agrava o risco de desfechos graves como infarto, acidente vascular cerebral, insuficiência renal e demência vascular — todos desfechos que resultam em internações de alta complexidade, com custo assistencial elevado para o SUS. O estudo evidencia, portanto, que investimentos robustos na atenção primária para rastreamento e controle da hipertensão têm potencial preventivo e de redução de custos hospitalares no médio e longo prazo.

Outro dado fundamental do Elsi-Brasil (2026) diz respeito à capacidade funcional: 20,4% dos idosos brasileiros — cerca de 6,5 milhões de pessoas — apresentam dificuldade para realizar ao menos uma atividade básica da vida diária (ABVD), como vestir-se, tomar banho, comer ou levantar-se da cama. A prevalência sobe de 13,9% entre 60 e 69 anos para 44,2% entre idosos com 80 anos ou mais. Essa limitação funcional não apenas reduz a qualidade de vida e a autonomia, como impacta diretamente as famílias, os cuidadores e, fundamentalmente, os sistemas de saúde e assistência social.

Entre os idosos com limitação funcional identificada, apenas 37,9% recebem alguma forma de ajuda para realizar as atividades comprometidas. Agravante adicional é que somente 5,8% dos cuidadores relataram ter recebido treinamento formal para o exercício do cuidado (Lima-Costa, 2026). Esses números revelam uma lacuna estrutural nas políticas de cuidado de longa duração no Brasil: a ausência de redes formais de apoio e a escassez de programas de qualificação de cuidadores impõem uma sobrecarga invisível às famílias e ampliam os riscos de internações evitáveis.

O impacto das DCNTs sobre os custos do SUS é expressivo. De acordo com o Ministério da Saúde (Brasil, 2023), as DCNTs respondem por mais de 72% das mortes no país. O tratamento de condições crônicas na ausência de cuidados preventivos adequados tende a migrar para os níveis de maior complexidade e custo assistencial: internações hospitalares, procedimentos de alta complexidade e serviços de urgência e emergência. A Portaria GM/MS n.º 2.528/2006 (PNSPI) orienta exatamente o sentido inverso — a reorganização dos serviços com ênfase na atenção integral, no cuidado longitudinal e na promoção do envelhecimento ativo —, mas sua implementação permanece heterogênea e insuficiente.

3.3 Financiamento do SUS: dimensão, insuficiências e necessidades de redirecionamento

O financiamento do SUS representa um dos principais desafios estruturais para a sustentabilidade do sistema diante do envelhecimento populacional. O Brasil gasta proporcionalmente menos com saúde pública do que outros países com sistemas universais similares: o gasto público em saúde representa aproximadamente 3,8% do PIB, enquanto sistemas universais comparáveis — como o National Health Service (NHS) do Reino Unido — investem mais de 7% (WHO, 2023). Essa diferença implica subcobertura crônica em serviços essenciais para idosos, especialmente na atenção primária e no cuidado de longa duração.

Os dados do Elsi-Brasil (2026) evidenciam, ainda, que cerca de dois terços das pessoas com 60 anos ou mais têm o SUS como única fonte de atenção à saúde. Esse dado revela a

centralidade e a insubstituibilidade do sistema público para a população idosa brasileira. A Estratégia Saúde da Família (ESF) é o principal ponto de contato: 69,2% dos idosos brasileiros estão vinculados a essa iniciativa, correspondendo a aproximadamente 22,2 milhões de pessoas (Lima-Costa, 2026). O fortalecimento financeiro e estrutural da ESF é, portanto, condição sine qua non para a sustentabilidade do SUS diante do envelhecimento.

O Programa Previna Brasil (BRASIL, 2023), ao adotar indicadores de desempenho financeiros vinculados ao acompanhamento de hipertensos, diabéticos e idosos vacinados, representa uma tentativa de redirecionamento dos recursos para a prevenção. No entanto, a efetividade desse modelo depende de capacidade instalada na atenção primária — equipes completas, unidades equipadas, acesso a exames — que ainda é deficiente em diversas regiões do país. A simples adoção de indicadores não é suficiente sem o correspondente investimento em infraestrutura e formação profissional.

O redirecionamento adequado do financiamento do SUS para o envelhecimento exige, portanto, três movimentos simultâneos: (1) ampliação do volume de recursos públicos destinados à saúde, com vistas a alcançar padrões internacionais de suficiência; (2) priorização da atenção primária e do cuidado de longa duração no orçamento, em detrimento da atenção terciária reativa; e (3) criação de mecanismos de pagamento prospectivo que incentivem desfechos de saúde em vez de procedimentos, alinhando os incentivos à lógica preventiva e à integração entre os níveis de atenção.

3.4 Inovação tecnológica e integração entre os níveis de atenção

A incorporação de tecnologias digitais na gestão da saúde do idoso emerge como estratégia essencial para ampliar o acesso, reduzir custos e melhorar a qualidade dos cuidados. A telessaúde, os sistemas de monitoramento remoto e o prontuário eletrônico integrado viabilizam o acompanhamento longitudinal de pacientes com múltiplas comorbidades crônicas sem a necessidade de deslocamentos frequentes, especialmente relevante para idosos com limitação funcional ou que residem em regiões remotas.

Costa *et al.* (2012), analisando a inovação nos serviços de saúde brasileiros, destacam que o uso de tecnologias de diagnóstico remoto e de assistência domiciliar possui potencial significativo para reduzir relativamente os custos de prestação dos serviços, facilitar a integração dos diferentes níveis de atenção e permitir o acompanhamento por meio de prontuários clínicos compartilhados. Essas tecnologias também exercem impacto sobre a intensidade do uso dos leitos hospitalares, pois qualificam e tornam mais resolutiva a atenção básica, reduzindo o tempo de internação e os riscos decorrentes.

A integração entre os níveis de atenção — primário, secundário e terciário — é apontada como condição estrutural para a efetividade do cuidado ao idoso com DCNTs. A fragmentação atual do SUS, em que a atenção básica frequentemente não se comunica de forma eficiente com os serviços hospitalares, resulta em duplicação de exames, perdas de seguimento e internações evitáveis. A adoção de ferramentas tecnológicas de gestão clínica integrada — como a Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS) — representa um passo concreto nessa direção, mas sua implementação plena ainda está em curso.

Kaluzny e Veney (1973), referência clássica nos estudos sobre inovação em serviços de saúde, argumentam que o potencial inovador de uma organização de saúde está diretamente relacionado à sua complexidade interna, à descentralização dos processos decisórios e à capacidade de articulação interorganizacional. Esse referencial sugere que a inovação tecnológica na atenção ao idoso, para ser efetiva, precisa ser acompanhada de reformas organizacionais que descentralizem decisões e estimulem a articulação entre diferentes pontos da rede assistencial.

Complementarmente, Costa e Bahia (2017) argumentam que a trajetória da inovação nos serviços de saúde não decorre apenas de fatores técnicos ou epidemiológicos, mas também

de condicionantes políticos e econômicos que influenciam quais tecnologias são priorizadas e efetivamente incorporadas ao sistema. Essa perspectiva reforça que a adoção de soluções digitais para o cuidado ao idoso deve ser acompanhada de arranjos institucionais que garantam sua sustentabilidade e alinhamento com o interesse público, e não apenas com a viabilidade técnica.

3.5 Panorama epidemiológico consolidado: indicadores-chave

O Quadro 1 apresenta uma síntese dos principais indicadores epidemiológicos da população idosa brasileira, a partir dos dados do Elsi-Brasil (Lima-Costa, 2026), integrando as dimensões clínicas, funcionais e de acesso ao SUS:

Quadro 1 – Indicadores epidemiológicos e de acesso à saúde da população idosa brasileira (2026)

Indicador	**Dado / Resultado**
Hipertensão arterial (PAS/PAD ≥ 140/90 mmHg)	34,4% dos idosos (~11 milhões de pessoas)
Limitação funcional em ≥ 1 ABVD	20,4% dos idosos (~6,5 milhões de pessoas)
Idosos vinculados exclusivamente ao SUS	~2/3 da população com 60 anos ou mais
Idosos vinculados à Estratégia Saúde da Família	69,2% (~22,2 milhões de pessoas)
Idosos que recebem ajuda para ABVD com dificuldade	Apenas 37,9% dos que têm limitação
Cuidadores com treinamento formal	Apenas 5,8%
Medo de quedas por defeitos em vias públicas (urbano)	42,7% dos idosos (50,5% mulheres)
Percepção de insegurança na vizinhança	12,1% dos idosos (~3,8 milhões de pessoas)
DCNTs como causa de mortalidade no Brasil	Mais de 72% das mortes (BRASIL, 2023)

Fonte: Adaptado de Lima-Costa (2026); Brasil (2023).

Em conjunto, os indicadores do Quadro 1 evidenciam que o desafio do envelhecimento populacional brasileiro não se resume a uma única dimensão: ele articula uma alta carga de doenças crônicas (hipertensão arterial e demais DCNTs), perda de autonomia funcional (limitação em pelo menos uma ABVD), fragilidade das redes de cuidado (baixo percentual de cuidadores com treinamento formal) e dependência quase exclusiva do sistema público de saúde (SUS e ESF). Esses indicadores foram destacados como indicadores-chave porque, lidos em conjunto, correspondem diretamente aos quatro eixos temáticos que estruturam este estudo: o perfil demográfico do envelhecimento, a relação entre DCNTs e demanda por serviços, os impactos sobre o financiamento e a gestão do SUS, e a necessidade de respostas tecnológicas e organizacionais integradas.

Lima-Costa (2026) destaca que esse panorama exige políticas públicas articuladas, e não medidas isoladas capazes de responder simultaneamente às dimensões clínica, funcional e social do envelhecimento, sob risco de o sistema de saúde permanecer estruturalmente descompassado em relação às necessidades da população idosa.

DOI: 10.51161/iv-conasus/88265

4 CONCLUSÃO

O envelhecimento populacional é um dos maiores desafios estruturais do Brasil e exige respostas coordenadas, sustentáveis e eticamente comprometidas com a equidade. Os dados analisados confirmam que a velocidade dessa transição supera a capacidade de resposta das políticas públicas e do SUS, ainda organizado predominantemente em torno de um modelo curativo que não corresponde às demandas crônicas e longitudinais da população idosa.

O principal problema identificado reside na dificuldade do sistema de saúde em se reorganizar estruturalmente para atender a esse novo perfil epidemiológico, evidenciada por falhas no acesso, atendimento insuficiente, falta de medicamentos essenciais e fragmentação dos serviços entre os diferentes níveis de atenção. A baixa integração entre a atenção primária, a média e a alta complexidade amplia desigualdades e eleva o risco de sobrecarga hospitalar.

Para transformar a gestão pública do SUS diante desse cenário, esta pesquisa aponta três eixos essenciais de ação: (1) fortalecimento de práticas preventivas e integradas — especialmente na ESF —, com rastreamento sistemático de hipertensão e outras DCNTs e programas de promoção do envelhecimento ativo; (2) incorporação de tecnologias digitais — telessaúde, monitoramento remoto, prontuário eletrônico integrado — para ampliar o alcance dos serviços sem aumentar proporcionalmente os custos; e (3) capacitação profissional em gerontologia e cuidados de longa duração, incluindo a qualificação de cuidadores formais e informais, cujo déficit atual expõe milhões de idosos a cuidados inadequados.

Complementarmente, a garantia de financiamento sustentável e adequadamente redirecionado para a atenção primária e o cuidado longitudinal é condição insubstituível. O SUS, reconhecido como um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, é ao mesmo tempo o principal — e em muitos casos o único — provedor de saúde para a população idosa brasileira. Fortalecê-lo é, portanto, imperativo de justiça social e de cidadania plena. Práticas e tecnologias concretas que subsidiaram as decisões públicas nesse sentido incluem: expansão das equipes multiprofissionais na ESF com gerontólogos e fisioterapeutas; adoção da plataforma RNDS para integração dos níveis de atenção; e modelos de pagamento por desempenho vinculados a indicadores de saúde do idoso, como os adotados pelo Previna Brasil.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Previne Brasil**: resultados e indicadores de desempenho. Brasília: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br. Acesso em: 02 nov. 2025.

BRASIL. **Portaria GM/MS n.º 2.528**, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 out. 2006.

COSTA, L. S.; GADELHA, C. A. G.; BORGES, T. R.; BURD, P.; MALDONADO, J.; VARGAS, M. A dinâmica inovativa para a reestruturação dos serviços de saúde. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 46, n. 1, p. 76-82, 2012.

COSTA, L. S.; BAHIA, L. Geração e trajetórias de inovação nos serviços de saúde. In: GADELHA, C. A. G. *et al*. (Org.). **Brasil Saúde Amanhã**: complexo econômico-industrial da saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2017. p. 23-60. ISBN: 978-65-5708-092-4. https://doi.org/10.7476/9786557080924.0003.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Projeções da população: Brasil e unidades da federação - revisão 2024**. Rio de Janeiro: IBGE, 2024. Disponível em: https://censo2022.ibge.gov.br. Acesso em: 26 abr. 2026.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua: 2015-2025**. Rio de Janeiro: IBGE, 2026.

KALUZNY, A. D.; VENEY, J. E. Attributes of health services as factors in program implementation. **Journal of Health and Social Behavior**, v. 14, n. 2, p. 124-133, 1973.

LIMA-COSTA, M. F. **Estudo Longitudinal da Saúde dos Idosos Brasileiros (Elsi-Brasil)**: resultados da terceira onda (2023-2024) e lançamento do Painel de Indicadores sobre Envelhecimento. Belo Horizonte: Fiocruz Minas / UFMG, 2026. Evento realizado em 26 maio 2026. Disponível em: https://elsi.cpqrr.fiocruz.br. Acesso em: 10 jun. 2026.

SABRI, S. M.; ANNUAR, N.; RAHMAN, N. L. A.; MUSAIRAH, S. K.; MUTALIB, H. A.; SUBAGJA, I. K. Major trends in ageing population research: a bibliometric analysis from 2001 to 2021. **Proceedings**, v. 82, p. 19, 2022. Disponível em: https://doi.org/10.3390/proceedings2022082019. Acesso em: 28 out. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **World Health Statistics 2023: monitoring health for the SDGs**. Geneva: WHO, 2023. Disponível em: https://www.who.int. Acesso em: 26 abr. 2026.

INTEGRAÇÃO DA SAE E CENTRO CIRÚRGICO: BENEFÍCIOS E DESAFIOS NO ÂMBITO DO SUS

LILIANA IVÓN GONZÁLEZ ALLENDE DOS SANTOS; FRANCISCA ROSIMEIRE SOUZA VASCONCELOS; MARATILDES FEITOSA SILVA E SOUZA; MARIA ANGÉLICA DE OLIVEIRA; JONICE FIGUEIRA GAMELEIRA

Introdução: A (SAE) Sistematização da Assistência de Enfermagem é crucial para garantir a qualidade e a segurança dos cuidados de enfermagem prestados no Sistema Único de Saúde (SUS), uma vez que contribui de modo relevante para a prevenção de eventos adversos, infecções e práticas seguras que otimizam a assistência dos pacientes no centro cirúrgico**. Objetivo:** Este estudo teve por objetivo investigar a relação entre a SAE e a assistência do paciente no centro cirúrgico, analisando os desafios para sua efetivação no SUS . **Metodologia**: Na realização da pesquisa bibliográfica para explorar a integração da SAE e a efetivação dos cuidados ao paciente no SUS . Para tal, foram utilizados como descritores os termos: "SAE", "centro cirúrgico" , "eventos adversos". As consultas foram realizadas nas bases de dados LILACS, SciELO, CINAHL e Google Scholar, aplicando filtros para selecionar estudos dos últimos 5 anos, revisados por pares. Como critério de exclusão, foram descartados estudos com data anterior a 2021 e aqueles que não abordavam a proposta do estudo. **Resultado:** Os resultados indicaram que os componentes da SAE, como coleta de dados, diagnóstico de enfermagem, planejamento, implementação e avaliação, promovem a individualização e a excelência dos cuidados durante os períodos pré -operatório, operatório e pós operatório. Os benefícios tangíveis da SAE incluem a prevenção de erros de medicação, lesões por quedas e infecções hospitalares. Contudo, a implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) no centro cirúrgico enfrenta desafios como: resistência à mudança por parte da equipe, falta de capacitação e treinamento, comunicação deficiente entre os profissionais de saúde, carga de trabalho elevada, escassez de recursos, dificuldades na integração interdisciplinar e ausência de sistemas de avaliação e monitoramento. Fatores que tendem comprometer a eficácia da SAE e a qualidade da assistência prestada aos pacientes do SUS. **Conclusão:** Conclui-se que a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é crucial para a segurança e qualidade dos cuidados no centro cirúrgico do SUS. Apesar dos desafios enfrentados, como resistência à mudança e falta de capacitação, a superação dessas barreiras é vital para garantir os benefícios da SAE e promover uma assistência mais eficaz aos pacientes.

Palavras-chave: **ASSISTÊNCIA; CAPACITAÇÃO; QUALIDADE**

DOI: 10.51161/iv-conasus/88273

A SEGURANÇA DO PACIENTE: A ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM NA CME DO SUS

ALESSANDRA DA SILVA REIS; GRACIANA MAIA DE LIMA; ELIANE DIAS DE ALMEIDA; MÁRCIA TIBURÇA MOREIRA

Introdução:. A atuação dos profissionais de enfermagem é crucial para a eficiência dos processos da Central de Material e Esterilização (CME), que garantem a prevenção de infecções por meio de práticas seguras no processamento, armazenamento e dispersão de materiais médico-cirúrgicos. Os processos de esterilização representam um eixo essencial no controle das infecções hospitalares e na segurança do paciente, especialmente no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS).**Objetivo:** O estudo teve por objetivo analisar a contribuição da enfermagem e da CME para a segurança do paciente no SUS, além de buscar identificar práticas e desafios enfrentados pelos profissionais de enfermagem que atuam no contexto do SUS. Metodologia: A pesquisa bibliográfica foi realizada nas bases de dados PubMed, Scielo e Lilacs, utilizando como descritores "segurança do paciente", "enfermagem", "Central de Material e Esterilização" e "SUS". Os critérios de inclusão abrangeram estudos publicados nos últimos cinco anos, em português e que abordassem a relação entre a CME, a enfermagem e a segurança do paciente. Como critério de exclusão, trabalhos que não apresentavam dados empíricos ou que não se relacionavam diretamente com o SUS, foram descartados. **Resultados:** Os resultados evidenciam que a atuação da enfermagem na Central de Material e Esterilização (CME) é fundamental na implementação de protocolos de segurança, reduzindo infecções hospitalares. Entretanto, a falta de capacitação contínua compromete esses processos e a segurança do paciente. Assim, é imperativo que as instituições de saúde estabeleçam políticas que priorizem a educação permanente dos profissionais da CME que atuam nas unidades do SUS, assegurando a competência e segurança na execução de suas funções. **Conclusão:** Concluiu-se que a atuação da equipe de enfermagem na Central de Material e Esterilização (CME) é fundamental para a efetivação dos protocolos eficientes de processamento de material médico cirúrgico responsáveis por garantir a prevenção de infecções e a segurança do paciente. Para tal, a capacitação das equipes de enfermagem que atuam na CME que atuam nas unidades do SUS é fundamental para garantir a qualidade da assistência prestada e a segurança dos pacientes.

Palavras-chave: **CAPACITAÇÃO; ESTERILIZAÇÃO; INFECÇÕES**

DOI: 10.51161/iv-conasus/88280

IMPACTO DA GESTÃO DA AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS (APAC) NA SAÚDE FINANCEIRA DO SUS: UM ESTUDO NO AMBULATÓRIO DE OFTALMOLOGIA DA UNIFESP

KÁTIA INGRID SOUZA SOARES

RESUMO

A gestão eficiente de recursos no Sistema Único de Saúde é fundamental para a sustentabilidade hospitalar e a garantia de atendimento universal. O presente estudo teve como objetivo avaliar a gestão da Autorização de Procedimento Ambulatorial (APAC) nos procedimentos a laser no setor de oftalmologia de um hospital universitário e medir seu impacto no faturamento hospitalar. Trata-se de um estudo transversal, descritivo e exploratório, estruturado em quatro etapas: levantamento bibliográfico, mapeamento dos processos de procedimentos a laser, análise comparativa do faturamento via APAC e proposta de padronização operacional. Na análise inicial, verificou-se que de 3.070 procedimentos a laser realizados, com potencial de arrecadação de R$ 221.646,15, apenas 1.204 foram faturados via APAC, totalizando R$ 89.264,70 e gerando uma perda financeira expressiva de 59,7%. Entre os principais gargalos identificados no fluxo de trabalho, destacaram a falta de padronização, falhas nos agendamentos, descontinuidades na comunicação e transição de informações entre a recepção e as equipes médica e de enfermagem, além de limitações de infraestrutura e oscilações do sistema de informação. Após as intervenções administrativas e a introdução de novos protocolos de registro e conferência pautados por um Procedimento Operacional Padrão (POP), observou-se um aumento significativo no percentual de procedimentos devidamente faturados, elevando a taxa de conversão para 66,7% no período pós-intervenção. Conclui-se que a fragilidade no controle e no preenchimento da APAC resulta em desperdício de recursos orçamentários vitais para a instituição, tornando a aplicação de ferramentas da gestão da qualidade e a padronização de rotinas assistenciais mediante POP essenciais para assegurar o faturamento adequado e a sustentabilidade dos serviços no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Palavras-chave: Autorização de Procedimento Ambulatorial (APAC); Gestão de recursos; Sistema Único de Saúde.

1 INTRODUÇÃO

A globalização e os reajustes em programas sociais trouxeram desafios expressivos à gestão em saúde, resultando na precarização do trabalho e na redução do contingente de profissionais. Embora a Constituição Federal de 1988 assegure a saúde como um direito universal, altos índices de insatisfação populacional reforçam a recomendação da Organização Mundial da Saúde (OMS) quanto à necessidade de garantia de cobertura universal. Para enfrentar esse cenário, a gestão em saúde apoia-se em teorias administrativas para planejar e integrar serviços públicos e privados de forma sistêmica, articulando inovação, liderança e acolhimento. Nesse contexto, a excelência gerencial exige ferramentas de padronização, como os Procedimentos Operacionais Padrão (POPs), que uniformizam o fluxo de trabalho sob

DOI: 10.51161/iv-conasus/88311

critérios técnico-científicos, otimizando a segurança, reduzindo desperdícios e garantindo a qualidade da assistência (Chiavenato, 2014; Sales et al., 2018;Tamada; Barreto; Cunha, 2013; Lorenzetti et al., 2014; Hennington, 2008; Benevides; Passos, 2005; Tancredi; Barrios; Ferreira, 1998;).

No âmbito da alta complexidade do Sistema Único de Saúde (SUS), sobressai-se a atuação do Hospital São Paulo, hospital universitário da EPM/UNIFESP gerido pela SPDM, que destina mais de 90% de seus atendimentos à rede pública (SPDM, 2011). Seu Departamento de Oftalmologia e Ciências Visuais presta cuidados modernos e acessíveis (Unifesp, 2014), destacando-se pela aplicação de tecnologias a laser — como fotocoagulação, panfotocoagulação, capsulotomia YAG e iridotomia —, procedimentos ambulatoriais rápidos, seguros e regulamentados por portarias do Ministério da Saúde (Escarião; Luchsinger; Araujo, 2013; Falavigna et al., 2016; Junior, 2011; Kanski; Bowling, 2016; Minello et al., 2008; Rodrigues Filho, 2014).

O financiamento dessas intervenções de média e alta complexidade insere-se no Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC) e na Tabela SIGTAP. Especificamente, os procedimentos a laser são custeados por meio de Autorizações de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade/Custo (APAC), gerenciadas pelo Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS). Emitida com validade trimestral, a APAC representa o instrumento essencial para o registro, controle e faturamento da produção hospitalar (CNM, 2018; Dornelles, 2013; Brasil, 2007; Rodrigues Filho, 2014).

Contudo, a ausência de padronização e de rotinas operacionais claras no manuseio das APACs acarreta falhas de comunicação e desorganização do fluxo assistencial. Como consequência do preenchimento incorreto ou do não encaminhamento adequado desses documentos, a instituição enfrenta perdas financeiras e desperdício de recursos ressarcíveis (ANS, 2019; Brasil, 2008). Diante dessa problemática, o presente trabalho tem como objetivo geral avaliar os processos relacionados à gestão das APACs no setor de laser do ambulatório de Oftalmologia de um hospital universitário.

2 MÉTODOS

Estudo descritivo e exploratório, de abordagem qualitativa, realizado no Setor de Laser do Departamento de Oftalmologia e Ciências Visuais do Hospital São Paulo (UNIFESP/EPM) e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CAAE 08626319.9.0000.5505). A coleta de dados ocorreu entre agosto de 2018 e julho de 2019, com etapa complementar em setembro de 2020 para avaliar a implementação de POP e reestruturações do setor, dividindo-se em quatro fases:

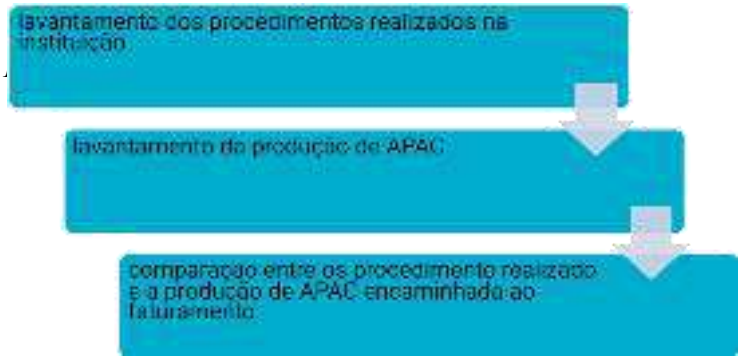
- **Fase 1:** Levantamento bibliográfico (2010–2020) nas bases LILACS, SciELO e MEDLINE sobre gestão, APAC, procedimentos a laser em oftalmologia, desperdício e finanças em saúde, excluindo-se estudos em língua estrangeira.
- **Fase 2:** Mapeou-se o fluxo de atendimentos e faturamento do setor por meio de observação in loco (segunda a sexta-feira, 6 horas/dia, alternando turnos), análise documental, planilhas de custos e tabelas do SUS.
- **Fase 3:** Os procedimentos realizados foram categorizados para verificar a devida emissão e preenchimento da APAC correspondente.

1. **Procedimentos Agendados vs. Não Agendados:**
   - Agendados: Analisados por meio de listas de presença diárias, abstenções e registros de agenda.
   - Não Agendados (Extra-agenda): Registrados em planilha manual de controle de produção no setor.

2. **Cruzamento de Dados e Faturamento:**

- O levantamento seguiu o fluxo representado na Figura 2 para posterior consolidação dos valores financeiros.

Figura 3 – Fluxo do levantamento de dados.



Para determinar o impacto orçamentário, foram aplicadas as seguintes equações:

(Número de Procedimentos s/ APAC/mês) X (valor unitário do procedimento segundo tabela SUS)

(Número de Procedimentos c/ APAC/mês) X (valor unitário do procedimento segundo tabela SUS)

Fonte: Elaborado pelos autores.

Fase 4: *Estudo comparativo entre setembro de 2018 e setembro de 2020 para avaliar as intervenções operacionais, com dados de produção e envio de APACs equiparados por cálculo proporcional simples e tabulados para análise.*

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1. Identificação de Problemas no Fluxo Operacional

As falhas observadas ao longo do fluxo assistencial impactavam diretamente o faturamento e o registro dos procedimentos executados:

- Agendamentos: Inexistência de agendamento prévio para panfotocoagulação, capsulotomia e iridotomia; falhas no registro de demanda espontânea (outros ambulatórios e pronto-socorro).
- Recepção: Alta rotatividade de pessoal e deficiência de treinamento, gerando duplicidade ou não abertura da Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade (APAC).
- Equipe Médica: Deslocamento entre ambulatórios em prédios distintos, atraso ou esquecimento no preenchimento do formulário, extravio de guias e ausência de carimbo institucional.
- Equipe de Enfermagem: Dificuldade de conciliar demandas administrativas burocráticas com o atendimento clínico em dias de alto fluxo.
- Infraestrutura e TI: Quedas de sistema, escassez de insumos (papel e toner) e exclusão automática da lista de agendamentos pós-consulta.

3.2. Avaliação do Impacto Financeiro (Agosto/2018 a Julho/2019)

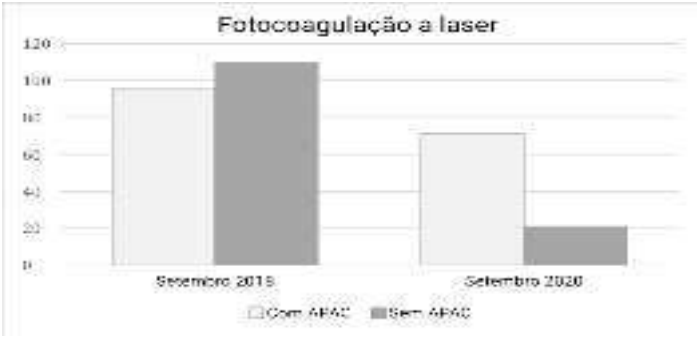
A análise inicial evidenciou um elevado volume de procedimentos não faturados devido a inconsistências no fluxo administrativo:

- Total de procedimentos analisados: 3.070 atos realizados, somando R$ 221.646,15.
- Aproveitamento financeiro inicial: Apenas 40,3% do valor (R$ 89.264,70) foi efetivamente reembolsado à instituição. (Grafico: Procedimento de laser na oftalmologia)

3.3. Impacto da Intervenção da Gestão Local (Setembro/2020)

Com o realinhamento de processos e a centralização do espaço físico, verificou-se uma melhora expressiva na taxa de conversão de atendimentos em faturamento:

- Análise do mês de Setembro/2020: De 122 procedimentos realizados (R$ 9.233,10), o percentual de faturamento efetivo subiu para 66,7% (R$ 6.156,90).
- Comparativo (Set/2018 vs. Set/2020): Observou-se a inversão do perfil de perdas no procedimento de fotocoagulação, reduzindo a proporção de procedimentos realizados sem a devida guia faturável. (Grafico: Fotocoagulação a laser)



3.4 Contexto e Importância das APACs

O atendimento ambulatorial ocorre em duas etapas principais (recepção/enfermagem e atendimento médico), dependendo do preenchimento correto de formulários. Para registrar atendimentos ambulatoriais, autorizar, cobrar, pagar e fornecer informações gerenciais, o Sistema Único de Saúde (SUS) criou, em 1997, a Autorização de Procedimentos Ambulatoriais (Brasil, 2011).

Sendo o processo a execução sequencial de etapas interligadas, a implementação das APACs trouxe melhora significativa no controle de procedimentos, prevenção de fraudes e geração de dados epidemiológicos (Castilho et al., 2011; Scartezini, 2009).

3.5 Gargalos e Falhas Identificados no Processo

O estudo apontou diversas inconsistências ao longo da cadeia das APACs (da aquisição ao faturamento):

- **Infraestrutura e TI:** Falta contínua de papel, impressoras sem manutenção e instabilidade no servidor. Embora sistemas de informação visem otimizar tempo e dados

(Andrade; Falk, 2001), tornam-se obstáculos se não forem práticos ou se houver falta de treinamento inicial e contínuo.

- **Gestão de Agenda e Fluxo:** Encaixes sem agendamento prévio (oriundos do pronto-socorro de oftalmologia ou sem cadastro), gerando desordem no fluxo e no preenchimento de documentos.
- **Inobservância de Etapas:** Pacientes atendidos sem a devida abertura de ficha de atendimento resultam em procedimentos não contabilizados e prejuízos financeiros.
- **Perda de Histórico:** O apagamento automático da lista de agendamentos impede a emissão de comprovantes aos pacientes e obstaculiza a geração de relatórios gerenciais, de pesquisa e de segurança.

3.6 Impacto Gerencial, Qualidade e Comparativo com o SIH

A gestão ambulatorial depende de indicadores. A título de comparação com o Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS) — que utiliza a Autorização de Internação Hospitalar (AIH) para faturamento, diagnósticos, tempo de permanência e alocação de recursos (Brasil, 2020; Castilho et al., 2011) —, a APAC precisa ser executada com eficácia para evitar perdas financeiras e desfalques.

Ademais, quando a demanda é alta, a atenção aos processos burocráticos pela enfermagem torna-se secundária. Para mitigar esse problema, Sales et al. (2018) sugerem a padronização dos atendimentos de enfermagem com base na realidade local.

3.7 Consequências Operacionais e Necessidade de Padronização

- **Duplicação Desnecessária:** A falta de comunicação sobre APACs ativas (validade de 3 meses) gera abertura duplicada de documentos, desperdício de tempo e atendimentos sem cobertura financeira ao SUS.
- **Desafios do Sistema:** Como ressalta Hennington (2008), o SUS avançou, mas ainda enfrenta desafios em qualidade, uso de recursos e sustentabilidade, exigindo um modelo de gestão em que todos tenham propriedade de suas funções.
- **Rotatividade e Falta de Pessoal:** A alternância de funcionários na entrega das APACs e a sobrecarga de trabalho inviabilizam treinamentos e quebram a continuidade do fluxo.

3.8 O Papel do Procedimento Operacional Padrão (POP) e Resultados

Para sanar tais lacunas, propõe-se a implementação do Procedimento Operacional Padrão (POP). Essa ferramenta organiza e detalha tarefas, garantindo padronização, suporte à tomada de decisão, segurança técnica, teor educativo e alcance de metas (Sales et al., 2018; Scartezini, 2009).

Na segunda etapa do estudo, após mudanças administrativas, espaciais e a adoção do POP (incluindo carteirinhas de identificação de APACs ativas), observou-se aumento na produção, correto preenchimento e encaminhamento das autorizações ao faturamento.

3.9 Propostas de Solução e Recomendações

Para manter a excelência no processo e contornar a alta demanda e a desorganização, o estudo sugere:

- **Engajamento da Equipe e POP:** Aplicação de POPs para harmonizar rotinas, profissionalismo e rastreabilidade, acompanhados de educação permanente (Trivelato et al., 2015).

DOI: 10.51161/iv-conasus/88311

- **Trabalho Interdisciplinar:** Integração da equipe, alinhada à visão de Araújo e Rocha (2007) sobre a prática reconstrutiva entre profissionais no contexto da integralidade do SUS.
- **Controle Rigoroso do Fluxograma:** Evitar flexibilizações e responsabilizar profissionais específicos pelo recebimento/devolução das APACs (evitando perdas em salas de procedimentos). O aperfeiçoamento do fluxo reduz custos e maximiza o valor do serviço (Scartezini, 2009).

- **Melhorias Operacionais de Baixo Custo:**
  - Treinamentos trimestrais internos.
  - Definição de médicos-referência para sanar pendências.
  - Designação de um funcionário administrativo exclusivo para a gestão de APACs.
  - Criação de um livro de registro de procedimentos a laser para controle e auditoria.

6 CONCLUSÃO

O estudo possibilitou o mapeamento do macroprocesso referente às APACs, no setor de laser do Departamento. Tais processos mapeados e analisados demonstraram os impactos financeiros para instituição causados pelo não faturamento adequado de todos os procedimentos.

7. REFERÊNCIAS

HENNINGTON, E. A. Gestão dos processos de trabalho e humanização em saúde: reflexões a partir da ergologia. *Revista de Saúde Pública*, v. 42, n. 3, p. 555-561, 2008.

BENEVIDES, R.; PASSOS, E. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 21, n. 3, p. 561-571, 2005.

LORENZETTI, J. et al. Gestão em saúde no Brasil: diálogo com gestores públicos e privados. *Texto & Contexto - Enfermagem*, v. 23, n. 2, p. 417-425, 2014.

TAMADA, R. P. C.; BARRETO, M. S. F.; CUNHA, I. O. K. C. Modelos de gestão em saúde: novas tendências, responsabilidades e desafios. São Paulo: UNIFESP, 2013.

TANCREDI, F. B.; BARRIOS, S. R. L.; FERREIRA, J. H. G. *Planejamento em saúde*. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998. (Série Saúde & Cidadania, v. 2).

MALIK, A. M.; SCHIESARI, L. C. M. *Qualidade na gestão local de serviços e ações de saúde*. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998. (Série Saúde & Cidadania, v. 3).

CHIAVENATO, I. *Introdução à Teoria Geral da Administração*. 9. ed. São Paulo: Manole, 2014.

BARBOSA, C. M. et al. A importância dos procedimentos operacionais padrão (POPs) para os centros de pesquisa clínica. *Revista da Associação Médica Brasileira*, v. 57, n. 2, p. 134-136, 2011.

DAINESI, S. M.; NUNES, D. B. Procedimentos operacionais padronizados e o gerenciamento de qualidade em centros de pesquisa. *Revista da Associação Médica Brasileira*, v. 53, n. 1, p. 6-7, 2007.

SALES, C. B. et al. Protocolos Operacionais Padrão na prática profissional da enfermagem: utilização, fragilidades e potencialidades. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 71, n. 1, p. 126-134, 2018.

ASSOCIAÇÃO PAULISTA PARA O DESENVOLVIMENTO DA MEDICINA (SPDM). *Hospital São Paulo*: Onde estamos / Hospitais e Pronto-Socorros. São Paulo, 2011. Disponível em: http://www.spdm.org.br/onde-estamos/hospitais-e-pronto-socorros/hospital-sao-paulo. Acesso em: 01 set. 2018.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO (UNIFESP). Departamento de Oftalmologia e Ciências Visuais. *História da Oftalmologia da Escola Paulista de Medicina*. São Paulo, 2014. Disponível em: http://www.oftalmounifesp.com.br/departamento/. Acesso em: 01 set. 2018.

KANSKI, J. J.; BOWLING, B. *Oftalmologia Clínica: uma abordagem sistemática*. 8. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.

JUNIOR, R. A. A revolução dos lasers de femtossegundo na Oftalmologia. *Revista Brasileira de Oftalmologia*, v. 70, n. 4, p. 207-210, 2011.

ESCARIÃO, P.; LUCHSINGER, P.; ARAUJO, E. H. Fotocoagulação a laser em pacientes portadores de descolamento de retina regmatogênico periférico. *Revista Brasileira de Oftalmologia*, v. 72, n. 4, p. 253-256, 2013.

RODRIGUES FILHO, J. A. R. *Panfotocoagulação versus panfotocoagulação associada com ranibizumabe intravítreo para retinopatia diabética proliferativa com características de alto risco*. 2014. Dissertação (Mestrado em Oftalmologia) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2014.

MINELLO, A. A. P. et al. Eficácia de hipotensores oculares tópicos após capsulotomia posterior com YAG laser. *Arquivos Brasileiros de Oftalmologia*, v. 71, n. 5, p. 706-710, 2008.

FALAVIGNA, L. et al. Glaucoma Agudo. *Revista AMRIGS*, Porto Alegre, v. 60, n. 1, p. 65-71, 2016.

BRASIL. [Constituição (1988)]. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Brasília, DF: Presidência da República, 1988.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). *Para entender a gestão do SUS*. Brasília: CONASS, 2011. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS, v. 1).

BRASIL. Ministério da Saúde. *Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde – SIA/SUS*: Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade/Custo (APAC) - Manual de Operação. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Manual Técnico Operacional do Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS (SIGTAP)*. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

DORNELLES, S. R. M. *Proposta de qualificação dos processos administrativos relativos ao faturamento hospitalar*. 2013. Monografia (Especialização em Gestão em Saúde) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.

CONFEDERAÇÃO NACIONAL DE MUNICÍPIOS (CNM). *Mudanças no financiamento da saúde: Entenda a Portaria 3.992/2017 e os novos blocos de custeio e investimento*. Brasília: CNM, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 204, de 29 de janeiro de 2007. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 31 jan. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS nº 386, de 15 de julho de 2008. Atualiza os atributos dos procedimentos da tabela de OPM e adequa a Política Nacional de Atenção em Oftalmologia.

Diário Oficial da União, Brasília, DF, 16 jul. 2008.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). *Guia do Ressarcimento ao SUS: Impugnações e Recursos*. Rio de Janeiro: ANS, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS nº 920, de 15 de dezembro de 2011. Concede autorização e readequação de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 16 dez. 2011.

ANDRADE, I. G. B. *A cobrança de AIH em hospitais que integram a rede de atendimento SUS do estado de Minas Gerais: influência dos procedimentos especiais no valor médio faturado*. 2020. Dissertação (Mestrado Profissional em Gestão de Serviços de Saúde) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2020.

CASTILHO, V. et al. Levantamento das principais fontes de desperdício de unidades assistenciais de um hospital universitário. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 45, n. esp, p. 1713-1717, 2011.

TRIVELATO, P. V. et al. Avaliação da eficiência na alocação dos recursos econômicos e financeiros no âmbito hospitalar. *RAHIS - Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde*, v. 12, n. 4, p. 27-40, 2015.

SCARTEZINI, L. M. B. *Análise e melhoria de processos*. Goiânia: Editora UFG, 2009.

ANDRADE, D. G.; FALK, J. A. Eficácia de sistemas de informação e percepção de mudança organizacional: um estudo de caso. *Revista de Administração Contemporânea*, v. 5, n. 3, p. 53-84, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. *Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)*. Brasília, 2020. Disponível em: http://datasus.saude.gov.br/. Acesso em: 21 set. 2020.

ARAÚJO, M. B. S.; ROCHA, P. M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 12, n. 2, p. 455-464, 2007

CONSTRUÇÃO COLETIVA DE UM CARTAZ SOBRE RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL E ÉTICA NA SAÚDE: RELATO DE EXPERIÊNCIA

ÉRICA CRISTINA LOPES; ELLEN APARECIDA DE SOUZA DUARTE; DANIELA DE SOUZA PEREIRA; MIRIAN NATÁLIA DE GÓIS; PALOMA DA SILVA RODRIGUES TRAD;

RESUMO

A ética e a responsabilidade profissional orientam o cuidado em saúde e sustentam decisões comprometidas com a dignidade, a segurança e os direitos das pessoas. Na formação em enfermagem, estratégias participativas podem favorecer a aproximação entre fundamentos éticos e situações vivenciadas na prática. O objetivo deste trabalho foi relatar a experiência de construção coletiva de um cartaz como estratégia pedagógica para estimular a reflexão sobre responsabilidade profissional, ética e bioética na formação de estudantes de mestrado em enfermagem. Trata-se de relato de experiência, de caráter descritivo, desenvolvido no Mestrado Profissional em Enfermagem Assistencial da Universidade Federal Fluminense, em outubro de 2025, na disciplina Fundamentos da Prática Assistencial, durante o seminário "Inovação e liderança na prática assistencial em enfermagem". Participaram 12 estudantes, organizados em quatro grupos temáticos para discutir ética, responsabilidade profissional, inovação em saúde e liderança. O presente relato focaliza a produção visual relacionada à ética e à responsabilidade profissional. A atividade compreendeu leitura prévia, discussão coletiva, seleção de imagens e palavras-chave, montagem do cartaz, apresentação e reflexão compartilhada. A produção visual reuniu os princípios da autonomia, beneficência, não maleficência e justiça, além de valores profissionais como respeito, responsabilidade, honestidade, competência, acolhimento e cuidado. A experiência possibilitou representar conceitos abstratos de forma visual e relacioná-los à comunicação, à escuta, ao reconhecimento de vulnerabilidades e à tomada de decisão responsável. Também evidenciou que o agir ético não se limita ao cumprimento de normas, pois envolve sensibilidade moral, análise do contexto e compromisso com uma assistência integral, segura e humanizada. Conclui-se que o cartaz apresentou potencial como recurso pedagógico de baixo custo para apoiar discussões sobre ética e bioética na formação em enfermagem. Entretanto, por ter sido realizada em um único contexto educacional e sem avaliação formal da aprendizagem, a experiência não permite inferir a efetividade da estratégia, embora as reflexões coletivas indiquem seu potencial pedagógico.
Palavras-chave: Bioética; Educação em Enfermagem; Humanização da Assistência.

1 INTRODUÇÃO

A ética e a responsabilidade profissional constituem fundamentos do exercício da enfermagem e orientam ações voltadas à qualidade, à segurança e ao respeito à dignidade humana. O Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem estabelece que a atuação deve ocorrer com justiça, compromisso, equidade, resolutividade, dignidade, competência, responsabilidade, honestidade e lealdade. Também relaciona o exercício profissional aos princípios das políticas públicas de saúde, como universalidade, integralidade, autonomia das pessoas e participação da comunidade (Conselho Federal de Enfermagem, 2017).

DOI: 10.51161/iv-conasus/88410

No cotidiano do cuidado, a aplicação desses fundamentos exige mais do que o conhecimento de normas. A sensibilidade moral permite reconhecer vulnerabilidades, perceber implicações éticas das ações e identificar conflitos entre valores, deveres e necessidades das pessoas cuidadas. Essa capacidade integra conhecimentos, habilidades, emoções e percepções e pode ser desenvolvida ao longo da formação profissional (Ferraz et al., 2023).

A bioética amplia essa reflexão ao articular conhecimentos das ciências da vida, valores humanos, direitos e responsabilidade social. No principialismo, autonomia, beneficência, não maleficência e justiça constituem referências para a análise de situações morais. Na enfermagem, esses princípios dialogam com deveres profissionais, humanização do cuidado e defesa de uma atenção integral e segura (Beauchamp; Childress, 2002; Borges; Santos; Santana, 2022).

O ensino da ética requer estratégias capazes de aproximar conceitos e experiências concretas. Metodologias participativas e atividades visuais podem estimular diálogo, problematização, reconhecimento das diferenças e construção de consensos, favorecendo a educação em valores e a competência ético-política (Burgatti et al., 2013; Marques, 2018). Nesse sentido, a produção coletiva de um cartaz foi adotada como recurso para organizar ideias e promover reflexão compartilhada.

Este trabalho teve como objetivo relatar a experiência de construção coletiva de um cartaz como estratégia pedagógica para estimular a reflexão sobre responsabilidade profissional, ética e bioética na formação de estudantes de mestrado em enfermagem.

2 RELATO DE EXPERIÊNCIA

Trata-se de relato de experiência, de caráter descritivo, referente a uma atividade educativa desenvolvida por estudantes do primeiro período do Mestrado Profissional em Enfermagem Assistencial da Universidade Federal Fluminense. A atividade ocorreu em outubro de 2025, na disciplina Fundamentos da Prática Assistencial, durante o seminário "Inovação e liderança na prática assistencial em enfermagem", com duração aproximada de oito horas.

Participaram 12 estudantes, organizados em quatro grupos temáticos para discutir ética, responsabilidade profissional, inovação em saúde e liderança. O presente relato focaliza a produção visual relacionada à ética e à responsabilidade profissional. A atividade foi mediada pela docente responsável pela disciplina, que coordenou e orientou o processo. A proposta consistiu em discutir, de forma participativa e visual, valores, responsabilidades e dilemas relacionados ao exercício profissional em saúde.

A experiência foi organizada em quatro momentos. No primeiro, foram retomados referenciais sobre ética, bioética, responsabilidade profissional, sensibilidade moral e humanização do cuidado. No segundo, os estudantes compartilharam compreensões e situações do cotidiano profissional relacionadas ao respeito, à comunicação, ao acolhimento e à tomada de decisão. No terceiro, foram selecionadas imagens e palavras-chave consideradas representativas dos conceitos discutidos e realizada a montagem coletiva do cartaz. No quarto momento, o produto foi apresentado e utilizado como disparador para a reflexão final sobre as escolhas feitas pelo grupo e as temáticas discutidas.

A construção resultou em um cartaz composto por imagens associadas ao cuidado e por expressões como respeito, cuidado, amor, desafios, exemplo e futuro. Durante a discussão, essas palavras foram relacionadas aos quatro princípios clássicos da bioética — autonomia, beneficência, não maleficência e justiça — e a valores previstos no exercício profissional, como responsabilidade, honestidade e competência. A Figura 1 apresenta uma síntese visual do cartaz construído.

DOI: 10.51161/iv-conasus/88410

Figura 1 – Síntese visual dos princípios bioéticos e dos valores relacionados à responsabilidade profissional em saúde.

Fonte: elaboração das autoras, com apoio de inteligência artificial generativa (ChatGPT) e de recurso de edição da Adobe (2026).

3 DISCUSSÃO

A construção coletiva favoreceu a organização visual de conceitos que, muitas vezes, permanecem apresentados de forma abstrata no ensino da ética. A escolha de imagens e palavras demandou que os estudantes explicitassem o significado atribuído a cada elemento, discutissem diferenças de interpretação e negociassem a composição final. Dessa maneira, o cartaz funcionou não apenas como produto, mas como mediador do diálogo e da reflexão.

A literatura destaca que metodologias ativas podem contribuir para a educação em valores ao criar condições para o desenvolvimento da sensibilidade moral, o contato com conflitos, o diálogo e a construção de consensos (Marques, 2018). Embora a elaboração de um cartaz não constitua, isoladamente, uma metodologia ativa estruturada, a atividade pode assumir caráter participativo quando articula experiências prévias, problematização e produção coletiva de sentidos. Essa distinção evita classificar qualquer recurso lúdico como inovação pedagógica sem considerar o modo como foi conduzido.

A presença das palavras respeito, cuidado e acolhimento aproximou a discussão da dimensão relacional da ética. O agir profissional manifesta-se na comunicação, na escuta, na preservação da privacidade, no reconhecimento da autonomia e na resposta às necessidades da pessoa, da família e da coletividade. Esses elementos convergem com o Código de Ética da Enfermagem e com a perspectiva de cuidado integral e humanizado no Sistema Único de Saúde (Leite; Claudino; Santos, 2009; Dourado et al., 2020; Conselho Federal de Enfermagem, 2017).

A sensibilidade moral também se mostrou um eixo pertinente para interpretar a experiência, pois reconhecer um problema ético antecede a deliberação sobre a conduta. Ferraz et al. descrevem essa sensibilidade como uma combinação de capacidades cognitivas, sentimentos e percepções mobilizadas diante das vulnerabilidades e consequências éticas do cuidado (Ferraz et al., 2023). A discussão de situações vivenciadas pode, portanto, ajudar a tornar visíveis conflitos que seriam naturalizados na rotina profissional.

Os princípios da autonomia, beneficência, não maleficência e justiça serviram como referências de análise, mas não devem ser confundidos com a totalidade dos valores profissionais. Responsabilidade, honestidade, competência, respeito e lealdade são valores e deveres relevantes, porém não integram a formulação dos quatro princípios clássicos. A separação conceitual entre princípios bioéticos e valores profissionais torna a discussão mais precisa (Beauchamp; Childress, 2002; Conselho Federal de Enfermagem, 2017).

A relação com o SUS pode ser fortalecida ao destacar que decisões éticas também envolvem acesso, equidade, integralidade, segurança e respeito aos direitos dos usuários. O Código de Ética orienta a participação da enfermagem na defesa das políticas públicas e vincula o exercício profissional à universalidade do acesso e à integralidade da assistência. Estratégias educativas sobre ética e bioética podem apoiar uma prática profissional crítica, reflexiva e comprometida com esses princípios (Conselho Federal de Enfermagem, 2017; Pereira et al., 2022). A literatura sobre infrações éticas na enfermagem também reforça a necessidade de espaços formativos capazes de articular conhecimento normativo, reflexão crítica e prevenção de condutas incompatíveis com o cuidado seguro (Martinez et al., 2024).

Como contribuição, a experiência apresenta uma estratégia simples, visual e de baixo custo, passível de adaptação a atividades de formação e educação profissional. Entretanto, não foi realizada avaliação formal da aprendizagem, da mudança de atitudes ou da aplicabilidade do recurso em outros grupos. A atividade ocorreu em contexto único e com número restrito de participantes, o que impede afirmar sua efetividade ou generalizar os resultados. Estudos futuros podem utilizar instrumentos de avaliação, registrar sistematicamente as etapas e comparar diferentes estratégias pedagógicas.

4 CONCLUSÃO

A construção coletiva do cartaz possibilitou organizar conceitos de ética, bioética e responsabilidade profissional e relacioná-los a situações do cotidiano do cuidado. O processo favoreceu a troca de experiências e a reflexão sobre comunicação, acolhimento, respeito, vulnerabilidade e tomada de decisão, reforçando que o agir ético ultrapassa o cumprimento isolado de normas.

O recurso apresentou potencial pedagógico para apoiar discussões na formação em enfermagem, especialmente por seu caráter participativo e de baixo custo. Contudo, a ausência de avaliação formal e a realização em um único contexto educacional limitam as conclusões. Recomenda-se que experiências futuras incluam planejamento pedagógico explícito, registro sistemático e avaliação dos resultados de aprendizagem.

REFERÊNCIAS

BEAUCHAMP, T. L.; CHILDRESS, J. F. Princípios de ética biomédica. 4. ed. São Paulo: Loyola, 2002.

BORGES, G. F.; SANTOS, C. R.; SANTANA, F. J. Enfoque bioético: produção do conhecimento em enfermagem no Brasil. Revista Bioética, Brasília, v. 30, n. 3, p. 610-618, 2022. DOI: 10.1590/1983-80422022303554.

BURGATTI, J. C.; LEONELLO, V. M.; BRACIALLI, L. A. D.; OLIVEIRA, M. A. C. Estratégias pedagógicas para o desenvolvimento da competência ético-política na formação inicial em enfermagem. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v. 66, n. 2, p. 282-286, 2013. DOI: 10.1590/S0034-71672013000200020.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução Cofen nº 564, de 6 de novembro de 2017. Aprova o novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Brasília, DF: Cofen, 2017. Disponível em: https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017/. Acesso em: 17 ago. 2026.

DOURADO, J. V. L.; AGUIAR, F. A. R.; LOPES, R. E.; SILVA, M. A. M.; FERREIRA JÚNIOR, A. R. Problemas éticos vivenciados por enfermeiros na Estratégia Saúde da Família. Revista Bioética, Brasília, v. 28, n. 2, p. 356-364, 2020. DOI: 10.1590/1983-80422020282397.

FERRAZ, M. O. A.; OLIVEIRA, S. S.; JESUS, I. S.; AZEVEDO, G. N.; DALLA NORA, C. R.; SANTA ROSA, D. O. Sensibilidade moral na enfermagem e interações com o cuidado: revisão integrativa. Revista de Enfermagem UFPE on line, Recife, v. 17, e257493, 2023. DOI: 10.5205/1981-8963.2023.257493.

LEITE, A. I. T.; CLAUDINO, H. G.; SANTOS, S. R. A importância de ser ético: da teoria à prática na enfermagem. Cogitare Enfermagem, Curitiba, v. 14, n. 1, p. 172-177, 2009. DOI: 10.5380/ce.v14i1.14142.

MARQUES, L. M. N. S. R. As metodologias ativas como estratégias para desenvolver a educação em valores na graduação em enfermagem. Escola Anna Nery, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, e20180023, 2018. DOI: 10.1590/2177-9465-EAN-2018-0023.

MARTINEZ, W. D.; BONIFÁCIO, N. A.; MICHELIN, A. F.; SAKAMOTO, S. R.; FARIA, J. I. L.; ANDRÉ, J. C. Infrações éticas cometidas por profissionais de enfermagem acolhidas pela comissão de ética de enfermagem: revisão integrativa. Acta Paulista de Enfermagem, São Paulo, v. 37, eAPE02954, 2024. DOI: 10.37689/acta-ape/2024AR00295.

PEREIRA, M. S.; SPAGNOL, C. A.; GUIMARÃES, E. M. P.; GODOY, S. C. B.; SILVA, S. F.; SILVA, J. G. R. Metodologia ativa na educação permanente para abordar ética e bioética. Revista Bioética, Brasília, v. 30, n. 4, p. 725-735, 2022. DOI: 10.1590/1983-80422022304564PT.

TELEMEDICINA E SAÚDE DIGITAL NO SUS: FACILIDADES, DESAFIOS E PERSPECTIVAS

MATHEUS MENDES DE MAGALHÃES; JOANA ANDRADE FIGUEIRA (ORIENTADORA); SUELLEN GIRÃO FERREIRA; ALESSANDRA SCANCETTI; GABRIEL DE ALMEIDA MARQUES; ALLAN DOS SANTOS ARAÚJO; RICARDO DE ALMEIDA VENTURA

Introdução: A transformação digital na saúde tem ampliado as possibilidades de acesso aos serviços e de organização da assistência, especialmente por meio da telemedicina e de outras estratégias de saúde digital. No Sistema Único de Saúde (SUS), essas ferramentas podem contribuir para a ampliação do acesso, a redução de barreiras geográficas, o apoio aos profissionais e a continuidade do cuidado. Entretanto, sua implementação também enfrenta desafios relacionados à desigualdade de acesso à internet e aos dispositivos digitais, à capacitação profissional, à proteção de dados e integração dos sistemas de informação. **Objetivo:** Analisar, por meio de revisão de literatura, as facilidades e os desafios relacionados à utilização da telemedicina e da saúde digital no SUS, considerando seus impactos no acesso aos serviços, na continuidade do cuidado e na redução das desigualdades assistenciais. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, de abordagem qualitativa. Foram consultadas as bases PubMed, SciELO e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), utilizando os descritores “Telemedicina”, “Saúde Digital”, “Telessaúde” e “Sistema Único de Saúde”, combinados pelos operadores booleanos AND e OR. Foram considerados estudos publicados entre 2020 e 2026, nos idiomas português, inglês e espanhol. Foram excluídos estudos duplicados, sem relação direta com o tema ou com texto completo indisponível. A seleção ocorreu mediante análise dos títulos, resumos e leitura integral dos estudos elegíveis. Ao final, 10 artigos científicos foram selecionados e analisados qualitativamente. **Resultados:** Os estudos demonstraram que a telemedicina e a saúde digital podem ampliar o acesso aos serviços, oferecer suporte diagnóstico, auxiliar na regulação, monitorar eventos em saúde e contribuir para o desenvolvimento de políticas públicas. Entretanto, persistem barreiras estruturais, como fragmentação dos sistemas de informação, desigualdades regionais, limitações de infraestrutura e lacunas na capacitação profissional. Também se destacam desafios relacionados à inclusão e alfabetização digital, interoperabilidade, segurança e privacidade das informações. **Conclusão:** A telemedicina constitui importante ferramenta para ampliar e qualificar o cuidado no SUS. Contudo, sua implementação deve ocorrer de forma planejada e equitativa, com investimentos em infraestrutura, conectividade, capacitação profissional, integração dos sistemas e proteção de dados, garantindo que a transformação digital fortaleça os princípios da universalidade, integralidade e equidade do SUS.

Palavras-chave: **TELEMEDICINA; SAÚDE DIGITAL; SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

DOI: 10.51161/iv-conasus/88433

OLHAR DE PSICÓLOGA, LUGAR DE RESIDENTE: EXPERIÊNCIAS NO CAMPO DA GESTÃO DO TRABALHO NO SUS

LILIANE DE OLIVEIRA DE SENA

Introdução: A Gestão do Trabalho e a Educação na Saúde constituem campos estratégicos para a organização dos processos de trabalho e o desenvolvimento dos trabalhadores no Sistema Único de Saúde (SUS). Nesse contexto, a atuação em Recursos Humanos pode ultrapassar a dimensão administrativa, considerando as relações estabelecidas no trabalho e seus impactos sobre os trabalhadores. A Escola de Saúde Pública da Bahia (ESPBA), enquanto espaço de formação e educação permanente em saúde, configura-se como cenário estratégico para essa articulação. A inserção de uma psicóloga no Programa de Residência Multiprofissional em Gestão da Educação e do Trabalho em Saúde (PRMGETS), atuando no setor de Recursos Humanos, possibilitou integrar conhecimentos da Psicologia à gestão do trabalho e à saúde do trabalhador. **Objetivo:** Relatar a experiência de atuação como psicóloga residente inserida no setor de Recursos Humanos de uma Escola de Saúde Pública, destacando contribuições da formação em Psicologia e da residência para a compreensão da organização do trabalho e de seus efeitos sobre os trabalhadores. **Relato de experiência:** A experiência envolveu planejamento, execução e monitoramento de ações; elaboração de estratégias de comunicação sobre temas sensíveis aos trabalhadores, considerando diferentes meios de acesso à informação; documentação e sistematização das ações para fortalecimento da memória institucional; articulação com diferentes coordenações; organização de processos de trabalho e construção de Procedimentos Operacionais utilizando metodologias de Educação Permanente em Saúde; e participação na preceptoria de estagiários em temáticas relacionadas à saúde mental no trabalho. A vivência possibilitou compreender que atividades administrativas, frequentemente percebidas como burocráticas, integram processos que podem gerar repercussões no bem-estar dos trabalhadores. O olhar da Psicologia contribuiu para considerar comportamentos, relações humanas e a relação dos sujeitos com o trabalho, considerando também as necessidades institucionais. **Conclusão:** A experiência evidenciou a relevância da residência como espaço de formação em serviço e articulação entre gestão do trabalho, educação permanente, Recursos Humanos e Psicologia. A inserção em uma Escola de Saúde Pública possibilitou compreender os processos institucionais para além de sua dimensão operacional, reconhecendo seus efeitos sobre os trabalhadores e fortalecendo uma perspectiva de cuidado e intervenções coerentes diante das possibilidades organizacionais.

Palavras-chave: **EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE; GESTÃO DO TRABALHO; SAÚDE DO TRABALHADOR**

DOI: 10.51161/iv-conasus/88446

INTEGRAÇÃO ENTRE EDUCAÇÃO PERMANENTE E ESTRATÉGIA ORGANIZACIONAL: RELATO DE EXPERIÊNCIA EM UMA ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE

CAMILA ALVES MACHADO; JAIANA ALINE MEDEIROS; CRISTIANA BATISTA VIEIRA PINTO; ANDRESSA LIMA ALVES; JULIANA GIRÃO DE OLIVEIRA; CECÍLIA SALDANHA DE LIMA FERREIRA; MARILDA DOS SANTOS ROCHA.

RESUMO

A Educação Permanente em Saúde (EPS) articula aprendizagem no trabalho, desenvolvimento profissional e transformação das práticas. Em Organizações Sociais responsáveis por múltiplos equipamentos de saúde, sua institucionalização requer integrar as diretrizes do Sistema Único de Saúde, a estratégia organizacional e as necessidades dos diferentes contextos assistenciais. Este estudo objetiva analisar a estruturação de um modelo institucional de Educação Permanente integrado às diretrizes estratégicas de uma Organização Social de Saúde. Trata-se de relato de experiência desenvolvido em uma organização responsável pela gestão de nove equipamentos de saúde em dois estados do Nordeste brasileiro. A experiência foi estruturada a partir da Política Institucional de Ensino e Pesquisa e de cinco normas complementares, articulando Gestão de Pessoas, Núcleos de Educação Permanente, lideranças e instâncias corporativas. O modelo integrou ensino-serviço, desenvolvimento profissional, pesquisa, produção e disseminação do conhecimento e avaliação da aprendizagem, conciliando diretrizes institucionais e necessidades dos serviços. A experiência possibilitou estruturar uma governança da aprendizagem que preserva as especificidades de cada equipamento e fortalece uma cultura institucional orientada ao desenvolvimento contínuo. O monitoramento foi concebido para avançar da participação nas ações educacionais para a avaliação da aprendizagem, aplicabilidade e impacto. Conclui-se que a integração entre Educação Permanente e estratégia organizacional pode fortalecer o desenvolvimento das pessoas, a circulação do conhecimento e a qualificação das práticas, orientando a aprendizagem organizacional para a melhoria das entregas e dos resultados aos usuários dos serviços de saúde.

Palavras-chave: Aprendizagem organizacional; Desenvolvimento profissional; Governança.

1 INTRODUÇÃO

A Educação Permanente em Saúde (EPS) constitui estratégia político-pedagógica orientada à transformação das práticas a partir das necessidades identificadas no cotidiano dos serviços, reconhecendo o trabalho como espaço de aprendizagem, reflexão e produção de conhecimento. No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) orienta que a formação e o desenvolvimento dos trabalhadores considerem os processos de trabalho, as necessidades da população e as especificidades dos territórios (Brasil, 2007; Ceccim, 2005).

Essa concepção pressupõe a articulação entre ensino, gestão e atenção à saúde (Ceccim; Feuerwerker, 2004). Sua institucionalização, entretanto, requer condições organizacionais que

DOI: 10.51161/iv-conasus/88470

favoreçam planejamento, continuidade e integração das ações educacionais às necessidades dos serviços (Miccas; Batista, 2014). Nesse contexto, os Núcleos de Educação Permanente (NEP) podem assumir papel estratégico ao aproximar desenvolvimento profissional e institucional das situações concretas vivenciadas pelas equipes (Diniz et al., 2020). A articulação entre diferentes atores e instâncias de governança também se mostra relevante para o planejamento, monitoramento e consolidação da EPS (Oliveira; Santos, 2021).

Nas Organizações Sociais (OS) responsáveis pela gestão de múltiplos equipamentos, essa articulação assume maior complexidade diante da necessidade de conciliar diretrizes estratégicas comuns com diferentes perfis assistenciais, equipes e contextos locais. Essa diversidade, entretanto, pode constituir oportunidade de aprendizagem organizacional quando conhecimentos e experiências produzidos nos serviços são compartilhados e incorporados às práticas institucionais (Wenger, 1998; Wiig, 1993).

Nessa perspectiva, estruturar a EPS implica aproximar aprendizagem no trabalho, desenvolvimento das pessoas, estratégia organizacional e gestão do conhecimento, considerando também mecanismos de avaliação capazes de retroalimentar as decisões e os processos educacionais (Guimarães et al., 2025).

Dessa forma, o Instituto de Gestão e Cidadania (IGC), essa concepção foi institucionalizada por meio da Política de Ensino e Pesquisa, documento técnico-institucional que articula desenvolvimento das pessoas, produção e disseminação do conhecimento, inovação e avaliação, em alinhamento às diretrizes da PNEPS e à estratégia da organização (Instituto de Gestão e Cidadania, 2025).

Diante desse contexto, este estudo objetiva analisar a estruturação de um modelo institucional de Educação Permanente integrado às diretrizes estratégicas de uma Organização Social de Saúde.

2 RELATO DE EXPERIÊNCIA

A experiência foi desenvolvida em uma Organização Social de Saúde responsável pela gestão de nove equipamentos distribuídos em dois estados da região Nordeste do Brasil. A atuação em diferentes serviços e territórios impulsionou a construção de uma estratégia institucional capaz de articular Educação Permanente em Saúde (EPS), desenvolvimento das pessoas, ensino-serviço, pesquisa, produção do conhecimento e objetivos organizacionais.

O processo teve como marco a elaboração e implantação de uma Política Institucional de Ensino e Pesquisa, concebida como documento técnico-institucional orientador das iniciativas de formação, pesquisa, inovação e desenvolvimento profissional. A política estabeleceu como princípios a aprendizagem contínua, o desenvolvimento de competências, a gestão do conhecimento, a inovação, a avaliação baseada em evidências e a integração entre ensino e serviço (Organização Social de Saúde, 2025).

A estruturação considerou que a gestão de múltiplos equipamentos exige identidade institucional compartilhada e, simultaneamente, capacidade de adaptação aos diferentes contextos assistenciais. Assim, não se buscou uniformizar as ações educacionais, mas estabelecer diretrizes comuns que orientassem o desenvolvimento das pessoas e preservassem respostas às necessidades específicas de cada serviço. Essa perspectiva aproxima a estratégia organizacional dos fundamentos da EPS, na medida em que reconhece as situações concretas do trabalho como fontes de aprendizagem.

A operacionalização da Política de Ensino e Pesquisa ocorreu por meio de cinco normas institucionais complementares, concebidas como dimensões articuladas de uma mesma estratégia de desenvolvimento. A primeira regulamentou a integração ensino-serviço, contemplando estágios, internatos, residências, visitas técnicas e outras atividades acadêmicas, com atenção à formação profissional, qualidade pedagógica, segurança do paciente e

DOI: 10.51161/iv-conasus/88470

continuidade assistencial. A segunda estabeleceu diretrizes para pesquisas realizadas nos equipamentos, considerando aspectos éticos, proteção dos participantes, segurança da informação, preservação das rotinas assistenciais e relevância social do conhecimento produzido.

A terceira norma direcionou-se ao desenvolvimento dos colaboradores, integrando Educação Permanente, Educação Continuada, Programa de Desenvolvimento Institucional do Colaborador e trilhas de aprendizagem. As ações formativas foram alinhadas às estratégias e aos valores organizacionais, bem como às competências necessárias para a qualificação dos serviços. A quarta norma regulamentou a produção técnico-científica dos colaboradores, reconhecendo artigos, relatos, protocolos, estudos aplicados, projetos de melhoria e outras produções como formas de sistematização e disseminação do conhecimento. A quinta estabeleceu critérios de incentivo à educação e ao desenvolvimento profissional, relacionando formação, competências estratégicas, cultura organizacional e objetivos institucionais.

A articulação dessas frentes ampliou a compreensão institucional sobre desenvolvimento profissional. O trabalhador passou a ser considerado não somente participante de ações educacionais, mas sujeito ativo da aprendizagem, capaz de compartilhar conhecimentos, atuar como facilitador, desenvolver projetos e contribuir para a produção e disseminação de conhecimentos e melhorias nos serviços. Essa perspectiva valoriza o protagonismo dos trabalhadores e a aprendizagem produzida no próprio ambiente de trabalho.

Nesse processo, a integração entre Gestão de Pessoas e Núcleos de Educação Permanente (NEP) constituiu elemento central da estratégia. A Gestão de Pessoas atua na jornada profissional, desenvolvimento de competências, *onboarding* e programas de desenvolvimento individual e coletivo, enquanto os NEP mantêm maior proximidade com as necessidades identificadas no cotidiano dos equipamentos. As lideranças complementam essa atuação ao reconhecer necessidades de desenvolvimento, mobilizar as equipes e acompanhar a aplicação dos conhecimentos no trabalho. Essa corresponsabilidade aproxima estratégia institucional e realidade dos serviços, fortalecendo a governança das ações educacionais.

A jornada de desenvolvimento foi organizada considerando diferentes momentos da trajetória profissional. No ingresso, o *onboarding* contempla identidade e cultura organizacional, estratégia, segurança, sistemas e inovação. Posteriormente, são desenvolvidas trilhas técnicas, comportamentais e gerenciais, considerando as competências relacionadas às diferentes funções. A organização dessa jornada possibilita fortalecer uma identidade institucional comum entre os equipamentos sem desconsiderar as particularidades dos contextos locais.

A educação digital foi incorporada para ampliar o acesso e a escala das ações formativas entre profissionais distribuídos em diferentes territórios. As plataformas educacionais possibilitam organizar trilhas e acompanhar a participação e o desenvolvimento dos trabalhadores, sendo combinadas com atividades presenciais e intervenções realizadas nos próprios serviços. As trilhas contemplam conteúdos relacionados à assistência, gestão, segurança do paciente, liderança, inovação e governança.

A formação de facilitadores internos complementou a estratégia, reconhecendo profissionais da própria organização como multiplicadores e mediadores da aprendizagem. A utilização da experiência prática, de metodologias participativas e do compartilhamento de conhecimentos favorece a aprendizagem coletiva e aproxima-se da perspectiva das comunidades de prática, nas quais o conhecimento é construído por meio da participação e da interação entre os sujeitos (Wenger, 1998).

A produção técnico-científica também foi incorporada ao modelo como estratégia de gestão do conhecimento. Experiências provenientes da assistência, gestão, inovação e processos educacionais podem ser sistematizadas em relatos, artigos, protocolos, projetos de melhoria e outros produtos. Dessa maneira, conhecimentos inicialmente produzidos em um equipamento

podem ser compartilhados e contribuir para a aprendizagem em outros serviços, ampliando a capacidade institucional de disseminação de boas práticas.

A avaliação das ações educacionais constituiu outro componente estruturante. Com base em Kirkpatrick e Kirkpatrick (2009), foram considerados quatro níveis: reação, aprendizagem, aplicabilidade e impacto. A reação acompanha satisfação e engajamento; a aprendizagem busca identificar conhecimentos, habilidades e atitudes desenvolvidos; a aplicabilidade direciona-se à transferência do conhecimento para o trabalho; e o impacto relaciona-se aos resultados institucionais e territoriais.

Essa perspectiva busca avançar de um acompanhamento centrado no número de ações e participantes para a compreensão dos efeitos do desenvolvimento profissional sobre as práticas. Esse movimento é relevante diante das dificuldades de monitoramento e avaliação de impacto da EPS apontadas por Oliveira e Santos (2021). O avanço da avaliação da aplicabilidade e do impacto constitui, portanto, uma perspectiva de amadurecimento do modelo.

A experiência possibilitou estruturar Educação Permanente, Educação Continuada, desenvolvimento profissional, ensino-serviço, pesquisa e gestão do conhecimento como componentes de uma mesma estratégia institucional. O desenvolvimento das pessoas, nessa concepção, não constitui finalidade isolada, mas busca contribuir para a qualificação das práticas, segurança, eficiência dos processos e melhoria contínua das entregas realizadas aos usuários dos serviços de saúde.

3 DISCUSSÃO

A experiência evidencia que a institucionalização da Educação Permanente em uma Organização Social responsável pela gestão de múltiplos equipamentos de saúde ultrapassa a organização de cursos e treinamentos. Sua consolidação demanda mecanismos institucionais capazes de articular aprendizagem, trabalho, estratégia, cultura, gestão e produção do conhecimento.

Esse entendimento encontra respaldo em Ceccim (2005), para quem a Educação Permanente deve partir do cotidiano dos serviços e da reflexão sobre o trabalho. De forma complementar, Ceccim e Feuerwerker (2004) defendem uma formação articulada entre ensino, gestão, atenção e controle social, reforçando a necessidade de superar abordagens educacionais fragmentadas.

No contexto analisado, a existência de cinco normas institucionais assume relevância por estabelecer diferentes frentes complementares de desenvolvimento. Ensino-serviço, formação dos colaboradores, pesquisa, produção científica e incentivo ao desenvolvimento profissional passam a ser tratados como dimensões interdependentes.

Essa construção institucional dialoga com os achados de Oliveira e Santos (2021), que apontam planejamento, monitoramento e articulação entre instâncias de governança como elementos necessários para a consolidação da EPS.

A integração entre Gestão de Pessoas e Núcleos de Educação Permanente constitui um aspecto particularmente importante do modelo. Diniz et al. (2020) destacam que os NEPs podem funcionar como ferramentas de gestão capazes de articular desenvolvimento individual, desenvolvimento institucional e necessidades dos serviços.

No modelo analisado, essa articulação evita que a Educação Permanente permaneça restrita a uma única área organizacional. As responsabilidades são compartilhadas entre estruturas corporativas e locais, possibilitando aproximar competências, estratégia e desenvolvimento profissional das necessidades provenientes do cotidiano dos equipamentos. Outro aspecto relevante refere-se à relação entre padronização e contextualização.

Uma organização responsável pela gestão de nove equipamentos necessita estabelecer diretrizes comuns relacionadas à identidade institucional, segurança, integridade,

competências, desenvolvimento e estratégia. Entretanto, a aprendizagem significativa requer relação com as experiências e os problemas vivenciados localmente.

Knowles, Holton III e Swanson (2015) destacam justamente que os adultos utilizam suas experiências acumuladas como recurso de aprendizagem e apresentam maior envolvimento quando reconhecem relevância prática nos conteúdos desenvolvidos.

Assim, a existência de uma cultura institucional comum não pressupõe uniformização absoluta das ações educacionais. Ao contrário, a experiência sugere que referências organizacionais compartilhadas podem coexistir com estratégias formativas adaptadas às características de cada equipamento.

Essa lógica permite compreender a diversidade dos serviços também como fonte de conhecimento.

Wenger (1998) argumenta que a aprendizagem ocorre em comunidades construídas pela participação e pelas práticas compartilhadas. Em organizações distribuídas territorialmente, mecanismos que possibilitem circulação das experiências entre diferentes equipes ampliam a capacidade institucional de aprender.

A produção técnico-científica dos colaboradores fortalece essa perspectiva. Ao sistematizar experiências provenientes do cotidiano por meio de artigos, estudos aplicados, protocolos ou relatos, conhecimentos inicialmente localizados podem tornar-se patrimônio institucional e potencialmente ser compartilhados com outros serviços.

Wiig (1993) ressalta que a gestão do conhecimento envolve justamente criar condições para produzir, estruturar, utilizar e disseminar conhecimento dentro das organizações.

A própria Política de Ensino e Pesquisa da OS explicita a intenção de fortalecer uma cultura de aprendizagem, produção de conhecimento e inovação, posicionando o conhecimento como elemento estratégico para qualificação das equipes e dos serviços.

A avaliação constitui outro elemento relevante dessa arquitetura. Kirkpatrick e Kirkpatrick (2009) propõem que programas educacionais sejam analisados em diferentes níveis, evitando restringir a avaliação à satisfação dos participantes.

No contexto da Educação Permanente, essa abordagem permite ampliar a discussão sobre resultados. Participação e conclusão de atividades são indicadores necessários, porém insuficientes para demonstrar mudanças nas práticas.

Guimarães et al. (2025), reforçam essa compreensão ao argumentar que gestão, avaliação e Educação Permanente se desenvolvem de maneira integrada e retroalimentada. Dessa forma, informações provenientes dos processos avaliativos podem subsidiar decisões, novas ações educacionais e aprimoramento das próprias estratégias organizacionais.

O avanço para níveis de aplicabilidade e impacto representa, entretanto, um desafio metodológico. Alterações em indicadores assistenciais e gerenciais decorrem de múltiplos fatores, o que exige cautela ao atribuir resultados exclusivamente a intervenções educacionais.

Assim, a experiência encontra-se em um processo de amadurecimento no qual os níveis iniciais de participação, reação e aprendizagem podem progressivamente ser complementados por evidências relacionadas à aplicação e aos resultados.

Essa perspectiva também contribui para aproximar desenvolvimento profissional e finalidade assistencial.

Embora o trabalhador seja sujeito central da Educação Permanente, o desenvolvimento de competências não constitui um fim isolado. Seu sentido organizacional se amplia quando contribui para práticas mais seguras, processos mais eficientes, equipes mais preparadas e melhores entregas aos usuários.

A experiência permite, portanto, compreender a Educação Permanente como parte de uma arquitetura institucional de aprendizagem.

DOI: 10.51161/iv-conasus/88470

Nesse modelo, o trabalhador aprende com o serviço; o serviço aprende com as equipes; e a organização aprende com as experiências produzidas nos diferentes equipamentos que integram sua rede.

4 CONCLUSÃO

A experiência demonstra que a Educação Permanente em Saúde pode assumir papel estratégico em uma Organização Social responsável pela gestão de múltiplos equipamentos, quando articulada às diretrizes nacionais, à estratégia organizacional e às necessidades dos serviços. A implantação de uma Política Institucional de Ensino e Pesquisa e de cinco normas complementares possibilitou integrar ensino-serviço, Educação Permanente e Continuada, desenvolvimento profissional, pesquisa e produção técnico-científica.

A articulação entre Gestão de Pessoas, Núcleos de Educação Permanente, lideranças e estruturas corporativas favoreceu uma governança compartilhada da aprendizagem, aproximando diretrizes institucionais e realidades assistenciais. Essa estrutura permite fortalecer uma identidade organizacional comum sem uniformizar as práticas educacionais, preservando respostas às necessidades de cada equipamento.

A produção e a disseminação do conhecimento ampliam essa perspectiva ao transformar experiências dos trabalhadores e serviços em aprendizagem institucional. Como perspectiva de amadurecimento, destaca-se o avanço da avaliação da aprendizagem para os níveis de aplicabilidade e impacto, buscando compreender sua relação com as práticas e os resultados organizacionais. Conclui-se que a Educação Permanente, quando integrada à estratégia, pode constituir uma arquitetura institucional de aprendizagem e desenvolvimento orientada à qualificação contínua dos serviços e das entregas aos usuários.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Orientações para monitoramento e avaliação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília**, DF: Ministério da Saúde, 2022.

CECCIM, Ricardo Burg. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 161-168, 2005.

KIRKPATRICK, Donald L.; KIRKPATRICK, James D. **Avaliação de programas de treinamento: os quatro níveis.** São Paulo: SENAC, 2009.

OLIVEIRA, Ingryd Myrelly Araújo de; SANTOS, Juliana Siqueira. Política de Educação Permanente em Saúde: análise da gestão regional. **Saúde em Redes**, [s. l.], v. 7, n. 2, 2021.

DOI: 10.51161/iv-conasus/88470

VACINAÇÃO MATERNA CONTRA O VÍRUS SINCICIAL RESPIRATÓRIO E PREVENÇÃO DA BRONQUIOLITE VIRAL AGUDA

ANALUZIA GONÇALVES DE OLIVEIRA, CELSO LUCAS CRUZ SANTOS, HELOÍSA FERNANDA SILVA ARAGÃO, LARISSA FILGUEIRAS REZENDE, INGRIDIS CRISTINA DOS SANTOS CAMELO, MAYTÊ BONIFÁCIO DE CARVALHO TARGINO MUNIZ, VANESSA RODRIGUES DE CARVALHO

RESUMO

A bronquiolite viral aguda constitui uma das principais infecções do trato respiratório inferior em lactentes, sendo o Vírus Sincicial Respiratório (VSR) seu principal agente etiológico. Embora apresente evolução autolimitada na maioria dos casos, pode evoluir para insuficiência respiratória, hospitalização, admissão em unidade de terapia intensiva e necessidade de ventilação mecânica, sobretudo em lactentes jovens, prematuros e crianças com condições de risco. Considerando que o manejo permanece predominantemente baseado em medidas de suporte, as estratégias de prevenção assumem papel relevante na redução da morbidade associada à doença. O presente estudo objetiva analisar a importância da vacinação materna contra o VSR na prevenção das formas graves da doença em lactentes, relacionando as evidências científicas às atuais estratégias de imunização adotadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Trata-se de uma revisão narrativa da literatura, fundamentada em artigos científicos nacionais e internacionais, recomendações da Sociedade Brasileira de Pediatria e documentos oficiais do Ministério da Saúde. Os estudos analisados demonstraram que as formas graves de bronquiolite podem demandar períodos prolongados de ventilação mecânica e permanência em terapia intensiva. Em contrapartida, evidências provenientes de ensaio clínico de fase 3 demonstraram elevada eficácia da vacinação materna na prevenção da doença grave do trato respiratório inferior associada ao VSR nos primeiros meses de vida. A incorporação da vacinação de gestantes ao SUS amplia a proteção dos lactentes por meio da transferência transplacentária de anticorpos, enquanto a utilização de anticorpos monoclonais em populações pediátricas elegíveis constitui estratégia preventiva complementar. Conclui-se que a vacinação materna representa importante avanço na prevenção das formas graves da infecção pelo VSR e, associada às demais medidas preventivas, apresenta potencial para reduzir hospitalizações, complicações respiratórias e a demanda por assistência pediátrica de maior complexidade.

Palavras-chave: Bronquiolite Viral. Imunidade Materno-adquirida. Saúde da Criança.

DOI: 10.51161/iv-conasus/88476

1 INTRODUÇÃO

A bronquiolite viral aguda (BVA) é uma infecção do trato respiratório inferior que acomete predominantemente lactentes e crianças pequenas, caracterizando-se pela inflamação dos bronquíolos e consequente comprometimento das pequenas vias aéreas. O Vírus Sincicial Respiratório (VSR) constitui seu principal agente etiológico, embora rinovírus, adenovírus, influenza, parainfluenza e metapneumovírus também possam estar relacionados à doença (Pereira et al., 2024).

Os primeiros sintomas da doença costumam ser os de um quadro respiratório superior, como obstrução nasal, coriza, tosse e febre. Com o passar dos dias, o quadro pode evoluir, tornando a tosse mais frequente, além de surgirem taquipneia, sibilância e dificuldade respiratória. Em apresentações mais graves, podem ocorrer sonolência, gemência, cianose e pausas respiratórias, manifestações que demandam avaliação médica imediata (Sociedade Brasileira de Pediatria, 2026).

O diagnóstico da BVA é predominantemente clínico, baseado na história e no exame físico, devendo a avaliação considerar o padrão respiratório, o estado geral da criança, a capacidade de alimentação e hidratação e a presença de fatores associados à evolução desfavorável. Nas apresentações típicas, exames complementares não são recomendados rotineiramente, e o manejo permanece direcionado principalmente às medidas de suporte (Pereira et al., 2024; BRASIL, 2026c).

Embora a evolução geralmente seja favorável, algumas crianças apresentam maior suscetibilidade às formas severas. Bebês com menos de um ano, nascidos prematuros, com baixo peso ao nascer, portadores de cardiopatias ou enfermidades pulmonares crônicas e com deficiências imunológicas formam os grupos de maior propensão à internação e, em alguns casos, à necessidade de cuidados em terapia intensiva (Sociedade Brasileira de Pediatria, 2026).

A repercussão clínica das formas graves foi demonstrada por Ferlini et al. (2016) ao estudarem lactentes menores de um ano submetidos à ventilação mecânica por BVA em uma unidade de terapia intensiva pediátrica brasileira. Os resultados evidenciaram períodos consideráveis de suporte ventilatório e internação, além da ocorrência de complicações, demonstrando que uma parcela dos pacientes pode desenvolver comprometimento respiratório de elevada complexidade.

O tratamento da bronquiolite permanece essencialmente suportivo, com prioridade para manutenção da oxigenação e hidratação adequadas. A inexistência de uma intervenção farmacológica específica indicada rotineiramente para modificar a evolução da bronquiolite típica reforça a relevância das estratégias capazes de prevenir a infecção e, principalmente, suas manifestações de maior gravidade (Pereira et al., 2024).

Nesse cenário, a prevenção específica da infecção pelo VSR ganhou destaque com o desenvolvimento de novas tecnologias de imunização. A vacinação durante a gestação permite que a resposta imunológica materna produza anticorpos específicos que atravessam a placenta e proporcionam proteção passiva ao recém-nascido, justamente em um período no qual os lactentes apresentam maior vulnerabilidade às formas graves da doença (Kampmann et al., 2023).

A ampliação das estratégias preventivas contra o VSR e sua incorporação às políticas públicas brasileiras representam uma mudança relevante no enfrentamento da bronquiolite, deslocando parte da assistência de uma abordagem predominantemente voltada ao tratamento de suporte para uma perspectiva também preventiva. Nesse sentido, este estudo objetiva analisar a importância da vacinação materna contra o VSR na prevenção das formas graves da doença em lactentes, relacionando as evidências científicas disponíveis às atuais estratégias de imunização adotadas pelo SUS.

DOI: 10.51161/iv-conasus/88476

2 MATERIAL E MÉTODOS

O presente trabalho consiste em uma revisão narrativa da literatura, de natureza descritiva, sobre a bronquiolite viral aguda associada ao Vírus Sincicial Respiratório e as medidas de prevenção das apresentações graves da enfermidade, com destaque para a imunização de gestantes e sua implementação no âmbito do Sistema Único de Saúde.

O embasamento teórico foi obtido a partir das referências escolhidas para esta pesquisa, entre elas o estudo longitudinal brasileiro de Ferlini et al. (2016), que aborda as características e a evolução de lactentes submetidos à ventilação mecânica por BVA; a revisão narrativa de Pereira et al. (2024), voltada aos aspectos clínicos, diagnósticos e terapêuticos da bronquiolite; e o ensaio clínico de fase 3 MATISSE, publicado por Kampmann et al. (2023), sobre a vacinação de gestantes contra o VSR. Também foram empregados documentos do Ministério da Saúde e orientações vigentes do Departamento Científico de Pneumologia da Sociedade Brasileira de Pediatria (2026).

Foram priorizadas as informações relativas à origem da BVA, ao quadro clínico, aos segmentos populacionais mais suscetíveis, à intensidade da doença, às taxas de hospitalização e à necessidade de suporte respiratório, além das ações preventivas e das comprovações de efetividade da vacinação materna. Foram igualmente consideradas as abordagens de imunização passiva voltadas ao público infantil, sempre que vinculadas à prevenção dos episódios graves de infecção pelo VSR.

Os achados foram organizados por meio de síntese narrativa e análise comparativa das evidências, relacionando-se a carga clínica das formas graves da bronquiolite às possibilidades atuais de prevenção. A discussão foi direcionada especialmente à proteção dos lactentes durante os primeiros meses de vida e às implicações das novas estratégias de imunização para a assistência pediátrica no SUS.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise das evidências demonstra que a BVA permanece uma condição de elevada relevância na assistência pediátrica, sobretudo durante os primeiros anos de vida. O VSR destaca-se como o principal agente etiológico, embora diferentes vírus respiratórios possam ocasionar manifestações clínicas semelhantes. Além da elevada frequência, a possibilidade de progressão para insuficiência respiratória torna a doença particularmente relevante em lactentes pertencentes aos grupos de maior vulnerabilidade (Pereira et al., 2024).

Segundo a Sociedade Brasileira de Pediatria (2026), a maioria das crianças apresenta evolução benigna, sem necessidade de medicamentos específicos. Entretanto, pacientes com fatores de risco podem necessitar de hospitalização para oxigenoterapia e outras medidas de suporte, e uma parcela dos internados pode evoluir para necessidade de terapia intensiva e suporte ventilatório.

A gravidade potencial da BVA foi evidenciada por Ferlini et al. (2016) em estudo longitudinal envolvendo 66 lactentes menores de um ano submetidos à ventilação mecânica. A idade média foi de 3,0 ± 2,0 meses, o peso médio de 4,7 ± 1,4 kg e 62% dos pacientes eram do sexo masculino. A etiologia viral foi identificada em 86% dos participantes.

O tempo médio de ventilação mecânica observado foi de 6,5 ± 2,9 dias, enquanto a permanência média em unidade de terapia intensiva pediátrica correspondeu a 9,1 ± 3,5 dias. Apesar de a mortalidade ter sido de apenas 1,5%, pneumotórax ocorreu em 10% da amostra e falha de extubação em 9%, demonstrando a complexidade assistencial que pode acompanhar as formas graves da doença (Ferlini et al., 2016).

DOI: 10.51161/iv-conasus/88476

Esses resultados evidenciam que a relevância da bronquiolite não deve ser avaliada apenas pela mortalidade. A necessidade de vários dias de ventilação mecânica e permanência em terapia intensiva, associada ao risco de complicações, demonstra a importante carga assistencial produzida pelas apresentações graves e reforça a necessidade de medidas capazes de prevenir a progressão da doença (Ferlini et al., 2016).

Quanto ao manejo, Pereira et al. (2024) ressaltam que a assistência permanece predominantemente baseada em suporte clínico, especialmente oxigenação e hidratação. A revisão também aborda a solução salina hipertônica, para a qual foram descritos benefícios modestos em alguns estudos, porém acompanhados por heterogeneidade dos resultados e baixa certeza das evidências, não modificando o caráter essencialmente suportivo do tratamento da BVA.

A revisão também destaca a diversidade das manifestações da bronquiolite e a identificação de distintos fenótipos clínicos, os quais podem apresentar características evolutivas e respostas ao tratamento diferentes. Apesar do potencial dessa classificação para favorecer, futuramente, uma assistência mais individualizada, ainda são necessários novos estudos que permitam determinar, com maior segurança, quais grupos de pacientes podem obter benefícios de intervenções terapêuticas específicas (Pereira et al., 2024).

Diante das limitações terapêuticas, as medidas preventivas assumem papel central. Entre as recomendações estão a higienização frequente das mãos, redução do contato de bebês com pessoas apresentando sintomas respiratórios, aleitamento materno, prevenção do tabagismo passivo, redução da exposição a aglomerações e acompanhamento pediátrico regular (Sociedade Brasileira de Pediatria, 2026).

A imunização materna representa um dos principais avanços recentes nesse cenário. Diferentemente da vacinação direta do lactente, a estratégia utiliza a resposta imunológica da gestante para produzir anticorpos específicos contra o VSR, posteriormente transferidos pela placenta. Dessa maneira, a criança nasce com proteção passiva justamente durante uma fase de elevada vulnerabilidade às manifestações graves da infecção (Kampmann et al., 2023).

A principal evidência clínica dessa estratégia provém do estudo MATISSE. Kampmann et al. (2023) realizaram ensaio clínico de fase 3, randomizado, duplo-cego e controlado por placebo em 18 países, no qual gestantes entre 24 e 36 semanas receberam uma dose intramuscular da vacina bivalente RSVpreF ou placebo. Foram 3.682 participantes no grupo vacinado e 3.676 no grupo placebo.

Nos primeiros 90 dias após o nascimento, ocorreram seis casos de doença grave do trato respiratório inferior associada ao VSR entre os lactentes do grupo vacinado e 33 no grupo placebo, correspondendo a uma eficácia vacinal de 81,8%. Até 180 dias, foram registrados 19 e 62 casos, respectivamente, resultando em eficácia de 69,4% contra esse desfecho (Kampmann et al., 2023).

Além da magnitude da proteção, merece destaque a faixa etária em que esse benefício foi observado. No estudo brasileiro de BVA grave, a idade média dos lactentes que necessitaram de ventilação mecânica foi de apenas três meses, enquanto o ensaio MATISSE demonstrou proteção elevada durante os primeiros 90 dias após o nascimento. A comparação entre esses achados evidencia a relevância potencial de proporcionar imunidade desde o início da vida (Ferlini et al., 2016; Kampmann et al., 2023).

No Brasil, a vacinação materna passou a integrar as estratégias de prevenção do VSR no SUS, possibilitando que a proteção do lactente seja iniciada ainda durante a gestação. A medida possui relevância particular para a saúde materno-infantil ao permitir acesso público a uma tecnologia direcionada à redução da doença respiratória grave nos primeiros meses de vida (Brasil, 2026e).

Além da vacinação materna, a prevenção específica pode envolver anticorpos monoclonais. A Sociedade Brasileira de Pediatria (2026) destaca o palivizumabe e o

nirsevimabe entre as possibilidades de imunoprofilaxia contra o VSR, particularmente para crianças pertencentes a grupos com maior risco de evolução para doença grave.

É importante diferenciar essas estratégias. A vacina administrada à gestante estimula seu sistema imunológico a produzir anticorpos, que posteriormente são transferidos ao feto. O nirsevimabe, por sua vez, é um anticorpo monoclonal de ação prolongada administrado diretamente à criança, fornecendo imunização passiva sem depender da produção de anticorpos pelo organismo do lactente (Brasil, 2026d).

A coexistência dessas estratégias amplia as possibilidades de prevenção e representa uma mudança relevante na abordagem do VSR. Se anteriormente grande parte do enfrentamento da bronquiolite estava concentrada em medidas gerais e no tratamento após o desenvolvimento da doença, as novas tecnologias permitem uma atuação preventiva específica antes da ocorrência dos quadros respiratórios graves (Sociedade Brasileira de Pediatria, 2026).

Nesse processo, a Atenção Primária à Saúde apresenta papel fundamental. O acompanhamento pré-natal constitui oportunidade privilegiada para avaliação da situação vacinal, orientação da gestante e esclarecimento sobre a proteção conferida ao recém-nascido. Posteriormente, o acompanhamento da criança permite reforçar medidas preventivas, reconhecer fatores de risco e identificar precocemente sinais de agravamento (Brasil, 2026a; Brasil, 2026b).

A incorporação dessas estratégias ao SUS também possui implicações relacionadas à equidade, uma vez que a oferta no sistema público pode ampliar o acesso à prevenção específica contra o VSR. Entretanto, a disponibilidade da tecnologia precisa estar associada à adesão das gestantes, orientação adequada das famílias, capacitação das equipes e organização dos serviços para que seu potencial benefício seja alcançado em escala populacional (Brasil, 2026a).

Dessa forma, os achados analisados apontam para uma transição importante no enfrentamento da doença associada ao VSR. A elevada eficácia demonstrada pela vacinação materna contra doença respiratória grave, quando analisada em conjunto com a carga assistencial produzida pelos casos que evoluem para ventilação mecânica, sustenta a relevância de ampliar estratégias preventivas durante a gestação e os primeiros meses de vida (Ferlini et al., 2016; Kampmann et al., 2023).

4 CONCLUSÃO

A bronquiolite viral aguda permanece como importante causa de morbidade respiratória na infância, especialmente entre lactentes. Apesar de apresentar evolução autolimitada na maioria dos casos, as formas graves podem resultar em hospitalização, permanência prolongada em unidade de terapia intensiva, complicações e necessidade de ventilação mecânica, evidenciando seu impacto sobre a assistência pediátrica (Ferlini et al., 2016).

A vacinação materna contra o VSR representa importante avanço preventivo por possibilitar proteção passiva ao recém-nascido durante os primeiros meses de vida. A elevada eficácia contra doença grave demonstrada no ensaio MATISSE reforça a relevância dessa estratégia justamente durante o período de maior vulnerabilidade do lactente (Kampmann et al., 2023).

No contexto brasileiro, a inserção da imunização materna nas estratégias do SUS, associada às medidas gerais de prevenção e à utilização de anticorpos monoclonais em populações pediátricas elegíveis, amplia as possibilidades de enfrentamento das formas graves da infecção pelo VSR (Brasil, 2026b; Brasil, 2026d).

Entretanto, esta revisão apresenta como limitação seu caráter narrativo e a heterogeneidade metodológica das fontes analisadas, o que impossibilita estabelecer estimativas próprias de efeito ou relações causais além das demonstradas nos estudos originais.

Estudos futuros de acompanhamento populacional serão importantes para mensurar o impacto da vacinação materna em condições reais sobre hospitalizações, internações em terapia intensiva e necessidade de suporte ventilatório.

Conclui-se que a vacinação materna contra o VSR constitui estratégia relevante para a prevenção das formas graves da doença em lactentes. O fortalecimento da cobertura vacinal, da educação em saúde, da Atenção Primária e da vigilância epidemiológica poderá contribuir para transformar os avanços recentes da imunização em redução efetiva da carga da bronquiolite associada ao VSR na população pediátrica.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Calendário de vacinação. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2026a. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-z/c/calendario-de-vacinacao. Acesso em: 14 ago. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Como a vacinação da gestante protege o recém-nascido contra o Vírus Sincicial Respiratório (VSR)? Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2026b. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br. Acesso em: 14 ago. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Doenças Transmissíveis. Guia de manejo clínico: bronquiolite viral aguda. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2026c. 89 p. ISBN 978-85-334-2992-5.

BRASIL. Ministério da Saúde. Nirsevimabe para prevenção de infecção do trato respiratório inferior associado ao Vírus Sincicial Respiratório para bebês prematuros ou com comorbidades: protocolo de uso. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2026d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Vacinação de gestantes no SUS reduz pela metade os casos graves de bronquiolite em bebês menores de 6 meses. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 14 jul. 2026e.

FERLINI, Roberta; PINHEIRO, Flávia Ohlweiler; ANDREOLIO, Cinara; CARVALHO, Paulo Roberto Antonacci; PIVA, Jefferson Pedro. Características e evolução de crianças com bronquiolite viral aguda submetidas à ventilação mecânica. Revista Brasileira de Terapia Intensiva, v. 28, n. 1, p. 55-61, 2016. DOI: https://doi.org/10.5935/0103-507X.20160003. Acesso em: 14 ago. 2026.

KAMPMANN, Beate et al. Bivalent prefusion F vaccine in pregnancy to prevent RSV illness in infants. The New England Journal of Medicine, v. 388, n. 16, p. 1451-1464, 2023. DOI: https://doi.org/10.1056/NEJMoa2216480. Acesso em: 14 ago. 2026.

PEREIRA, Clara Pedrosa; VARDIER JUNIOR, Marcos José; SANTOS, Thiago Luiz Lopes dos; FERREIRA, Mariana Vilela; FERREIRA, Maria Fernanda Gomes Heleno. Bronquiolite viral: uma revisão narrativa. Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences, v. 6, n. 6, p. 1571-1586, 2024. DOI: https://doi.org/10.36557/2674-8169.2024v6n6p1571-1586. Acesso em: 14 ago. 2026.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Departamento Científico de Pneumologia. Bronquiolite aguda. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Pediatria, jan. 2026. Acesso em: 14 ago. 2026.

DOI: 10.51161/iv-conasus/88476

A MAIOR EPIDEMIA DE DENGUE DA HISTÓRIA DO BRASIL: MAGNITUDE, DESIGUALDADES TERRITORIAIS E A RESPOSTA DO SUS EM 2024

JOSÉ VINÍCIUS FALCÃO DOS SANTOS; GUSTAVO AUGUSTO MOTA FITZ

RESUMO

O Brasil tornou-se, em dezembro de 2023, o primeiro país do mundo a incorporar a vacina contra a dengue em um sistema público universal de saúde, meses antes de enfrentar a maior epidemia da doença já registrada em sua história. Este estudo teve como objetivo descrever a magnitude e as desigualdades territoriais da epidemia de dengue no Brasil em 2024, em comparação com o ano anterior, e discutir essa trajetória à luz da resposta do SUS. Trata-se de estudo epidemiológico descritivo, de natureza comparativa, com dados secundários oficiais do Painel de Monitoramento de Arboviroses do Ministério da Saúde. Em 2024, o país registrou 6.484.890 casos prováveis de dengue e 5.972 óbitos confirmados, frente a 1.658.816 casos e 1.179 óbitos em 2023, o que representa um crescimento aproximado de 291% no número de casos e de 407% no número de mortes em apenas um ano. O coeficiente de incidência nacional atingiu 3.193,5 casos por 100 mil habitantes, mais de dez vezes o patamar de 300 por 100 mil considerado epidêmico pela Organização Mundial da Saúde. As desigualdades territoriais foram marcantes: o Distrito Federal, unidade federativa com o maior coeficiente de incidência do país, viu seus casos saltarem 584% e seus óbitos multiplicarem-se por mais de trinta em relação a 2023. A maioria dos casos concentrou-se em mulheres, em adultos jovens de 20 a 29 anos e em pessoas pretas e pardas. Conclui-se que, apesar do pioneirismo mundial na incorporação de uma vacina contra a dengue ao sistema público, a magnitude da epidemia de 2024 evidencia que a resposta biomédica isolada é insuficiente diante de uma arbovirose cuja escala depende, sobretudo, do controle vetorial e da capacidade de resposta territorializada do SUS.

Palavras-chave: Arboviroses; Emergências em Saúde Pública; Imunização.

1 INTRODUÇÃO

A dengue é a arbovirose de maior relevância em saúde pública no Brasil, país que concentra historicamente uma das maiores cargas de casos do mundo. Os anos de 2023 e 2024 foram marcados por anomalias nos padrões de temperatura e chuva decorrentes do fenômeno climático El Niño, o que impulsionou aumentos simultâneos de casos suspeitos de dengue em diversos países das Américas; até abril de 2024, a Organização Mundial da Saúde já havia registrado mais de 7,6 milhões de casos suspeitos no mundo, com a região das Américas concentrando mais de 90% das notificações (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2024; BRASIL, 2024b).

Em dezembro de 2023, o Ministério da Saúde incorporou ao Sistema Único de Saúde (SUS) a vacina Qdenga, tornando o Brasil o primeiro país do mundo a oferecer um imunizante contra a dengue em um sistema público universal de saúde, com aplicação inicialmente restrita a grupos e regiões prioritárias em razão da capacidade limitada de fornecimento do fabricante

DOI: 10.51161/iv-conasus/88499

Poucas semanas depois desse marco histórico, contudo, o país passou a enfrentar a maior epidemia de dengue de sua história, com números que superaram até mesmo as previsões mais pessimistas do próprio Ministério da Saúde (COFEN, 2024). A Organização Mundial da Saúde considera epidêmico o coeficiente de incidência superior a 300 casos por 100 mil habitantes; ao longo de 2024, o Brasil manteve-se, na maior parte do ano, em patamares muitas vezes superiores a esse limiar (COFEN, 2024).

Essa combinação de pioneirismo biomédico e colapso epidemiológico simultâneo constitui um caso raro e emblemático para a saúde pública brasileira, por escancarar os limites de uma resposta centrada exclusivamente na tecnologia vacinal diante de um vetor amplamente disseminado e de determinantes climáticos e territoriais que escapam ao alcance de qualquer imunizante isoladamente (BARCELLOS et al., 2024; GURGEL-GONÇALVES et al., 2024). Diante desse cenário, o objetivo deste estudo é descrever a magnitude e as desigualdades territoriais da epidemia de dengue no Brasil em 2024, em comparação com o ano anterior, e discutir essa trajetória à luz da resposta do SUS.

2 MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de estudo epidemiológico descritivo, de natureza comparativa, com dados secundários e de acesso público, sem identificação individual dos casos, o que dispensa apreciação por Comitê de Ética em Pesquisa. Foram utilizados os dados oficiais do Painel de Monitoramento de Arboviroses do Ministério da Saúde, divulgados publicamente e amplamente reportados pela imprensa oficial (Agência Brasil, Agência Gov e veículos de imprensa especializados em saúde), referentes aos anos-calendário de 2023 e 2024.

Foram comparados os seguintes indicadores entre os dois anos: número absoluto de casos prováveis de dengue, número de óbitos confirmados, coeficiente de incidência por 100 mil habitantes, e distribuição dos casos por Unidade da Federação, com destaque comparativo para o Distrito Federal, unidade que apresentou o maior coeficiente de incidência do país em 2024. Foi também analisado o perfil sociodemográfico dos casos prováveis de 2024 segundo sexo, raça/cor autodeclarada e faixa etária, conforme divulgado no boletim oficial mais recente disponível. Cabe registrar que o próprio Ministério da Saúde adotou, para a análise técnica da epidemia, desenho ecológico semelhante ao empregado neste estudo, com base nos mesmos sistemas de informação (Sinan, E-SUS VS e GAL) (BRASIL, 2024b).

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 Magnitude da epidemia: 2023 versus 2024

A comparação entre os dois anos-calendário revela uma escalada sem precedentes na série histórica de monitoramento da dengue no Brasil (Tabela 1). O número de casos prováveis quase quadruplicou, passando de 1.658.816 em 2023 para 6.484.890 em 2024 — incremento de aproximadamente 291% (AGÊNCIA BRASIL, 2025; CNN BRASIL, 2024). O número de óbitos confirmados, por sua vez, mais que quintuplicou, saltando de 1.179 para 5.972, um crescimento de 407% (AGÊNCIA BRASIL, 2025; AGÊNCIA BRASIL, 2024).

Tabela 1 — Comparativo de indicadores da dengue no Brasil, 2023 e 2024

Indicador	2023	2024
Casos prováveis	1.658.816	6.484.890
Óbitos confirmados	1.179	5.972
te de incidência nacional (/100 mil hab.)	-	3.193,5

DOI: 10.51161/iv-conasus/88499

Casos no Distrito Federal	40.784	279.102
Óbitos no Distrito Federal	14	440

Fonte: elaborada pelos autores com base em Agência Brasil (2025; 2024) e CNN Brasil (2024). Coeficiente de incidência nacional de 2023 não disponível nas fontes consultadas.

O coeficiente de incidência nacional em 2024 alcançou 3.193,5 casos por 100 mil habitantes, mais de dez vezes o patamar de 300 por 100 mil considerado epidêmico pela Organização Mundial da Saúde (COFEN, 2024). Esse dado dimensiona a excepcionalidade do evento: não se tratou de uma variação sazonal esperada, mas de uma ruptura de magnitude histórica, ocorrida justamente no ano seguinte à incorporação de uma vacina específica ao SUS, o que evidencia que a disponibilidade de um imunizante eficaz, por si só, não é capaz de conter uma epidemia de arbovirose já em curso, sobretudo quando sua distribuição inicial é necessariamente restrita e escalonada.

3.2 Desigualdades territoriais

A distribuição da epidemia entre as Unidades da Federação em 2024 foi acentuadamente desigual. Em números absolutos, São Paulo concentrou o maior volume de casos prováveis (2.182.875), seguido por Minas Gerais (1.695.024) e Paraná (656.286). Quando observado o coeficiente de incidência, contudo, o panorama se altera: o Distrito Federal liderou o país, com 9.907,5 casos por 100 mil habitantes, seguido por Minas Gerais (8.252,8) e Paraná (5.735,2) (AGÊNCIA BRASIL, 2025).

O caso do Distrito Federal merece destaque à parte por sua magnitude praticamente sem paralelo na série histórica nacional: os casos prováveis saltaram de 40.784 em 2023 para 279.102 em 2024, um aumento de 584%, enquanto os óbitos confirmados passaram de 14 para 440 no mesmo período — uma multiplicação superior a trinta vezes (AGÊNCIA BRASIL, 2025). Um território de alta renda per capita, elevada cobertura de atenção primária e concentração de serviços públicos federais revelou-se, ainda assim, incapaz de conter a explosão da doença, o que sugere que fatores climáticos, urbanísticos e vetoriais locais podem ter pesado mais do que a disponibilidade de recursos assistenciais na determinação da magnitude da epidemia em cada território.

3.3 Perfil sociodemográfico dos casos em 2024

Do total de casos prováveis notificados em 2024, 55% ocorreram em mulheres. Quanto à raça/cor autodeclarada, 42% dos casos foram registrados entre pessoas brancas, 34,4% entre pardas, 5,1% entre pretas, 0,9% entre amarelas e 0,2% entre indígenas, permanecendo essa informação ignorada em 17,3% dos registros. A faixa etária de 20 a 29 anos concentrou a maior parte dos casos prováveis, seguida pelas faixas de 30 a 39 e de 40 a 49 anos (AGÊNCIA BRASIL, 2025).

Ainda que a dengue não discrimine por classe social na exposição ao vetor, que prolifera tanto em áreas urbanas centrais quanto periféricas, a alta subnotificação da variável raça/cor (17,3%) limita conclusões mais definitivas sobre iniquidades raciais na distribuição da doença, apontando para uma fragilidade persistente da qualidade da informação em saúde no Brasil, mesmo diante de um evento de magnitude histórica que exigiria dados robustos para orientar a resposta assistencial.

3.4 A resposta do SUS: entre o pioneirismo vacinal e os limites do controle vetorial

A incorporação da vacina Qdenga ao SUS, em dezembro de 2023, foi anunciada pelo Ministério da Saúde como um compromisso histórico com a vida, tornando o Brasil pioneiro

mundial na oferta pública universal de um imunizante contra a dengue (AGÊNCIA BRASIL, 2023). O cronograma de entrega, no entanto, prosseguiu de forma necessariamente escalonada: cerca de 460 mil doses estavam previstas para fevereiro de 2024, com a expectativa de que o fabricante entregasse mais de cinco milhões de doses até novembro daquele ano, distribuídas conforme prioridade definida pelo Programa Nacional de Imunizações (AGÊNCIA BRASIL, 2023). Esse ritmo de disponibilização, compatível com a capacidade produtiva do fabricante, foi incompatível com a velocidade de propagação da epidemia que já se instalava no verão de 2024.

Esse descompasso temporal ilustra um princípio estrutural da resposta a arboviroses: vacinas de introdução recente, com fornecimento limitado e escalonado, não substituem a necessidade de controle vetorial contínuo, sustentado e territorializado, historicamente subfinanciado no país. A magnitude da epidemia de 2024, ocorrida no mesmo ciclo em que o Brasil se tornava referência mundial em imunização contra a dengue, sugere que a resposta do SUS a essa arbovirose precisa necessariamente combinar inovação biomédica com o fortalecimento sustentado das ações de vigilância entomológica, mobilização comunitária e eliminação de criadouros — frentes que não podem ser substituídas, apenas complementadas, pela vacinação.

3.5 Determinantes climáticos e biológicos da magnitude epidêmica

A literatura científica publicada ao longo de 2024 converge para uma explicação multifatorial da magnitude excepcional da epidemia, na qual as mudanças climáticas ocupam papel central. Estudo publicado na revista Scientific Reports, do grupo Nature, identificou que a circulação prévia do vírus, o processo de urbanização e a ocorrência prolongada de anomalias térmicas foram os principais fatores associados ao aumento da incidência de dengue na região central do Brasil entre 2014 e 2020, com áreas de altitude elevada, historicamente protegidas da transmissão, passando a registrar incidência alta (BARCELLOS et al., 2024). Revisão sistemática sobre o papel da urbanização na expansão do Aedes aegypti reforça que o crescimento urbano desordenado, associado à infraestrutura sanitária precária, constitui determinante estrutural da proliferação do vetor em escala global (KOLIMENAKIS et al., 2021), achado corroborado por estudo que analisou o impacto combinado da adequação climática, da urbanização e da conectividade entre municípios na expansão da dengue no Brasil ao longo do século XXI (LEE et al., 2021).

Análise publicada na Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical sobre a epidemia de 2024 atribui o crescimento exponencial de casos a uma combinação de fatores que inclui o aumento de temperaturas e chuvas, a insuficiência de saneamento básico, a escassez de agentes de controle de endemias, a resistência crescente do Aedes aegypti a inseticidas e a circulação simultânea dos quatro sorotipos do vírus da dengue em todas as regiões do país (GURGEL-GONÇALVES et al., 2024). Estudo ecológico sobre a dinâmica espaço-temporal da dengue no Nordeste brasileiro já havia identificado que áreas de maior vulnerabilidade social concentram risco desproporcional de transmissão, achado que dialoga diretamente com a desigualdade territorial identificada neste estudo entre as regiões Sudeste, Sul e Nordeste (DO CARMO et al., 2020). Revisão sistemática sobre os fatores associados à ocorrência de epidemias de dengue no Brasil também aponta a interação entre determinantes climáticos, urbanos e de cobertura vetorial como principal explicação para a recorrência de picos epidêmicos no país (DE SOUSA et al., 2021). Estudo conduzido no estado de São Paulo já havia identificado, em 2023, o predomínio ascendente do sorotipo DENV-1 associado a variações climáticas locais, antecipando parte do quadro que se generalizaria no ano seguinte (FUJITA et al., 2023).

O próprio boletim técnico do Ministério da Saúde sobre a epidemia de 2024 identifica, entre os determinantes socioambientais do aumento das arboviroses, a urbanização desordenada, as desigualdades socioeconômicas, a mobilidade humana intensificada pela globalização, as alterações climáticas globais e a degradação ambiental decorrente do desmatamento (BRASIL, 2024b). O mesmo documento registra que as maiores taxas de letalidade por dengue em 2024 concentraram-se nos extremos etários, entre menores de um ano e maiores de setenta anos, e que a epidemia de dengue coincidiu com a reemergência da febre do Oropouche em diversos estados, cuja semelhança clínica dificultou a distinção diagnóstica entre as arboviroses durante o período de maior sobrecarga assistencial (BRASIL, 2024b). Estudo retrospectivo sobre óbitos por dengue e chikungunya no Nordeste brasileiro corrobora que a identificação tardia de sinais de alarme constitui fator determinante para a evolução desfavorável dos casos (MENDONÇA; SILVA; LACERDA, 2023).

Esses achados reforçam a leitura central deste estudo: a epidemia de 2024 não resultou de uma falha pontual e isolada de gestão, mas da convergência entre determinantes climáticos globais, características biológicas do vetor e do vírus, vulnerabilidades sociais historicamente distribuídas de forma desigual entre os territórios, e fragilidades estruturais persistentes na infraestrutura sanitária brasileira — um conjunto de fatores que nenhuma estratégia vacinal, por mais pioneira que seja, é capaz de neutralizar isoladamente.

4 CONCLUSÃO

A epidemia de dengue de 2024 foi, por qualquer indicador analisado, a maior já registrada na história do Brasil, com crescimento de 291% no número de casos e de 407% no número de óbitos em relação a 2023, atingindo um coeficiente de incidência mais de dez vezes superior ao limiar epidêmico da Organização Mundial da Saúde. O fato de esse recorde ter ocorrido no ano seguinte ao pioneirismo mundial do Brasil na incorporação de uma vacina contra a dengue ao seu sistema público universal de saúde evidencia, de forma contundente, que nenhuma tecnologia biomédica isolada é capaz de conter uma arbovirose de transmissão vetorial amplamente disseminada, sobretudo quando sua introdução é necessariamente gradual.

As desigualdades territoriais identificadas, com destaque para o caso extremo do Distrito Federal, reforçam que a magnitude da epidemia não se explica apenas pela disponibilidade de recursos assistenciais, mas por uma combinação de fatores climáticos, urbanísticos e de infestação vetorial que exige resposta territorializada e sustentada ao longo de todo o ano, e não apenas em períodos de crise declarada. Recomenda-se que a estratégia nacional de enfrentamento à dengue integre, de forma permanente e não emergencial, a ampliação progressiva da cobertura vacinal, o fortalecimento da vigilância entomológica municipal e o investimento contínuo em infraestrutura de saneamento, sob pena de o Brasil repetir, em ciclos futuros, a mesma trajetória de recordes sucessivos.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA BRASIL. Ministério da Saúde incorpora vacina contra a dengue no SUS. Brasília: Agência Brasil, 21 dez. 2023.

AGÊNCIA BRASIL. Mortes por dengue passam de 2 mil desde o início do ano. Brasília: Agência Brasil, 30 abr. 2024.

AGÊNCIA BRASIL. Casos de dengue em 2024 passam de 6,4 milhões; mortes somam 5,9 mil. Brasília: Agência Brasil, 3 jan. 2025.

DOI: 10.51161/iv-conasus/88499

BARCELLOS, C.; MATOS, V.; LANA, R. M.; LOWE, R. Climate change, thermal anomalies, and the recent progression of dengue in Brazil. *Scientific Reports*, v. 14, p. 5948, 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Monitoramento das arboviroses e balanço de encerramento do Comitê de Operações de Emergência (COE) Dengue e outras Arboviroses 2024. *Boletim Epidemiológico*, v. 55, n. 11. Brasília, DF, 4 jul. 2024b.

CNN BRASIL. Brasil se aproxima de mil mortes por dengue em 2024. São Paulo: CNN Brasil, 2 abr. 2024.

COFEN. Dengue aumentou 400% no Brasil em 2024 em comparação ao ano passado. Brasília: Conselho Federal de Enfermagem, 2024.

DE SOUSA, S. C.; CARNEIRO, M.; EIRAS, Á. E.; BEZERRA, J. M. T.; BARBOSA, D. S. Factors associated with the occurrence of dengue epidemics in Brazil: a systematic review. *Revista Panamericana de Salud Pública*, v. 45, e1, 2021.

DO CARMO, R. F. et al. Spatiotemporal dynamics, risk areas and social determinants of dengue in Northeastern Brazil, 2014-2017: an ecological study. *Infectious Diseases of Poverty*, v. 9, p. 153, 2020.

FUJITA, D. M.; SALVADOR, F. S.; NALI, L. H. D. S.; ANDRADE JÚNIOR, H. F. Dengue and climate changes: Increase of DENV-1 in São Paulo/Brazil - 2023. *Travel Medicine and Infectious Disease*, v. 56, p. 102668, 2023.

GURGEL-GONÇALVES, R. et al. The greatest Dengue epidemic in Brazil: Surveillance, Prevention, and Control. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, v. 57, 2024.

KOLIMENAKIS, A.; HEINZ, S.; WILSON, M. L.; WINKLER, V.; YAKOB, L.; MICHAELAKIS, A. et al. The role of urbanisation in the spread of Aedes mosquitoes and the diseases they transmit — A systematic review. *PLoS Neglected Tropical Diseases*, v. 15, n. 9, e0009631, 2021.

LEE, S. A.; ECONOMOU, T.; CATÃO, R. de C.; BARCELLOS, C.; LOWE, R. The impact of climate suitability, urbanisation, and connectivity on the expansion of dengue in 21st century Brazil. *PLoS Neglected Tropical Diseases*, v. 15, n. 12, e0009773, 2021.

MENDONÇA, M. F. S. de; SILVA, A. P. de S. C.; LACERDA, H. R. Factors associated with death from dengue and chikungunya virus infection during an epidemic period in Northeast Brazil: a retrospective cohort study. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, v. 56, e0030, 2023.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Disease outbreak news: Dengue – global situation. Geneva: WHO, 30 maio 2024a.

A PROFILAXIA PRÉ-EXPOSIÇÃO (PREP) AO HIV NO BRASIL: AVANÇOS, DESAFIOS E O PAPEL DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA (2019-2024)

RODRIGO AYRES DE SOUZA; ADRIANA GONÇALVES MARINS DO NASCIMENTO

Introdução: A profilaxia pré-exposição (PrEP) ao HIV é uma estratégia de prevenção que consiste no uso de antirretrovirais para reduzir o risco de infecção. No Brasil, a oferta pública da PrEP foi iniciada no final de 2017 para grupos com maior risco de infecção, precedida por estudos demonstrativos como o PrEP-Brasil, que mostrou taxa de aceitação de 60% entre homens que fazem sexo com homens e mulheres trans. Nos últimos cinco anos, observou-se expansão expressiva da cobertura, acompanhada por desafios relacionados a desigualdades regionais, adesão e descentralização do cuidado, contexto no qual a Atenção Primária à Saúde, sobretudo por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF), assume papel central. **Objetivo:** Analisar a evolução do uso da PrEP no Brasil entre 2019 e 2024, bem como discutir a relevância da ESF para a ampliação do acesso e a continuidade do cuidado. **Metodologia:** Revisão bibliográfica narrativa, com busca em painéis epidemiológicos públicos, boletins oficiais do Ministério da Saúde e estudos do Instituto ImPrEP, complementada por artigos indexados na base SciELO, dos últimos cinco anos, sobre cobertura, perfil dos usuários e barreiras de acesso. **Resultados:** Usuários da PrEP passaram de 18.853 em 2019 para 157.890 em outubro de 2024. A rede de serviços cresceu de 176 unidades (2019) para 377 unidades (2021). O perfil predominante é de homens cis que fazem sexo com homens (81,7%), entre 30 e 39 anos (41,7%), majoritariamente brancos e com maior escolaridade, revelando desigualdades de acesso. Entre 2018 e 2022, 39% dos usuários descontinuaram o uso, e houve aumento de 20,6% de adesão no 1º semestre de 2023 frente a 2022. **Conclusão:** Houve avanço significativo na cobertura da PrEP, ainda que persistam desigualdades de acesso e índices relevantes de descontinuação do uso. A ESF, por sua capilaridade territorial e vínculo longitudinal é fundamental para ampliar o rastreamento de pessoas elegíveis, reduzir o estigma associado à medicação e garantir o acompanhamento clínico necessário à adesão. Fortalecer a integração entre PrEP e Atenção Primária é estratégico para o cumprimento da meta nacional de eliminação da aids como problema de saúde pública até 2030.

Palavras-chave: **ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA; PREVENÇÃO AO HIV; PROFILAXIA PRÉ-EXPOSIÇÃO**

DOI: 10.51161/iv-conasus/88514

TELE – ENFERMAGEM NA ASSISTÊNCIA INTEGRAL: DESAFIOS E IMPACTOS NA PRÁTICA PROFISSIONAL – UMA REVISÃO INTEGRATIVA

UYANIELE LARYSSA DA SILVA[1]; STELA FERNANDA DE CARVALHO SOARES[2]; SOFIA NUMERIANO[3]; YARA EFFLY[4]; ALYCIA GABRIELLA[5]; RENEIS PAOLLO LIMA SILVA[6].

RESUMO

A incorporação das tecnologias digitais aos serviços de saúde tem provocado mudanças na organização e na oferta do cuidado, possibilitando novas formas de acompanhamento e comunicação entre profissionais e usuários. Nesse contexto, a tele - enfermagem destaca-se como estratégia capaz de ampliar o acesso à assistência e favorecer a continuidade do cuidado, especialmente para pessoas com dificuldades de deslocamento ou que necessitam de acompanhamento frequente. O presente estudo teve como objetivo analisar o uso das tecnologias digitais na prática de enfermagem, evidenciando seus benefícios, desafios e implicações éticas e profissionais. Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, de abordagem descritiva e interpretativa, fundamentada nas etapas propostas por Whittemore e Knafl e estruturada pela estratégia PICO. A busca foi realizada nas bases SciELO, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e PubMed, considerando estudos publicados entre 2016 e 2026, nos idiomas português e inglês, disponíveis na íntegra e revisados por pares. Foram identificados 35 estudos, dos quais 22 compuseram a amostra final. A análise temática contemplou aspectos clínicos, éticos e profissionais relacionados à utilização da tele - enfermagem. Os resultados evidenciaram contribuições para a ampliação do acesso, continuidade do cuidado, acompanhamento de condições crônicas, prevenção de complicações, educação em saúde e monitoramento remoto. Também foi observado maior protagonismo do enfermeiro e fortalecimento do vínculo assistencial, favorecendo a autonomia e a participação do usuário no próprio cuidado. Entretanto, foram identificados desafios relacionados à ausência do exame físico, às barreiras tecnológicas, às desigualdades no acesso digital e à privacidade e segurança das informações. Conclui-se que a tele - enfermagem apresenta potencial para ampliar e qualificar a assistência integral, mas sua utilização requer capacitação profissional, infraestrutura adequada, inclusão digital e atenção aos aspectos éticos e de segurança.

Palavras-chave: Telessaúde; Tecnologias digitais; Cuidado remoto.

1 INTRODUÇÃO

A incorporação das tecnologias digitais aos serviços de saúde tem transformado diferentes formas de organização e prestação do cuidado. Recursos tecnológicos passaram a ser utilizados não apenas como ferramentas administrativas, mas também como instrumentos de comunicação, acompanhamento, educação em saúde e monitoramento de usuários. Nesse cenário, a telessaúde e, especificamente, a tele - enfermagem, apresentam-se como estratégias capazes de aproximar profissionais e pacientes mesmo diante de barreiras geográficas e de deslocamento.

DOI: 10.51161/iv-conasus/88523

A tele - enfermagem possibilita a realização de diferentes ações mediadas por tecnologias de comunicação, incluindo orientações, acompanhamento remoto, educação em saúde e monitoramento de usuários. Essas possibilidades tornam-se especialmente relevantes diante da necessidade de acompanhamento contínuo de pessoas com condições crônicas, nas quais a manutenção do vínculo com a equipe de saúde e o acompanhamento das orientações são fundamentais para a prevenção de complicações e para a continuidade do cuidado (Carvalho et al., 2012; Martins et al., 2020).

Além da ampliação do acesso, a utilização das tecnologias pode contribuir para uma assistência mais contínua e integrada. O contato remoto pode facilitar o esclarecimento de dúvidas, o acompanhamento de tratamentos e a identificação de necessidades que demandem avaliação presencial. Dessa forma, a tecnologia pode atuar como recurso complementar à assistência, sem necessariamente substituir o atendimento presencial, mas ampliando as possibilidades de acompanhamento do usuário.

Na prática da Enfermagem, essa transformação também repercute sobre as atribuições profissionais. O enfermeiro passa a utilizar novas ferramentas para desenvolver ações de educação em saúde, orientação, monitoramento e acompanhamento dos pacientes, exigindo o desenvolvimento de competências relacionadas à comunicação, ao uso adequado das tecnologias e à tomada de decisões diante das informações obtidas remotamente.

Apesar dos benefícios, a tele - enfermagem também apresenta limitações. A ausência do contato físico e do exame clínico presencial pode dificultar determinadas avaliações e limitar a identificação de sinais e sintomas. Além disso, nem todos os usuários possuem acesso adequado à internet, dispositivos eletrônicos ou conhecimento suficiente para utilizar ferramentas digitais, o que pode ampliar desigualdades já existentes no acesso à saúde.

Outro aspecto relevante envolve a proteção das informações compartilhadas durante o atendimento remoto. A utilização de plataformas digitais exige atenção à privacidade, ao sigilo profissional e à segurança dos dados dos usuários. Dessa maneira, a expansão da tele - enfermagem precisa estar acompanhada de capacitação profissional, estrutura tecnológica adequada e observância dos princípios éticos que orientam a assistência de Enfermagem.

Nesse contexto, torna-se relevante compreender como as tecnologias digitais vêm sendo incorporadas à prática profissional e quais são seus impactos sobre a assistência integral. Dessa forma, o presente estudo teve como objetivo analisar o uso das tecnologias digitais na prática de enfermagem, evidenciando seus benefícios, desafios e implicações éticas e profissionais.

2 MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de uma **revisão integrativa da literatura**, de abordagem descritiva e interpretativa, desenvolvida com o propósito de reunir e analisar conhecimentos produzidos acerca da utilização da tele - enfermagem na assistência integral à saúde. A escolha desse método permitiu reunir diferentes evidências relacionadas ao tema e identificar benefícios, limitações e implicações da utilização das tecnologias digitais na prática profissional.

O desenvolvimento da revisão foi fundamentado nas etapas propostas por Whittemore e Knafl, que envolvem a definição do problema, busca da literatura, avaliação dos estudos encontrados, análise dos dados e apresentação dos resultados. A questão norteadora foi estruturada por meio da estratégia **PICO**, considerando a população relacionada à assistência de Enfermagem, a utilização das tecnologias digitais como intervenção e os impactos e desafios observados na prática profissional.

A questão norteadora estabelecida foi: **"Quais são os principais desafios e impactos da tele - enfermagem na prática profissional na assistência integral à saúde?"**

A busca dos estudos foi realizada nas bases **Scientific Electronic Library Online (SciELO), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e PubMed**, considerando publicações

realizadas entre **2016 e 2026**. Foram considerados estudos disponíveis nos idiomas português e inglês, disponíveis integralmente e submetidos à revisão por pares.

Inicialmente, foram identificados **35 estudos** relacionados à temática. Após a análise dos trabalhos encontrados e a aplicação dos critérios estabelecidos para seleção da amostra, **22 artigos** foram incluídos na revisão final.

A análise dos estudos selecionados foi realizada de maneira temática e interpretativa, considerando os principais aspectos relacionados à utilização da tele - enfermagem. Os achados foram organizados a partir de aspectos **clínicos, profissionais e éticos**, permitindo identificar as contribuições das tecnologias para o cuidado, os impactos na atuação do enfermeiro e as principais dificuldades relacionadas à assistência remota.

Foram considerados, especialmente, aspectos relacionados à ampliação do acesso, continuidade do cuidado, acompanhamento de condições crônicas, educação em saúde, autonomia dos usuários, atuação profissional do enfermeiro, limitações da avaliação remota, barreiras tecnológicas e questões relacionadas à privacidade e segurança das informações.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise dos 22 estudos selecionados demonstrou que a tele - enfermagem apresenta diferentes possibilidades de contribuição para a assistência integral à saúde. Os resultados foram organizados em aspectos relacionados à ampliação do acesso e continuidade do cuidado, atuação profissional do enfermeiro, educação em saúde e autonomia do usuário, acompanhamento de condições crônicas e desafios clínicos, tecnológicos e éticos.

Ampliação do acesso e continuidade do cuidado

Entre os principais benefícios identificados, destacou-se a possibilidade de ampliar o acesso aos serviços de saúde. O atendimento mediado por tecnologias pode reduzir algumas barreiras relacionadas ao deslocamento e à distância, permitindo que determinados usuários mantenham contato com os profissionais de saúde mesmo quando o atendimento presencial apresenta dificuldades.

Essa possibilidade é especialmente importante para pessoas que necessitam de acompanhamento frequente, pois o contato remoto pode facilitar orientações e acompanhamento entre os atendimentos presenciais. Assim, a tele - enfermagem pode funcionar como uma ferramenta complementar, favorecendo a continuidade do cuidado e contribuindo para uma assistência mais próxima das necessidades do usuário.

A utilização de tecnologias na assistência também possibilita maior agilidade na comunicação entre profissional e paciente. Dúvidas relacionadas ao tratamento, orientações de autocuidado e acompanhamento podem ser realizados de maneira remota quando não houver necessidade de avaliação presencial. Estudos sobre acompanhamento telefônico realizado pela Enfermagem demonstram a possibilidade de utilização desses recursos como estratégia complementar no acompanhamento dos usuários (Carvalho et al., 2012).

Atuação e protagonismo do enfermeiro

Outro aspecto observado foi o fortalecimento do protagonismo do enfermeiro no acompanhamento remoto. A utilização das tecnologias amplia as possibilidades de atuação profissional, permitindo que o enfermeiro desenvolva ações de orientação, educação em saúde, monitoramento e acompanhamento dos usuários.

Nesse contexto, a atuação profissional exige não apenas domínio técnico e científico, mas também capacidade de comunicação e adaptação da linguagem às diferentes necessidades dos pacientes. O profissional precisa reconhecer os limites da avaliação remota e identificar situações que necessitem de encaminhamento para atendimento presencial.

A tele - enfermagem, portanto, não representa apenas a transferência do atendimento presencial para o meio digital. Ela exige que o profissional desenvolva novas estratégias de comunicação

e avaliação, mantendo os princípios de humanização, segurança e integralidade que orientam a assistência de Enfermagem.

Educação em saúde e autonomia do usuário

A educação em saúde também apareceu como uma das possibilidades relevantes da tele - enfermagem. Por meio das ferramentas digitais, o enfermeiro pode fornecer orientações relacionadas ao tratamento, prevenção de complicações, mudanças no estilo de vida e práticas de autocuidado.

Esse processo pode favorecer o empoderamento do usuário, uma vez que o paciente passa a ter maior acesso a informações e pode participar de maneira mais ativa das decisões relacionadas à própria saúde. O acompanhamento remoto também pode contribuir para reforçar orientações realizadas anteriormente e esclarecer dúvidas que surgem durante o processo de cuidado.

A educação em saúde, portanto, apresenta relação direta com a autonomia do usuário. Quando realizada de maneira adequada, considerando as características individuais e sociais de cada pessoa, pode contribuir para melhorar a adesão às orientações e fortalecer a corresponsabilização pelo cuidado.

Acompanhamento de condições crônicas

O acompanhamento de pessoas com condições crônicas também se destacou entre as possibilidades da tele - enfermagem. Usuários que necessitam de acompanhamento contínuo podem se beneficiar de estratégias de monitoramento remoto, especialmente quando associadas ao acompanhamento presencial.

O contato frequente possibilita reforçar orientações, acompanhar dificuldades relacionadas ao tratamento e identificar situações que possam indicar a necessidade de avaliação profissional. Estudos relacionados ao telemonitoramento de Enfermagem demonstram o potencial dessas estratégias para acompanhar usuários e estimular práticas relacionadas ao cuidado em saúde (Martins et al., 2020).

Nesse sentido, a tele - enfermagem pode contribuir para uma abordagem mais preventiva, auxiliando na identificação de necessidades antes que determinadas situações evoluam para complicações que demandem atendimento mais complexo.

Limitações da avaliação clínica remota

Apesar dos benefícios identificados, a revisão também demonstrou limitações importantes. Uma das principais está relacionada à impossibilidade de realizar o exame físico completo durante o atendimento remoto.

A avaliação clínica em Enfermagem envolve diferentes elementos que podem depender da observação direta, do contato físico e da realização de procedimentos. Dessa maneira, determinados sinais e sintomas podem não ser adequadamente avaliados por meio de uma ferramenta digital.

Por esse motivo, a tele - enfermagem deve ser compreendida como uma estratégia complementar à assistência presencial. Cabe ao profissional avaliar cada situação e reconhecer quando a consulta remota não é suficiente, realizando o encaminhamento adequado para avaliação presencial.

Barreiras tecnológicas e desigualdade digital

Outro desafio identificado foi relacionado às desigualdades no acesso às tecnologias. Embora os recursos digitais possam ampliar o acesso à saúde para determinados grupos, usuários sem acesso à internet, dispositivos eletrônicos ou conhecimentos necessários para utilizar essas ferramentas podem permanecer excluídos.

Essa realidade demonstra que a implementação da tele - enfermagem precisa considerar as condições socioeconômicas e educacionais da população atendida. A tecnologia, quando utilizada sem considerar essas diferenças, pode produzir um efeito contrário ao esperado e ampliar desigualdades no acesso à assistência.

DOI: 10.51161/iv-conasus/88523

Portanto, a inclusão digital deve ser considerada como parte das estratégias de expansão da tele - enfermagem. É necessário desenvolver alternativas acessíveis e utilizar diferentes formas de comunicação de acordo com as condições de cada usuário.

Privacidade, segurança e aspectos éticos

As questões relacionadas à privacidade e segurança das informações também foram identificadas como desafios relevantes. O atendimento remoto envolve o compartilhamento de informações pessoais e relacionadas à saúde, exigindo cuidado com os meios utilizados para comunicação e armazenamento dos dados.

O enfermeiro deve manter o sigilo profissional e utilizar as tecnologias de maneira responsável, garantindo que as informações dos usuários sejam protegidas. Dessa forma, o desenvolvimento da tele - enfermagem está diretamente relacionado à necessidade de capacitação dos profissionais para utilização segura das ferramentas digitais.

A dimensão ética é especialmente importante porque a qualidade da assistência não deve ser avaliada apenas pela disponibilidade tecnológica, mas também pela capacidade de garantir segurança, privacidade, humanização e respeito à individualidade do usuário.

Impactos para a prática profissional da Enfermagem

De maneira geral, os resultados demonstraram que a tele - enfermagem modifica algumas formas tradicionais de prestação do cuidado, mas não elimina a importância da assistência presencial. Ao contrário, os recursos tecnológicos podem complementar o trabalho desenvolvido pela equipe e ampliar as possibilidades de acompanhamento.

Para o enfermeiro, essa realidade exige o desenvolvimento de novas competências profissionais, principalmente relacionadas à comunicação, utilização de ferramentas digitais, educação em saúde, avaliação das necessidades do usuário e tomada de decisão.

A utilização adequada das tecnologias pode contribuir para uma assistência mais acessível e contínua, mas seus resultados dependem da integração entre recursos tecnológicos, conhecimento científico e cuidado humanizado. Assim, a tecnologia deve permanecer como instrumento para qualificar a assistência, e não como substituta da relação humana estabelecida entre profissional e paciente.

4 CONCLUSÃO

A revisão integrativa demonstrou que a tele - enfermagem apresenta potencial significativo para ampliar o acesso à assistência, favorecer a continuidade do cuidado, fortalecer a educação em saúde e estimular a autonomia dos usuários. Os estudos analisados também evidenciaram maior protagonismo do enfermeiro no acompanhamento remoto, especialmente em ações de orientação, monitoramento e acompanhamento de condições crônicas.

Apesar dessas contribuições, permanecem desafios relacionados à ausência do exame físico, às limitações da avaliação clínica remota, às desigualdades no acesso às tecnologias e às questões de privacidade e segurança das informações. Dessa forma, a tele - enfermagem deve ser compreendida como uma ferramenta complementar à assistência presencial, sendo necessária a avaliação individualizada de cada situação para garantir a segurança do usuário.

Os achados reforçam ainda a necessidade de capacitação dos profissionais de Enfermagem para o uso adequado das tecnologias, bem como de investimentos em infraestrutura e inclusão digital. Para que a tele - enfermagem contribua efetivamente para a assistência integral, é fundamental associar inovação tecnológica, conhecimento científico, princípios éticos e comunicação humanizada.

Como limitação, destaca-se a diversidade dos estudos encontrados e das diferentes formas de aplicação da tele - enfermagem, o que pode dificultar a comparação direta entre os resultados. Recomenda-se, portanto, a realização de novos estudos que acompanhem a evolução

das tecnologias digitais e seus impactos na prática profissional, considerando diferentes contextos de assistência e perfis de usuários.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Análise da implantação do Programa Telessaúde Brasil em Pernambuco, Brasil: estudo de casos**. *Cadernos de Saúde Pública*, 2015.

CARVALHO, K. M. et al. Intervenção de enfermagem na aplicação de insulina: acompanhamento por telefone. *Acta Paulista de Enfermagem*, 2012.

CONCEIÇÃO, A. P. et al. Cuidado integral: desafio na atuação do enfermeiro. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 2017.

MARTINS, J. P. et al. Avaliação da experiência do telemonitoramento de enfermagem por mulheres com excesso de peso. *Escola Anna Nery*, 2020.

RODRIGUES, A. C. et al. Aplicação da telessaúde na prática de enfermagem: revisão integrativa da literatura. 2016.

SANTOS, M. E. et al. Telessaúde na assistência ao paciente por enfermeiros de prática avançada: revisão sistemática. *Acta Paulista de Enfermagem*, 2025.

SILVA, R. S. et al. Caracterização dos seminários por webconferência sobre saúde do adolescente e jovem da rede de núcleos de telessaúde de Pernambuco. *Revista de Saúde Pública*, 2012.

SOUZA, L. F. et al. Contribuições da telenfermagem na Atenção Primária à Saúde no contexto da pandemia de COVID-19: revisão integrativa, 2024.

DOI: 10.51161/iv-conasus/88523

BARREIRAS DE COMUNICAÇÃO E BAIXO LETRAMENTO EM SAÚDE NA ATENÇÃO AO IDOSO: RELATO DE EXPERIÊNCIA DE 22 ANOS NA ATENÇÃO BÁSICA

MÔNICA DOS SANTOS

Introdução: O envelhecimento populacional impõe desafios ao manejo de condições crônicas no Sistema Único de Saúde (SUS). Na Atenção Primária, a incompatibilidade entre a linguagem técnica e a capacidade de compreensão do idoso gera lacunas assistenciais, agravadas pelo analfabetismo e pelo constrangimento em admitir dúvidas. O cenário se torna ainda mais crítico entre idosos que residem sós, para os quais visitas esporádicas de familiares não suprem as demandas do cotidiano. Nesses casos, a promoção da equidade exige intervenções alinhadas às limitações do usuário. **Objetivo**: Relatar a vivência prática de 22 anos no atendimento a idosos com baixo letramento em saúde, destacando o impacto do isolamento residencial e a criação de estratégias visuais de organização. **Relato de experiência:** Na assistência diária, constatou-se que idosos com baixo letramento e sem suporte familiar contínuo enfrentam barreiras que extrapolam o uso de remédios. Pela dificuldade de leitura, misturam papéis de exames, consultas e receitas, esquecendo datas de acompanhamento. Por vergonha, afirmam entender as orientações, gerando erros de dosagem e trocas de medicação. Como resposta prática para garantir a equidade no SUS, desenvolveu-se a adaptação de caixas de medicamentos com marcadores visuais (cores e símbolos de sol/lua) e a fixação de comprovantes de consultas e exames diretamente na parede ou em suportes da casa utilizando fitas adesivas, mantendo o calendário de cuidados sempre visível. Adotou-se também o método teach-back, confirmando o entendimento ao pedir para o idoso explicar o tratamento. As ações reduziram substancialmente os erros terapêuticos e o absenteísmo, resgatando a autonomia do idoso solo. **Conclusão**: O baixo letramento, associado ao morar sozinho, compromete a segurança e a continuidade do cuidado ao idoso no SUS. A experiência demonstra que a fixação visível de documentos e o uso de caixas adaptadas traduzem a equidade na prática, sendo ferramentas simples e eficazes para assegurar a autonomia na Atenção Básica.

Palavras-chave: **ADESÃO À TERAPÊUTICA; IDOSO; LETRAMENTO EM SAÚDE**

DOI: 10.51161/iv-conasus/88525

TEACH-BACK COMO ESTRATÉGIA DE COMUNICAÇÃO PARA APOIAR O AUTOCUIDADO NAS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

ERICA CRISTINA LOPES; ELLEN APARECIDA DE SOUZA DUARTE; DANIELE DE SOUZA PEREIRA; MIRIAN NATÁLIA DE GÓIS; PALOMA DA SILVA RODRIGUES TRAD

Introdução: As doenças crônicas não transmissíveis demandam acompanhamento longitudinal e participação ativa das pessoas nas decisões cotidianas de cuidado. Entretanto, receber orientações não garante que elas sejam compreendidas e aplicadas. O letramento em saúde influencia a capacidade de acessar, compreender, avaliar e utilizar informações, enquanto a comunicação profissional pode facilitar ou dificultar o autocuidado. **Objetivo:** Analisar as contribuições do letramento em saúde e da estratégia Teach-Back para apoiar o autocuidado de pessoas com doenças crônicas na Atenção Primária à Saúde. **Metodologia:** Estudo teórico-descritivo, exploratório, desenvolvido como revisão narrativa. Foram analisados artigos científicos e documentos técnicos, em português e inglês, selecionados entre agosto de 2025 e março de 2026 no PubMed e em fontes institucionais nacionais e internacionais. O material abordou doenças crônicas, autocuidado, comunicação em saúde e Atenção Primária, sendo sintetizado em três eixos: fatores que influenciam o autocuidado; compreensão das informações; e estratégias de verificação do entendimento. **Resultados:** A literatura analisada indicou que o autocuidado não depende apenas da motivação individual, pois é influenciado por condições cognitivas, sociais, culturais e ambientais, além da capacidade de interpretar informações em saúde. A comunicação restrita à transmissão de informações pode manter dúvidas não identificadas e dificultar o autocuidado, monitoramento e a tomada de decisão. O Teach-Back permite verificar a clareza da orientação ao solicitar que a pessoa explique, com suas próprias palavras, o que compreendeu. Essa estratégia não deve ser utilizada como teste do usuário, mas como avaliação da eficácia da comunicação profissional, possibilitando identificar lacunas e reformular mensagens. Sua associação com linguagem simples, orientações breves e respeito ao contexto sociocultural pode favorecer autonomia, segurança e participação no cuidado. **Conclusão:** O letramento em saúde e o Teach-Back apresentam potencial para qualificar práticas educativas e fortalecer o autocuidado nas doenças crônicas na Atenção Primária. Sua incorporação exige capacitação profissional e adaptação às necessidades dos usuários. Estudos futuros devem avaliar seus resultados em diferentes contextos assistenciais.

Palavras-chave: **EDUCAÇÃO EM SAÚDE; LETRAMENTO EM SAÚDE; RELAÇÕES PROFISSIONAL-PACIENTE**

DOI: 10.51161/iv-conasus/88544

ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: RELATO DE EXPERIÊNCIA DE ACADÊMICAS DE ENFERMAGEM NA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA.

JESSICA FERNANDA FREIRE DA SILVA GAUDÊNCIO; JOYCE JAYNE LOURENÇO DE MACENA; HADASSA REBECA DA SILVA EVANGELISTA

Introdução: A Atenção Primária à Saúde (APS) é a principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS), desenvolvendo ações de promoção, prevenção e recuperação contínua da população. Nesse contexto, a Unidade de Saúde da Família (USF) constitui um espaço essencial para o cuidado integral, e o estágio supervisionado possibilita aos acadêmicos vivenciar a rotina dos serviços e compreender a atuação da equipe de enfermagem. **Objetivo:** Relatar a experiência de acadêmicas de enfermagem no estágio realizado em uma Unidade de Saúde da Família, evidenciando o papel do enfermeiro e sua importância na atenção primária à saúde. **Experiência:** Durante o estágio na USF Vila Saúde, em João Pessoa-PB foi possível acompanhar e participar de diversas atividades desenvolvidas pela equipe de enfermagem, como acolhimento, consultas de pré-natal e puericultura, visitas domiciliares, vacinação, testes rápidos, coleta de exame citopatológico e ações de educação em saúde. A vivência permitiu observar a organização do trabalho na Estratégia Saúde da Família, a atuação do enfermeiro na coordenação do cuidado e a importância do vínculo estabelecido com os usuários. Além disso, o estágio contribuiu para o desenvolvimento de habilidades técnicas, comunicativas e de escuta qualificada, fundamentais para uma assistência humanizada e resolutiva. **Conclusão:** A experiência vivenciada pelas acadêmicas mostrou que o enfermeiro exerce papel central na APS, atuando na promoção da saúde, prevenção de agravos, acompanhamento dos usuários e fortalecimento da integralidade do cuidado. O estágio na USF foi essencial para aproximar a teoria da prática e ampliar a compreensão sobre a relevância da enfermagem no cuidado à comunidade.

Palavras-chave: **ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE; CUIDADOS DE ENFERMAGEM; PROMOÇÃO DA SAÚDE**

DOI: 10.51161/iv-conasus/88547

INSERÇÃO DA SAÚDE BUCAL NO CONSULTÓRIO NA RUA: RELATO DE UMA EXPERIÊNCIA DE AMPLIAÇÃO DO CUIDADO EM PELOTAS

HELENA PEREIRA RODRIGUES DA SILVA
BIANCA MEDEIROS DA SILVEIRA
LUIS MARCELO OLIVEIRA SEGREDO
ANA ESTER GARCIA DUTRA
VIVIANE DE SOUZA VIEIRA
SANDRA DA CRUZ ALVES
CARLOS EDUARDO PEREIRA GARCIA

RESUMO

A população em situação de rua vivencia importantes barreiras de acesso aos serviços de saúde, tornando necessárias estratégias de cuidado capazes de reconhecer suas singularidades e aproximar os diferentes pontos da Rede de Atenção à Saúde. Este trabalho tem como objetivo relatar a inserção da saúde bucal na equipe de Consultório na Rua de Pelotas, Rio Grande do Sul, discutindo suas contribuições para a identificação das necessidades de saúde bucal, a ampliação do acesso ao cuidado odontológico e a integralidade da atenção. A aproximação da odontologia com a equipe iniciou em outubro de 2025, durante uma ação intersetorial, seguida por intervenções pontuais a partir de novembro. Em março de 2026, ocorreu a inserção da primeira cirurgiã-dentista na equipe, com atuação em cinco turnos semanais. O trabalho passou a envolver buscas ativas e abordagens no território, avaliações e orientações, atendimento odontológico em unidade de saúde e articulação com serviços de atenção secundária e terciária. A experiência evidenciou elevada carga de problemas bucais e demanda reprimida por cuidado odontológico. A presença da cirurgiã-dentista possibilitou maior reconhecimento dessas necessidades, ampliou os caminhos de acesso aos serviços e aproximou a rede de atenção odontológica da população em situação de rua. Também repercutiu no trabalho multiprofissional, incorporando a saúde bucal de forma mais sistemática ao olhar da equipe sobre as necessidades dos usuários. Conclui-se que a inserção da odontologia no Consultório na Rua ultrapassa a oferta de procedimentos clínicos, constituindo uma estratégia com potencial para ampliar o acesso, fortalecer a articulação da rede e incorporar a saúde bucal ao cuidado integral à população em situação de rua.

Palavras-chave: Pessoas em Situação de Rua; Saúde Bucal; Acessibilidade aos Serviços de Saúde.

1 INTRODUÇÃO

A saúde constitui direito de todos e dever do Estado, sendo a universalidade, a integralidade e a equidade princípios fundamentais para a organização do Sistema Único de Saúde (SUS). A concretização desses princípios, entretanto, pressupõe reconhecer que diferentes grupos sociais vivenciam distintas condições de acesso aos serviços e demandam estratégias de cuidado capazes de responder às suas necessidades e singularidades. Para a população em situação de rua, as condições de vida, a estigmatização e a existência de barreiras

DOI: 10.51161/iv-conasus/88572

sociais, institucionais e organizacionais podem dificultar tanto o ingresso nos serviços quanto a continuidade do cuidado, produzindo importantes desafios para a efetivação do direito à saúde (Brasil, 1988; Brasil, 1990; Fraga; Modena; Silva, 2024).

Nesse contexto, o Consultório na Rua constitui uma estratégia do SUS destinada a ampliar o acesso da população em situação de rua às ações e aos serviços de saúde, desenvolvendo práticas de cuidado no território e articulando-se com os diferentes pontos da Rede de Atenção à Saúde. Sua atuação pressupõe reconhecer que as necessidades dessa população são complexas e não se restringem a demandas clínicas isoladas, exigindo abordagens multiprofissionais, construção de vínculo, flexibilização dos processos de trabalho e articulação da rede. Dessa forma, o cuidado produzido no território pode funcionar também como dispositivo de aproximação entre pessoas historicamente expostas a barreiras de acesso e os diferentes serviços que compõem o SUS (Brasil, 2025; Hallais; Barros, 2015).

Entre as necessidades que compõem o cuidado integral, encontra-se a saúde bucal. Pessoas em situação de rua podem apresentar elevada demanda por cuidados odontológicos ao mesmo tempo em que encontram dificuldades para acessar e permanecer nos serviços, fazendo com que necessidades acumuladas permaneçam sem resposta adequada. A incorporação da saúde bucal às práticas do Consultório na Rua apresenta, nesse sentido, potencial para ampliar não apenas a identificação e o manejo dessas necessidades, mas também as possibilidades de construção de percursos assistenciais entre o território e os diferentes níveis de atenção. A atuação odontológica nesse cenário ultrapassa, portanto, a realização de procedimentos clínicos e pode envolver abordagem no território, avaliação, orientação, acolhimento, acompanhamento e articulação com outros serviços da rede (Silva; Monteiro; Araújo, 2018).

No município de Pelotas, Rio Grande do Sul, a saúde bucal foi incorporada à equipe de Consultório na Rua em março de 2026, com a inserção da primeira cirurgiã-dentista na equipe. A experiência possibilitou integrar a saúde bucal às abordagens e buscas ativas realizadas no território, ofertar atendimento odontológico em unidade de saúde e estabelecer percursos de encaminhamento para serviços de atenção secundária e terciária. Além da ampliação das possibilidades de resposta às demandas odontológicas, a presença da saúde bucal passou a compor o olhar multiprofissional sobre as necessidades das pessoas acompanhadas pela equipe.

Diante dessa experiência, este trabalho tem como objetivo relatar a inserção da saúde bucal na equipe de Consultório na Rua do município de Pelotas, Rio Grande do Sul, discutindo suas contribuições para a identificação das necessidades de saúde bucal, a ampliação do acesso ao cuidado odontológico e a integralidade da atenção à população em situação de rua.

2 RELATO DE CASO/EXPERIÊNCIA

A inserção da saúde bucal no Consultório na Rua de Pelotas, Rio Grande do Sul, resultou de um processo de aproximação entre a odontologia e a equipe que já atuava junto à população em situação de rua no município. O primeiro contato ocorreu em outubro de 2025, durante uma ação intersetorial voltada a essa população. Na ocasião, a cirurgiã-dentista conheceu o trabalho desenvolvido pelo Consultório na Rua e estabeleceu contato com a coordenação da equipe, iniciando-se o diálogo sobre as necessidades de saúde bucal identificadas no território e as possibilidades de incorporação da odontologia às ações desenvolvidas.

Entre novembro de 2025 e fevereiro de 2026, foram realizadas ações pontuais de saúde bucal com a população acompanhada pelo Consultório na Rua. Esse período de aproximação permitiu conhecer o processo de trabalho da equipe, os territórios de atuação e as principais necessidades de saúde bucal dos usuários, revelando uma importante demanda reprimida por cuidado odontológico. A experiência também possibilitou discutir formas de organizar a atenção em saúde bucal de acordo com as especificidades dessa população e construir possibilidades de articulação com os diferentes serviços da Rede de Atenção à Saúde.

DOI: 10.51161/iv-conasus/88572

Esse processo ocorreu em um contexto de expansão das atividades desenvolvidas pelo Consultório na Rua de Pelotas. Entre 2020 e 2025, observou-se crescimento progressivo do número de atendimentos realizados pela equipe, passando de 117, em 2020, para 479, em 2021; 1.103, em 2022; 1.823, em 2023; 4.279, em 2024; e 4.783, em 2025. Esses dados demonstram a ampliação da atuação do serviço ao longo dos últimos anos e ajudam a contextualizar o cenário no qual a saúde bucal foi incorporada.

Em março de 2026, então, ocorreu a inserção efetiva da primeira cirurgiã-dentista na equipe do Consultório na Rua de Pelotas, com atuação em cinco turnos semanais. A profissional passou a integrar uma equipe multiprofissional composta por assistente social, médico, enfermeira e agentes redutores de danos.

A organização do trabalho em saúde bucal passou a contemplar diferentes espaços e modalidades de cuidado. A cirurgiã-dentista participa das buscas ativas e abordagens realizadas no território, possibilitando que a avaliação das condições bucais esteja integrada ao contato da equipe com os usuários. Nessas oportunidades, são identificadas necessidades, realizadas orientações e definidos os encaminhamentos necessários. Paralelamente, os atendimentos que demandam estrutura odontológica são realizados em uma unidade de saúde, possibilitando a execução de procedimentos clínicos e a continuidade do cuidado iniciado a partir das abordagens no território.

Desde as primeiras ações, foram identificadas elevada carga de problemas bucais e importante demanda reprimida por assistência odontológica. A diversidade e a complexidade das necessidades encontradas exigiram a construção de percursos assistenciais que articulassem o território, o atendimento na unidade de saúde e outros pontos da rede. Dessa forma, além do cuidado clínico, a atuação passou a envolver encaminhamentos ao Centro de Especialidades Odontológicas e aos serviços hospitalares, de acordo com a necessidade de cada usuário, aproximando a população em situação de rua dos diferentes níveis de atenção odontológica.

A experiência repercutiu ainda na dinâmica multiprofissional do Consultório na Rua. A convivência cotidiana e o compartilhamento das situações acompanhadas favoreceram a incorporação da saúde bucal ao olhar da equipe sobre as necessidades dos usuários. Questões odontológicas que anteriormente apresentavam possibilidades mais restritas de condução passaram a contar com avaliação específica e maior possibilidade de resolução e encaminhamento dentro da rede.

A experiência permanece em processo de construção e aperfeiçoamento. Desde as primeiras intervenções pontuais, iniciadas em novembro de 2025, até a inserção efetiva da cirurgiã-dentista em março de 2026, a organização do cuidado em saúde bucal vem sendo desenvolvida a partir das necessidades encontradas no cotidiano, da integração com os demais profissionais e da articulação com diferentes pontos da Rede de Atenção à Saúde. Esse percurso tem permitido incorporar progressivamente a saúde bucal como uma das dimensões do cuidado ofertado à população em situação de rua no município.

3 DISCUSSÃO

A experiência de inserção da saúde bucal no Consultório na Rua de Pelotas evidencia que a incorporação da odontologia a uma equipe multiprofissional pode produzir efeitos que ultrapassam a ampliação da oferta assistencial. A presença da cirurgiã-dentista possibilitou incluir de forma sistemática a saúde bucal entre as necessidades identificadas e acompanhadas pela equipe, ampliando as possibilidades de resposta às situações encontradas no território Silva; Monteiro; Araújo, 2018).

Um primeiro aspecto observado foi a visibilidade das necessidades de saúde bucal. A elevada carga de problemas bucais e a demanda reprimida encontradas durante as abordagens demonstram que a existência de uma necessidade não significa, necessariamente, que ela

chegará aos serviços de saúde. Para a população em situação de rua, barreiras sociais, institucionais e organizacionais podem dificultar a procura e a permanência nos serviços. A participação da odontologia nas buscas ativas e abordagens permite deslocar parte da identificação dessas necessidades para o território, possibilitando que demandas sejam reconhecidas mesmo quando não constituem o motivo inicial do contato com a equipe (Andrade et al., 2022; Fraga; Modena; Silva, 2024).

Essa forma de atuação também amplia a compreensão sobre o cuidado odontológico, que deixa de estar restrito ao espaço físico do consultório. Embora muitos procedimentos dependam de estrutura clínica adequada, avaliação, orientação, acolhimento, acompanhamento e definição de percursos assistenciais também integram a produção do cuidado em saúde bucal. Na experiência relatada, território e unidade de saúde assumem funções complementares: as abordagens favorecem a identificação e a aproximação com os usuários, enquanto o atendimento clínico possibilita a realização dos procedimentos necessários (Brasil, 2025).

A diversidade e a complexidade das necessidades encontradas também exigem articulação com outros pontos da Rede de Atenção à Saúde, que antes eram muito distantes da população em situação de rua. A construção desses fluxos com o Centro de Especialidades Odontológicas e com serviços hospitalares tornam-se parte do processo de cuidado. Para a população em situação de rua, essa articulação assume particular importância, uma vez que o encaminhamento formal, isoladamente, não garante a concretização do acesso (Françoso; Mângia; Muramoto, 2019).

A experiência de Pelotas sugere, portanto, que inserir a saúde bucal no Consultório na Rua significa mais do que acrescentar atendimento odontológico a um conjunto de ações já existentes. Significa ampliar a capacidade da equipe de reconhecer necessidades, produzir cuidado no território e construir caminhos de acesso à rede. Embora recente e ainda em construção, a experiência aponta potencialidades para a consolidação da saúde bucal como dimensão indissociável do cuidado integral à população em situação de rua.

4 CONCLUSÃO

A inserção da saúde bucal no Consultório na Rua de Pelotas ampliou as possibilidades de identificação, acesso e resposta às necessidades odontológicas da população em situação de rua. A integração da odontologia às ações no território, ao atendimento clínico e à articulação com diferentes pontos da rede contribuiu para incorporar a saúde bucal ao cuidado multiprofissional. A experiência aponta para a potencialidade dessa inserção no fortalecimento da integralidade e da equidade no cuidado à população em situação de rua.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, R. et al. O acesso aos serviços de saúde pela População em Situação de Rua: uma revisão integrativa. **Saúde em Debate**, v. 46, n. 132, p. 227-239, 2022.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Presidência da República, 1988.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: Brasília, DF, 20 set. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Consultório na Rua. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2025. Disponível em: Ministério da Saúde – Consultório na Rua. Acesso em: 19 ago. 2026.

FRAGA, Priscilla Victória Rodrigues; MODENA, Celina Maria; SILVA, Paloma Ferreira Coelho. Barreiras de acesso: uma análise a partir da percepção das trabalhadoras do Consultório na Rua. **Saúde em Debate**, v. 48, n. 143, e8963, 2024. DOI: 10.1590/2358-289820241438963P.

FRANÇOSO, P. A.; MÂNGIA, E. F.; MURAMOTO, M. T. O cuidado com a população em situação de rua: o consultório na rua nas redes de atenção à saúde e intersetorial: revisão integrativa da literatura. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 30, n. 2, p. 124-131, 2019. DOI: 10.11606/issn.2238-6149.v30i2p124-131.

HALLAIS, Janaína Alves da Silveira; BARROS, Nelson Filice de. Consultório na Rua: visibilidades, invisibilidades e hipervisibilidade. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 7, p. 1497-1504, 2015. DOI: 10.1590/0102-311X00143114.

SILVA, Lílea Marianne Albuquerque; MONTEIRO, Ive da Silva; ARAÚJO, Ana Beatriz Vasconcelos Lima de. Saúde bucal e consultório na rua: o acesso como questão central da discussão. **Cadernos Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, p. 285-291, 2018. DOI: 10.1590/1414-462X201800030130.

MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE NA REGULAÇÃO EM SAÚDE: UMA EXPERIÊNCIA DE INTEGRAÇÃO ENTRE FORMAÇÃO MÉDICA E GESTÃO DO CUIDADO

RAFAELA SILVEIRA DE OLIVEIRA; SIRLEIDE CAVALCANTE SILVA; CARLOS JOSÉ DIAS SOUZA DOS SANTOS; SARA COSSI DA SILVA; ANNA CLÁUDIA ALVES CAPITELLI

RESUMO

Introdução: A Atenção Primária à Saúde (APS) exerce papel central na coordenação do cuidado e na ordenação da Rede de Atenção à Saúde (RAS), sendo a qualificação dos encaminhamentos e das solicitações de exames fundamental para garantir acesso adequado e utilização racional dos recursos públicos. Nesse contexto, a formação do médico de família requer compreensão sobre a organização da RAS e dos processos regulatórios. **Relato de experiência:** Trata-se de uma experiência desenvolvida a partir de maio de 2026, no Departamento de Regulação em Saúde da Prefeitura Municipal de Guarujá, com participação de médicos residentes do segundo ano do Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade (PRMFC) da referida Prefeitura, distribuídos em duplas, ao longo de quatro semanas, totalizando 20 encontros, sob supervisão do Chefe do Departamento de Regulação em Saúde. Durante o estágio, os residentes regularam solicitações de consultas especializadas e exames complementares, considerando critérios clínicos, protocolos assistenciais, qualidade das informações registradas e adequação da especialidade indicada. **Discussão:** A experiência ampliou a compreensão dos residentes acerca do funcionamento da Regulação Ambulatorial e de sua relação com a organização da RAS. A inserção de médicos em formação em Medicina de Família e Comunidade na análise das solicitações favoreceu uma avaliação mais criteriosa dos encaminhamentos provenientes da APS, contribuindo para maior adequação aos protocolos, priorização conforme critérios clínicos e qualificação das filas de espera. Reconhece-se, entretanto, a possibilidade de viés de atribuição, uma vez que não foram coletados dados comparativos antes e após o estágio, impossibilitando estabelecer relação causal direta entre a experiência e as mudanças observadas. **Conclusão:** O estágio em Regulação Ambulatorial mostrou-se uma estratégia relevante para a formação em serviço, ampliando a compreensão dos residentes sobre os processos regulatórios e fortalecendo a integração entre a APS e os demais níveis de atenção. A experiência também aponta possibilidades de aproximação entre formação médica e organização dos serviços diante dos desafios cotidianos do Sistema Único de Saúde. O estágio será mantido no PRMFC e replicado em 2027, contemplando os residentes do primeiro ano.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Coordenação do Cuidado; Rede de Atenção à Saúde.

DOI: 10.51161/iv-conasus/88573

1 INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) constitui a principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS) e exerce papel estratégico na coordenação do cuidado, na ordenação da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e na garantia da integralidade da assistência (BRASIL, 2017; STARFIELD, 2002). Nesse contexto, a adequada solicitação de exames complementares e o encaminhamento qualificado para a atenção especializada constituem atribuições essenciais da prática clínica, contribuindo para o acesso oportuno, a equidade e a continuidade do cuidado.

Sob a perspectiva da administração pública, esses processos favorecem a utilização racional dos recursos públicos, em consonância com os princípios da eficiência, da economicidade e do interesse público, além de fortalecerem a resolutividade da APS e a sustentabilidade do sistema de saúde (BRASIL, 1988; MENDES, 2011).

O exercício desse papel requer que o médico de família compreenda o funcionamento da Rede de Atenção à Saúde e a lógica de organização dos seus diferentes pontos de atenção. Em consonância com essa necessidade, o Currículo Baseado em Competências para a Residência em Medicina de Família e Comunidade estabelece como essencial que, durante a formação, o médico residente conheça a organização da Rede de Atenção à Saúde e compreenda a função de seus diferentes componentes em relação à Atenção Primária à Saúde (SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE, 2015).

Além da qualificação dos profissionais solicitantes, é fundamental que a Regulação Ambulatorial disponha de equipes capacitadas para avaliar o cumprimento dos critérios clínicos e dos protocolos de acesso a exames e à atenção especializada. Essa análise técnica é indispensável para qualificar o processo regulatório, promover a adequada priorização dos casos e assegurar a utilização eficiente dos recursos públicos (BRASIL, 2008).

Diante desse cenário, o Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade (PRMFC) do Guarujá, no estado de São Paulo, instituiu o estágio em Regulação Ambulatorial em Saúde como uma vivência pedagógica estruturante. Essa experiência formativa visa imergir os médicos residentes na dinâmica regulatória municipal, fomentando a análise crítica dos critérios técnico-assistenciais e dos protocolos aplicados às solicitações de consultas especializadas e exames. Além disso, proporciona uma compreensão ampliada da gestão da Rede de Atenção à Saúde, permitindo identificar padrões de encaminhamento e solicitação de exames e reconhecer fragilidades nos processos assistenciais da Atenção Primária.

2 RELATO DE EXPERIÊNCIA

O presente estudo configura-se como um relato de experiência, de abordagem descritiva e qualitativa, elaborado pelo Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade (PRMFC) e pelo Departamento de Regulação em Saúde da Prefeitura Municipal de Guarujá. A experiência foi desenvolvida a partir de maio de 2026, no âmbito do estágio em Regulação Ambulatorial em Saúde.

O estágio foi realizado no Departamento de Regulação em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Guarujá-SP, ao longo de quatro semanas, com a participação dos nove médicos residentes do segundo ano. Os residentes foram organizados em duplas, com participação de quatro horas em um dia fixo da semana, de segunda a quinta-feira. Às sextas-feiras, em razão do número ímpar de residentes, a atividade foi realizada individualmente por um residente. Cada dupla, assim como o residente escalado para as sextas-feiras, participou do estágio quatro vezes ao longo do período. As atividades foram desenvolvidas sob supervisão do Chefe do

DOI: 10.51161/iv-conasus/88573

Departamento de Regulação em Saúde.

Durante as atividades, os residentes atuaram diretamente na regulação das solicitações de consultas especializadas e exames complementares, avaliando a adequação dos encaminhamentos, os critérios clínicos e protocolos assistenciais, a qualidade das informações registradas e a definição da especialidade ou procedimento mais apropriado para cada caso.

Para a realização das atividades, foi necessária a criação de perfil de acesso individual para os médicos residentes no Sistema Nacional de Regulação (SISREG), possibilitando o acesso às solicitações e a execução das atividades regulatórias previstas no estágio.

Os perfis de acesso eram habilitados exclusivamente no dia e horário em que o médico residente estava no estágio, garantindo maior segurança e controle sobre o acesso ao sistema e impedindo sua utilização fora desse período.

Por se tratar de um relato de experiência, sem coleta de dados, entrevistas, questionários, experimentação ou intervenção envolvendo participantes, este trabalho não se enquadra como pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 2016).

3 DISCUSSÃO

A experiência proporcionou aos residentes uma ampliação significativa da compreensão sobre o funcionamento da Regulação Ambulatorial em Saúde e sua relevância para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2017; MENDES, 2011).

Ao longo do estágio, observou-se também uma qualificação da regulação de consultas especializadas e exames complementares, a partir da atuação de médicos residentes em Medicina de Família e Comunidade. Por possuírem formação específica em Atenção Primária à Saúde, os residentes contribuíram para uma análise mais qualificada dos encaminhamentos, considerando a pertinência das solicitações, os critérios clínicos e a capacidade de manejo dos casos no âmbito da Atenção Primária.

Essa dinâmica favoreceu uma avaliação mais criteriosa das solicitações provenientes da APS, promovendo maior adequação dos encaminhamentos aos protocolos assistenciais, priorização conforme critérios clínicos e consequente qualificação das filas de espera (BRASIL, 2008).

A inserção dos médicos residentes no Departamento de Regulação em Saúde também ampliou a capacidade operacional de regulação durante o período do estágio. A participação de novos profissionais na análise das solicitações possibilitou o processamento de um maior número de pedidos de consultas especializadas e exames complementares, contribuindo para dar maior vazão à demanda e reduzir o acúmulo de solicitações pendentes.

Em relação aos vieses, reconhece-se a possibilidade de viés de atribuição, uma vez que não foram coletados dados comparativos antes e após a realização do estágio que permitissem determinar em que medida as mudanças percebidas no processo regulatório, tanto em sua qualificação quanto em sua capacidade operacional, decorreram a partir da inserção dos residentes. Dessa forma, os achados devem ser interpretados com cautela, não sendo possível estabelecer uma relação causal direta entre a experiência e os resultados observados.

4 CONCLUSÃO

A inserção dos médicos residentes de Medicina de Família e Comunidade no estágio de Regulação Ambulatorial contribuiu para o fortalecimento da formação em serviço, ampliando a compreensão sobre os processos regulatórios e a organização da Rede de Atenção à Saúde.

DOI: 10.51161/iv-conasus/88573

A experiência contribuiu para a qualificação dos encaminhamentos para consultas especializadas e exames complementares, considerando os critérios técnicos da regulação, além de favorecer maior integração entre a Atenção Primária à Saúde e os demais níveis de atenção e ampliar a capacidade operacional da regulação durante o período do estágio.

Nesse sentido, a experiência mostrou que aproximar a formação médica da realidade da gestão e da organização do cuidado pode ser uma estratégia para enfrentar desafios concretos do Sistema Único de Saúde. Ao inserir os residentes em um espaço essencial para o funcionamento da rede, o estágio possibilitou uma formação mais próxima das necessidades reais dos serviços e, ao mesmo tempo, trouxe novas possibilidades para o processo de regulação.

Dessa forma, o estágio demonstrou ser uma importante estratégia para a formação de profissionais mais preparados para atuar de maneira resolutiva, integrada e comprometida com os princípios do SUS.

A experiência será mantida no programa e realizada novamente em 2027, contemplando os residentes do primeiro ano, reafirmando seu potencial como uma perspectiva de fortalecimento tanto da formação médica quanto da organização da rede de saúde.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/atos-normativos/resolucoes/2016/resolucao-no-510.pdf/view. Acesso em: 19 ago. 2026.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, 1988. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 19 ago. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1559_01_08_2008.html>. Acesso em: 19 ago. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/esf/consultorio-na-rua/arquivos/2012/politica-nacional-de-atencao-basica-pnab.pdf/view>. Acesso em: 19 ago. 2026.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. 2. ed. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000500005>. Acesso em: 19 ago. 2026.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE. **Currículo baseado em competências para Medicina de Família e Comunidade**. Rio de Janeiro: SBMFC, 2015. Disponível em:

<https://sbmfc.org.br/wp-content/uploads/2015/04/Curriculo-Baseado-por-Competencias-SBMFC-2014-1.pdf>. Acesso em: 19 ago. 2026.

STARFIELD, Barbara. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília, DF: UNESCO; Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/atencao-primaria-equilibrio-entre-necessidades-de-saude-servicos-e-tecnologia/>. Acesso em: 19 ago. 2026.

CONTRIBUIÇÕES PARA A QUALIDADE E SEGURANÇA NO CUIDADO DE PACIENTES EM CUIDADOS PALIATIVOS COM FERIDA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

ANA CAROLAINE DE SOUZA BATISTA; KARINE FERREIRA BOMFIM

RESUMO

Introdução: As lesões por pressão (LPP) constituem desafio para a qualidade da assistência e demandam avaliação sistemática, prevenção, monitoramento e tomada de decisão baseada em evidências. A segurança do paciente relaciona-se à identificação de riscos, prevenção de complicações e adoção de condutas individualizadas. Em Cuidados Paliativos (CP), o manejo de feridas deve considerar, além da cicatrização, o conforto, controle de sintomas e qualidade de vida, conforme os objetivos terapêuticos. **Objetivo:** Relatar a experiência vivenciada no Serviço de Atenção à Pessoa com Ferida (SAPFE) de um hospital geral público em Salvador-BA, destacando suas contribuições para a qualidade e segurança do cuidado de pessoas em CP com feridas. **Relato de experiência:** A experiência ocorreu durante rodízio de prática de uma enfermeira do Programa de Residência Multiprofissional em CP no SAPFE deste hospital. O serviço atua por interconsulta e busca ativa, desenvolvendo ações assistenciais, educativas e gerenciais. Foram acompanhadas avaliações clínicas, mensuração e registro das lesões, realização de curativos, utilização de coberturas e terapias adjuvantes, incluindo Terapia por Pressão Negativa e laserterapia. A vivência evidenciou que a qualidade e segurança do cuidado dependem da avaliação das características da lesão associada às condições clínicas, prognóstico, comorbidades, estado nutricional, perfusão tecidual, presença de infecção e objetivos terapêuticos. A avaliação periódica, o registro adequado e o monitoramento da evolução mostraram-se fundamentais para acompanhar resultados e revisar condutas. Nos pacientes em CP, observou-se a necessidade de priorizar conforto e controle de sintomas como dor, odor, exsudato, sangramento e desconforto durante procedimentos, evitando intervenções desproporcionais aos objetivos do cuidado. A troca de conhecimentos com enfermeiros especialistas favoreceu o raciocínio clínico e a tomada de decisão baseada em evidências. Destacou-se, ainda, a importância da integração entre o SAPFE e a equipe de CP para fortalecer discussões compartilhadas e a continuidade do cuidado. **Conclusão:** A experiência contribuiu para compreender que a qualidade e segurança no cuidado às pessoas com feridas dependem de avaliação sistemática, prevenção de complicações, registro, monitoramento e tomada de decisão baseada em evidências. Nos CP, o cuidado deve ser individualizado, priorizando conforto, controle de sintomas e qualidade de vida. A experiência reforçou a importância da atuação especializada da enfermagem e da articulação multiprofissional para um cuidado seguro, qualificado e centrado na pessoa.

Palavras-chave: Cuidados Paliativos; Enfermagem; Lesão por pressão.

1 INTRODUÇÃO

O manejo de lesões por pressão (LPP), definidas como um dano localizado na pele e/ou tecido subjacente, devido à pressão ou à combinação de pressão com cisalhamento, geralmente

DOI: 10.51161/iv-conasus/88583

sobre uma proeminência óssea ou relacionadas a dispositivos médicos ou outros objetos, é um desafio mundial e representa um importante indicador de qualidade em diferentes ambientes de cuidado, e a diferentes pacientes, principalmente no que tange ao ambiente intra-hospitalar (Sardo *et al.*, 2023).

Assim, vale considerar que apesar de existir um cuidado interdisciplinar, compartilhado com outras categorias, voltados à pessoa com lesão, a enfermagem possui um olhar amplo devido a um maior contato com o paciente, podendo intervir na definição de prioridades assistenciais, já que o cliente é influenciado por aspectos socioculturais, que interferem nas relações sociais, laborais e até familiares. Portanto, a enfermeira, deve possuir suporte científico e raciocínio clínico com vista à tomada de decisão e resolução de problemas dentro do seu espaço de atuação na enfermagem (Magalhães; Sportitsch; Abreu, 2024).

A especialidade no tratamento de feridas tem exigido cada vez mais conhecimento para a atuação a fim de contribuir para uma prática mais valorizada e autônoma, baseada em evidências científicas. Nesse sentido, o Conselho Federal de Enfermagem (Cofen), através da Resolução 787/2025 regulamenta e amplia a atuação da enfermeira nessa área, através da avaliação, elaboração de protocolos, seleção, indicação e prescrição de coberturas e tecnologias adjuvantes para a promoção do cuidado, bem como a prevenção, tratamento e reabilitação de pessoas com lesões cutâneas (Cofen, 2025).

Em relação ao acompanhamento de pacientes em Cuidados Paliativos (CP) com feridas, o tratamento da condição subjacente resultará na cicatrização total ou parcial da ferida, mas, em alguns pacientes em CP as lesões que surgem são resultado da doença avançada com risco de vida, enfraquecendo o processo de cicatrização e impedindo o fechamento normal da ferida, apesar do tratamento. Nesses casos, o foco do cuidado com a ferida será voltado ao maior conforto no controle dos sintomas, como dor, exsudato, odor, infecção, sangramento, cuidados com o curativo e redução do impacto negativo na dimensão psicossocial (Chrisman, 2010).

Nesse sentido, torna-se imprescindível o contato com serviços que ampliem o conhecimento teórico-prático de enfermagem no atendimento a pessoa com lesões, a fim de desenvolver capacidades relacionada a uma assistência de enfermagem segura, eficiente e qualificada, tendo como objetivo principal, o cuidado, bem-estar e conforto do paciente. Portanto, este trabalho tem como objetivo relatar a experiência vivenciada no Serviço de Atenção à Pessoa com Ferida (SAPFE) de um hospital geral público em Salvador-BA por uma enfermeira do Programa de Residência Multiprofissional em Cuidados Paliativos, com ênfase nas contribuições para a qualidade e segurança do cuidado.

2 RELATO DE EXPERIÊNCIA

A experiência foi desenvolvida durante rodízio de prática de uma enfermeira do Programa de Residência Multiprofissional em Cuidados Paliativos no Serviço de Atenção à Pessoa com Ferida (SAPFE) de uma instituição hospitalar. O serviço atua no modelo de interconsulta e é composto por quatro profissionais de enfermagem, sendo três enfermeiros e uma técnica de enfermagem. O atendimento ocorre mediante solicitação no sistema e por meio de busca ativa nos diferentes setores do hospital.

Embora tenha como uma de suas atribuições orientar e capacitar profissionais de enfermagem e de outras categorias quanto ao cuidado com feridas, o SAPFE também desenvolve atividades assistenciais, incluindo realização de curativos, especialmente os de maior complexidade, aplicação de terapias adjuvantes, gestão do serviço e controle de coberturas, além de ações de educação em saúde direcionadas aos pacientes e familiares.

Durante o rodízio, foram acompanhadas avaliações clínicas sistemáticas das lesões, permitindo compreender que a escolha da cobertura não depende exclusivamente das características da ferida. As condutas também precisam considerar as condições clínicas do

paciente, prognóstico, comorbidades, estado nutricional, perfusão tecidual, presença de infecção e objetivos terapêuticos definidos pela equipe multiprofissional. Esse processo exigiu raciocínio clínico e tomada de decisão fundamentada em evidências científicas.

Também foram realizadas mensuração e registro sistemático das lesões, especialmente em pacientes submetidos à Terapia por Pressão Negativa (TPN), além do acompanhamento da aplicação de laserterapia e do conhecimento de diferentes coberturas utilizadas de acordo com as necessidades individuais dos pacientes. A experiência possibilitou compreender que o cuidado com feridas não se restringe à realização do curativo. A avaliação periódica, o registro adequado das características da lesão, a mensuração sistemática e a reavaliação das condutas são fundamentais para o planejamento, monitoramento dos resultados e continuidade do cuidado, incluindo a educação de pacientes e familiares.

Nos pacientes em CP, observou-se que o manejo das feridas deve ultrapassar o objetivo de cicatrização, priorizando conforto e qualidade de vida. A assistência esteve direcionada ao controle de sintomas como dor, odor, exsudato, sangramento e desconforto durante os procedimentos, considerando os objetivos previamente estabelecidos com pacientes, familiares e equipe multiprofissional. Essa vivência reforçou a necessidade de individualização das condutas e de tomada de decisão compartilhada.

A convivência com enfermeiros especialistas no tratamento de feridas também favoreceu o desenvolvimento de postura crítica diante da prática clínica. A troca de conhecimentos durante avaliações e discussões de casos permitiu compreender as justificativas técnicas para a indicação de coberturas, terapias adjuvantes e estratégias preventivas, contribuindo para a autonomia profissional e a segurança na tomada de decisões.

3 DISCUSSÃO

A experiência evidencia que a qualidade e a segurança do cuidado às pessoas com feridas estão diretamente relacionadas à capacidade de realizar avaliações sistemáticas e tomar decisões individualizadas. O manejo adequado exige que a avaliação da lesão seja articulada às condições clínicas do paciente, ao prognóstico e aos objetivos terapêuticos, evitando uma abordagem centrada exclusivamente na lesão.

Nesse sentido, a atuação da enfermagem assume relevância, especialmente pela necessidade de raciocínio clínico, acompanhamento contínuo e tomada de decisão no cuidado às pessoas com feridas. A literatura aponta a importância da autonomia do enfermeiro no tratamento de feridas e da utilização de conhecimentos científicos para fundamentar as condutas assistenciais (Magalhães; Sportitsch; Abreu, 2024). A experiência no SAPFE permitiu vivenciar essa perspectiva na prática, especialmente durante a avaliação das lesões e discussão das diferentes possibilidades terapêuticas.

A avaliação periódica e o registro sistemático também constituem elementos importantes para a qualidade assistencial, pois permitem acompanhar a evolução da lesão, identificar alterações e subsidiar a revisão das condutas. Dessa forma, o cuidado passa a ser compreendido como um processo contínuo de avaliação, planejamento, intervenção e reavaliação, como o Conselho Federal de Enfermagem orienta, em relação ao Processo de Enfermagem, e não apenas como execução de procedimentos (COFEN, 2024).

No contexto dos CP, essa perspectiva torna-se ainda mais relevante. Em pessoas com doença avançada, a cicatrização pode não constituir o principal objetivo terapêutico, sendo necessário direcionar o cuidado para o conforto e o controle dos sintomas (Sezgin *et al.*, 2023). Chrisman (2010) destaca que, nesses casos, o manejo das feridas deve considerar sintomas como dor, exsudato, odor e sangramento, além dos aspectos relacionados ao impacto psicossocial. Essa compreensão esteve presente na experiência vivenciada, especialmente na necessidade de adequar as intervenções aos objetivos do cuidado.

Outro aspecto observado foi a contribuição da atuação especializada para a segurança da assistência. A troca de conhecimentos entre residentes e enfermeiros especialistas favoreceu a compreensão das indicações das diferentes coberturas e tecnologias e fortaleceu o raciocínio clínico. A experiência demonstrou, portanto, que a educação permanente pode contribuir para a atualização profissional e para a incorporação de práticas baseadas em evidências. Além disso, uma revisão sistemática identificou indicadores sensíveis à enfermagem relacionados à prevenção e ao manejo de LPP e destacou a importância de enfermeiros especializados e da educação profissional (Oner *et al.*, 2025).

Apesar das contribuições observadas, identificou-se a necessidade de ampliar a integração entre o SAPFE e o serviço de CP. A realização de discussões clínicas envolvendo pacientes acompanhados pelos dois serviços poderia favorecer maior articulação entre os conhecimentos específicos do tratamento de feridas e os princípios paliativistas. Da mesma forma, a ampliação de atividades de educação permanente, com discussão de casos clínicos, novas tecnologias, evidências científicas e protocolos institucionais, poderia fortalecer o processo de aprendizagem dos residentes e a qualificação da assistência.

4 CONCLUSÃO

A experiência no SAPFE constituiu uma experiência de grande relevância para a formação profissional, possibilitando a integração entre conhecimentos teóricos e práticos relacionados à avaliação, prevenção e tratamento de lesões cutâneas. A vivência permitiu o aprimoramento do raciocínio clínico, da capacidade de tomada de decisão baseada em evidências científicas e da autonomia na escolha de coberturas e tecnologias adjuvantes, além de fortalecer a compreensão acerca da importância da avaliação sistemática e do acompanhamento contínuo da evolução das lesões.

A experiência também evidenciou que o cuidado às pessoas com feridas ultrapassa a execução de procedimentos técnicos, exigindo uma assistência individualizada, humanizada e articulada com a equipe multiprofissional. No contexto dos CP, tornou-se ainda mais evidente que os objetivos do tratamento devem estar centrados no conforto, no controle de sintomas e na promoção da qualidade de vida, respeitando as necessidades, os valores e as preferências de cada paciente e de sua família.

Por fim, a experiência contribuiu significativamente para o desenvolvimento de competências assistenciais, gerenciais e educativas essenciais à prática da enfermagem, fortalecendo a segurança técnica, o pensamento crítico e a atuação baseada em evidências. Além disso, evidenciou-se a necessidade de maior integração entre o SAPFE e os CP, por meio de discussões interdisciplinares e atividades de educação permanente, favorecendo a construção de um cuidado cada vez mais qualificado, integral e centrado na pessoa. Dessa forma, a experiência consolidou conhecimentos fundamentais para a atuação da enfermeira residente, reafirmando o papel da enfermagem na promoção de uma assistência ética, humanizada e de excelência às pessoas com lesões, especialmente aquelas com necessidades de CP.

REFERÊNCIAS

CHRISMAN, C. A. Care of chronic wounds in palliative care and end-of-life patients. **Int Wound J**, v. 7, n. 4, p. 214-35, 2010. Doi: https://doi.org/10.1111/j.1742-481X.2010.00682.x.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução Cofen nº 736, de 17 de janeiro de 2024**. Dispõe sobre a implementação do Processo de Enfermagem em todo

contexto socioambiental onde ocorre o cuidado de enfermagem. Diário Oficial da União. Brasília, 2024. Disponível em: https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-736-de-17-de-janeiro-de-2024/. Acesso em: 16 ago. 2026.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução Cofen nº 787, de 21 de agosto de 2025**. Regulamenta a atuação da equipe de enfermagem na promoção, prevenção, tratamento e reabilitação de pessoas com Lesões Cutâneas. Diário Oficial da União. Brasília, 2025. Disponível em: https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-787-de-21-de-agosto-de-2025/. Acesso em: 19 jul. 2026.

MAGALHÃES, A. R.; SPORTITSCH, A. B.; ABREU, A. M. Autonomia do enfermeiro no tratamento de feridas: uma revisão integrativa. **Rev Enferm Atual In Derme**, v. 98, n. 2, 2024. Doi: 10.31011/reaid-2024-v.98-n.2-art.1635.

ONER, B. *et al*. Identification of Nursing-Sensitive Indicators on Pressure Injuries/Ulcers: A Systematic Review. **Nurs Inq**, v. 32, n. 2, e70007, 2025. Doi: 10.1111/nin.70007.

SARDO, P. M. G. *et al*. A systematic review of prevalence and incidence of pressure ulcers/injuries in hospital emergency services. **Journal of Tissue Viability**, v. 32, n. 2, p. 179-87, 2023. Doi: 10.1016/j.jtv.2023.02.001.

SEZGIN, D. *et al*. Defining palliative wound care: A scoping review by European Association for Palliative Care wound care taskforce. **J Tissue Viability**, v. 32, n. 4, p. 627-34, 2023. Doi: 10.1016/j.jtv.2023.07.002.

SERVIÇO SOCIAL E INTERSETORIALIDADE: ESTRATÉGIAS PARA GARANTIR A INTEGRALIDADE DO CUIDADO NA SAÚDE DA FAMÍLIA

ANNI KARINE DOS SANTOS RIBEIRO; EVANDRO GOMES CORREIA JUNIOR; MARCO AURÉLIO BLAZ VASQUES; LORINEIDE DA HORA MELO; ARSENILDA PEREIRA DO NASCIMENTO

INTRODUÇÃO: A Atenção Primária à Saúde (APS) é uma importante porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS) e atua no acompanhamento integral de usuários e famílias no território. No cotidiano dos serviços, são identificadas demandas que ultrapassam os aspectos clínicos, envolvendo vulnerabilidades sociais, fragilidade de vínculos familiares, dificuldades de acesso a direitos e necessidade de acompanhamento por diferentes políticas públicas. Nesse contexto, a intersetorialidade constitui estratégia fundamental para a integralidade do cuidado, destacando-se a atuação do Serviço Social na articulação entre saúde e demais políticas públicas. **OBJETIVO**: Relatar a experiência do Serviço Social na articulação intersetorial para o atendimento de demandas sociais identificadas no âmbito da Saúde da Família, evidenciando sua contribuição para a integralidade do cuidado. **METODOLOGIA**: Trata-se de um relato de experiência desenvolvido a partir da atuação do Serviço Social, enquanto residente, junto à equipe multiprofissional da Atenção Primária à Saúde. As ações foram realizadas por meio de atendimentos, visitas domiciliares, acolhimento, escuta qualificada, orientações, encaminhamentos e articulação com a rede intersetorial, considerando as necessidades identificadas no território. **RESULTADOS**: Foram identificadas demandas relacionadas à vulnerabilidade socioeconômica, fragilidade da rede de apoio familiar, dificuldades no cuidado de pessoas idosas e com deficiência, demandas envolvendo crianças e adolescentes e necessidade de acesso a benefícios, serviços e direitos sociais. A articulação com a rede de saúde, assistência social, educação e demais serviços do território favoreceu o encaminhamento e acompanhamento das situações, ampliando o acesso dos usuários às políticas públicas. A atuação do Serviço Social também contribuiu para a identificação dos determinantes sociais relacionados ao processo saúde-doença e para o fortalecimento da rede de proteção social. **CONCLUSÃO**: A experiência evidenciou que a intersetorialidade é fundamental para o enfrentamento das demandas que ultrapassam a dimensão clínica, possibilitando respostas mais integrais às necessidades da população. O Serviço Social desempenha papel relevante na mediação entre usuários, serviços de saúde e demais políticas públicas, contribuindo para a garantia de direitos, o fortalecimento da rede de proteção e a integralidade do cuidado na Saúde da Família.

Palavras-chave: **SERVIÇO SOCIAL; INTERSETORIALIDADE; ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

DOI: 10.51161/iv-conasus/88621

GOVERNANÇA CORPORATIVA DA SEGURANÇA DO PACIENTE EM UMA REDE DE SERVIÇOS DE SAÚDE: RELATO DE EXPERIÊNCIA

CRISTIANA BATISTA VIEIRA PINTO; JAIANA ALINE MEDEIROS; JULIANA GIRÃO DE OLIVEIRA; ANDRESSA LIMA ALVES; CAMILA ALVES MACHADO; DANNIEL HERBSTER LUCAS

RESUMO

A segurança do paciente constitui dimensão essencial da qualidade assistencial e requer estratégias organizacionais capazes de articular prevenção de danos, gestão de riscos, aprendizagem e desenvolvimento da cultura de segurança. Em organizações responsáveis pela gestão de múltiplos equipamentos de saúde, a heterogeneidade dos contextos assistenciais e territoriais amplia a necessidade de mecanismos de governança que integrem diretrizes institucionais e práticas locais. Este estudo objetiva relatar a experiência de estruturação e implantação de um modelo de governança corporativa da segurança do paciente coordenado pela Gerência de Risco à Saúde de uma Organização Social de Saúde. Trata-se de relato de experiência desenvolvido entre setembro de 2025 e julho de 2026 em nove equipamentos de saúde distribuídos nos estados do Ceará e Sergipe, abrangendo serviços de urgência e emergência e hospitais de diferentes níveis de complexidade. A estratégia foi estruturada a partir de cinco componentes interdependentes: governança corporativa, gestão de riscos, monitoramento sistemático, Educação Permanente e compartilhamento de práticas. Foram desenvolvidas ações de fortalecimento dos Núcleos de Segurança do Paciente, acompanhamento de protocolos e indicadores, monitoramento das comissões obrigatórias, incentivo à notificação e análise de incidentes, visitas técnicas, reuniões periódicas, auditorias, planos de ação e atividades educativas. Os Núcleos permaneceram ativos durante o período, com envio sistemático de evidências das ações realizadas. A experiência possibilitou ampliar a integração entre os serviços, sistematizar mecanismos de acompanhamento e favorecer a circulação de conhecimentos e práticas relacionadas à segurança. Conclui-se que a governança corporativa pode constituir estratégia de articulação entre estruturas institucionais e locais de segurança do paciente em redes compostas por múltiplos equipamentos, permanecendo necessária a avaliação longitudinal de seus efeitos sobre a cultura de segurança e os desfechos assistenciais.

Palavras-chave: Segurança do paciente; Gestão de riscos e Cultura de segurança.

1 INTRODUÇÃO

A segurança do paciente constitui dimensão essencial da qualidade dos serviços de saúde e envolve a adoção de estratégias destinadas à redução, a um mínimo aceitável, do risco de danos desnecessários associados ao cuidado. A ocorrência de incidentes e eventos adversos permanece como desafio relevante para os sistemas de saúde, com repercussões sobre os usuários, os profissionais, as organizações e a sustentabilidade da assistência.

DOI: 10.51161/iv-conasus/88626

No Brasil, a instituição do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), por meio da Portaria nº 529/2013, e a publicação da Resolução RDC nº 36/2013 fortaleceram a incorporação da segurança do paciente à gestão dos serviços de saúde. Esses marcos normativos estabeleceram diretrizes relacionadas à gestão de riscos, prevenção e notificação de incidentes, desenvolvimento da cultura de segurança e implantação e funcionamento dos Núcleos de Segurança do Paciente (NSP).

Em organizações responsáveis pela gestão de múltiplos equipamentos de saúde, entretanto, o desafio ultrapassa a implantação isolada de estruturas e protocolos em cada serviço. A heterogeneidade dos perfis assistenciais, dos territórios e dos processos de trabalho demanda mecanismos de governança capazes de articular diretrizes institucionais comuns, monitoramento sistemático, gestão de riscos, desenvolvimento profissional e compartilhamento de práticas, preservando, simultaneamente, as especificidades de cada contexto assistencial.

Nesse cenário, a Gerência de Risco à Saúde (GRISCO) do Instituto de Gestão e Cidadania (IGC) estruturou uma Rede Corporativa de Segurança do Paciente destinada à articulação dos serviços geridos pela organização nos estados do Ceará e Sergipe. A iniciativa buscou estabelecer mecanismos institucionais de integração entre a gestão corporativa, os Núcleos de Segurança do Paciente, as lideranças e as equipes dos diferentes equipamentos de saúde.

O objetivo deste trabalho é relatar a experiência de estruturação e implantação de um modelo de governança corporativa da segurança do paciente em uma Organização Social de Saúde responsável pela gestão de diferentes equipamentos assistenciais.

2 RELATO DE EXPERIÊNCIA

A experiência foi desenvolvida entre setembro de 2025 e julho de 2026 pela Gerência de Risco à Saúde do Instituto de Gestão e Cidadania (IGC), Organização Social responsável, no período analisado, pela gestão de nove equipamentos de saúde distribuídos nos estados do Ceará e Sergipe.

A rede acompanhada apresentava diferentes perfis assistenciais e níveis de complexidade, compreendendo cinco Unidades de Pronto Atendimento, UPA Pajuçara, em Maracanaú (CE); UPA Horizonte (CE); UPA Pacatuba (CE); UPA Quixadá (CE); e UPA Morada Nova (CE), a UPA São João de Deus, em Laranjeiras (SE), além do Hospital Municipal Roque Silva Mota, em Tejuçuoca (CE), caracterizado como hospital de pequeno porte; do Hospital Municipal Dr. Estevam Ponte, em Sobral (CE), com serviços de internação clínica, centro cirúrgico, maternidade, Unidade de Terapia Intensiva e atenção em saúde mental; e do Hospital Zona Norte Nestor Piva, em Aracaju (SE), referência em urgência e emergência.

A diversidade dos equipamentos evidenciou a necessidade de construção de uma estratégia corporativa que combinasse diretrizes institucionais comuns com capacidade de adaptação às características assistenciais e organizacionais de cada serviço. A proposta, portanto, não consistiu apenas na padronização de protocolos, mas na organização de mecanismos permanentes de governança, acompanhamento e apoio técnico relacionados à segurança do paciente.

O processo foi iniciado por meio de diagnóstico situacional dos nove equipamentos, contemplando a constituição e o funcionamento dos Núcleos de Segurança do Paciente, a atuação das comissões obrigatórias, os indicadores assistenciais, os mecanismos de notificação e investigação de incidentes, as vigilâncias relacionadas à assistência e os protocolos institucionais existentes.

A partir do diagnóstico, foram definidos mecanismos corporativos de acompanhamento, incluindo responsabilidades institucionais, fluxos de comunicação, periodicidade de monitoramento e instrumentos para registro e envio de evidências pelas unidades. Os nove

serviços possuíam Núcleos de Segurança do Paciente formalmente instituídos e ativos, que passaram a integrar uma sistemática corporativa de acompanhamento.

Como mecanismo de monitoramento, estabeleceu-se o envio mensal de evidências relacionadas às atividades dos NSP, contemplando atas de reuniões, planos de ação, indicadores, registros de atividades educativas, análises de incidentes e acompanhamento dos protocolos assistenciais. As informações subsidiavam o acompanhamento corporativo e a identificação de necessidades de intervenção ou apoio técnico.

A atuação da GRISCO foi estruturada mediante visitas técnicas presenciais, reuniões virtuais periódicas, análise documental, auditorias internas, elaboração e acompanhamento de planos de ação, assessoria técnica às lideranças e monitoramento das atividades realizadas pelos Núcleos de Segurança do Paciente.

No componente assistencial, foram priorizadas ações relacionadas às seis metas internacionais de segurança do paciente: identificação correta do paciente; comunicação efetiva; segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos; cirurgia segura; prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde; e prevenção de quedas e lesões por pressão.

Paralelamente, foram fortaleccidos os processos de notificação e investigação de incidentes, farmacovigilância, tecnovigilância e hemovigilância, bem como a articulação entre as comissões obrigatórias e os processos institucionais relacionados à gestão da qualidade e dos riscos assistenciais.

A educação permanente foi incorporada como componente transversal da estratégia. O nível corporativo promoveu duas capacitações por semestre direcionadas às lideranças, aos integrantes dos Núcleos de Segurança do Paciente e aos multiplicadores locais. Essas atividades foram complementadas por visitas técnicas, orientações específicas e ações educativas realizadas nos próprios equipamentos, alcançando, conforme registros institucionais, aproximadamente 60% a 80% dos profissionais da rede.

Também foram constituídos espaços de interação entre os serviços para apresentação de experiências, discussão de dificuldades e compartilhamento de estratégias adotadas localmente. Esses espaços buscaram favorecer a circulação do conhecimento entre os equipamentos e reduzir a fragmentação das iniciativas relacionadas à segurança do paciente.

Dessa forma, a experiência foi progressivamente organizada a partir de cinco componentes interdependentes: governança corporativa, monitoramento sistemático, gestão de riscos, educação permanente e compartilhamento de práticas entre os serviços. Esses componentes constituíram a estrutura utilizada para articular a atuação corporativa às ações desenvolvidas localmente pelos Núcleos de Segurança do Paciente e pelas lideranças dos equipamentos.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A experiência de implantação da Rede Corporativa de Segurança do Paciente evidencia que, em organizações responsáveis pela gestão de múltiplos equipamentos de saúde, a segurança assistencial demanda mecanismos de governança capazes de articular diretrizes institucionais, estruturas locais de gestão de riscos, monitoramento, desenvolvimento profissional e aprendizagem entre os serviços. Nessa perspectiva, a segurança do paciente ultrapassa a responsabilidade exclusiva dos Núcleos de Segurança do Paciente (NSP) e passa a constituir responsabilidade compartilhada entre diferentes níveis da organização.

Essa compreensão aproxima-se do conceito de governança clínica proposto por Scally e Donaldson (1998), segundo o qual a qualidade deve ocupar posição central na gestão das organizações de saúde e estar integrada aos diferentes níveis organizacionais. Para os autores, a governança clínica pressupõe responsabilidade institucional pela melhoria contínua da qualidade, associada à liderança, à responsabilização e ao desenvolvimento de uma cultura organizacional orientada para elevados padrões

assistenciais. Nesse sentido, a estruturação de uma gerência corporativa articulada aos NSP e às lideranças locais amplia a compreensão da segurança do paciente como dimensão da própria governança organizacional.

A heterogeneidade dos nove equipamentos envolvidos na experiência representou um dos principais desafios para a estruturação do modelo. A rede compreendia serviços de urgência e emergência e hospitais com diferentes níveis de complexidade e perfis assistenciais, exigindo a construção de mecanismos capazes de estabelecer referências institucionais comuns sem desconsiderar as particularidades dos contextos locais. A estratégia adotada buscou, portanto, combinar padronização institucional e capacidade de adaptação dos serviços, mediante definição de fluxos, responsabilidades, protocolos prioritários e instrumentos de acompanhamento corporativo.

Essa abordagem também se aproxima da perspectiva sistêmica de Reason (2000), segundo a qual os incidentes relacionados à assistência não devem ser analisados exclusivamente a partir das ações individuais dos profissionais. Os eventos adversos podem resultar da interação entre diferentes condições presentes nos sistemas de trabalho, incluindo processos, organização, comunicação e fragilidades nas barreiras destinadas à prevenção de danos. Dessa forma, a atuação sobre os mecanismos organizacionais e sobre as condições nas quais o cuidado é produzido torna-se fundamental para a construção de sistemas mais seguros.

Sob essa perspectiva, o diagnóstico situacional inicial, as visitas técnicas, auditorias internas, reuniões periódicas, acompanhamento dos planos de ação e monitoramento das atividades dos NSP podem ser compreendidos como componentes de um sistema institucional de identificação e gerenciamento de riscos. A sistematização do envio mensal de evidências — incluindo atas, indicadores, planos de ação, atividades educativas e análises de incidentes — permitiu estruturar uma rotina corporativa de acompanhamento das ações desenvolvidas nos diferentes equipamentos.

O modelo de Donabedian (1988) contribui para compreender essa experiência ao distinguir três dimensões relacionadas à avaliação da qualidade: estrutura, processo e resultado. Na experiência relatada, a constituição da Gerência de Risco à Saúde, a presença dos Núcleos de Segurança do Paciente e a definição dos mecanismos institucionais de governança podem ser compreendidas como elementos relacionados à estrutura. Os protocolos, notificações, auditorias, visitas técnicas, atividades educativas e planos de ação correspondem predominantemente aos processos desenvolvidos. Os resultados, por sua vez, demandam avaliação de indicadores capazes de demonstrar os efeitos dessas estruturas e processos sobre a segurança e a qualidade assistencial.

A implantação e o monitoramento dos protocolos relacionados às metas internacionais de segurança do paciente constituíram importante eixo da estratégia. Entretanto, a padronização de protocolos, isoladamente, não garante a construção de sistemas seguros. A efetividade das barreiras de segurança depende de sua incorporação às práticas cotidianas, do acompanhamento de sua aplicação e da capacidade da organização de identificar fragilidades e aprender com os incidentes. Nesse sentido, a articulação entre protocolos, monitoramento, análise de riscos e educação permanente amplia a abordagem da segurança para além do cumprimento formal de requisitos.

A notificação de incidentes ocupa posição relevante nesse processo porque possibilita transformar ocorrências assistenciais em informações capazes de subsidiar a aprendizagem e a melhoria dos sistemas. Reason (2000) destaca a importância de superar abordagens centradas exclusivamente na responsabilização individual, deslocando a análise para as condições sistêmicas relacionadas à ocorrência dos eventos. Essa perspectiva é particularmente relevante para organizações que buscam fortalecer uma cultura na qual a identificação das falhas contribua para o aprimoramento dos processos e das barreiras de segurança.

Nesse contexto, a segurança psicológica constitui dimensão complementar para a compreensão da cultura de notificação. Edmondson (1999) demonstra que ambientes nos quais os membros das equipes percebem segurança para assumir riscos interpessoais favorecem comportamentos de aprendizagem, como discutir erros, solicitar ajuda, apresentar dúvidas e compartilhar preocupações. Aplicada ao contexto da segurança do paciente, essa perspectiva contribui para compreender que o fortalecimento da notificação depende não apenas da existência de sistemas e fluxos institucionais, mas também de condições organizacionais que favoreçam a comunicação e a aprendizagem.

A experiência observada no Hospital Municipal Dr. Estevam Ponte, no qual a notificação de incidentes se apresentou mais incorporada à rotina institucional, pode ser interpretada como indicativo de maior apropriação desse instrumento pelas equipes. Entretanto, considerando o caráter descritivo

deste relato, não é possível atribuir essa característica exclusivamente às ações desenvolvidas pela estratégia corporativa, sendo necessária investigação específica da cultura de segurança para compreender os fatores associados aos diferentes níveis de maturidade entre os equipamentos.

A Educação Permanente em Saúde constituiu outro componente transversal do modelo. A combinação entre capacitações corporativas, atividades desenvolvidas nos próprios equipamentos, orientações durante visitas técnicas e participação de profissionais como multiplicadores possibilitou aproximar as ações educacionais dos problemas identificados no cotidiano dos serviços. Essa perspectiva converge com Ceccim (2005), ao compreender a Educação Permanente em Saúde como processo que toma o trabalho e seus problemas concretos como elementos capazes de produzir aprendizagem e transformação das práticas.

Além das ações educacionais formais, a criação de espaços de interação entre os equipamentos favoreceu o compartilhamento de experiências, dificuldades e estratégias utilizadas para responder a problemas comuns. Essa dinâmica aproxima-se da perspectiva das comunidades de prática apresentada por Wenger (1998), na qual a aprendizagem é construída por meio da participação, da interação e do compartilhamento de experiências entre sujeitos envolvidos em práticas comuns.

Nesse sentido, a rede corporativa pode desempenhar uma função que ultrapassa a circulação de normas e protocolos. Ao possibilitar que experiências desenvolvidas em determinado equipamento sejam compartilhadas com outros serviços, cria-se uma dinâmica potencial de circulação do conhecimento organizacional. Problemas identificados, soluções desenvolvidas e aprendizados provenientes da análise de incidentes podem deixar de permanecer restritos à unidade em que foram produzidos e tornar-se referências para outros serviços da organização.

Essa perspectiva também se alinha ao Global Patient Safety Action Plan 2021–2030, da Organização Mundial da Saúde, que reconhece a necessidade de desenvolver sistemas de saúde e organizações orientados para a eliminação de danos evitáveis, envolvendo liderança, cultura de segurança, qualificação dos profissionais, sistemas de informação, aprendizagem e melhoria contínua (World Health Organization, 2021). A segurança do paciente, portanto, depende da articulação entre diferentes componentes organizacionais e não apenas da implantação de intervenções isoladas.

A experiência permite, assim, compreender o modelo desenvolvido a partir da articulação de cinco componentes interdependentes: governança corporativa, monitoramento sistemático, gestão de riscos, Educação Permanente e compartilhamento de práticas entre os serviços. A interação entre esses componentes possibilitou estabelecer uma referência institucional comum para equipamentos com características assistenciais distintas, preservando a atuação dos NSP e das lideranças locais diante das especificidades de cada serviço.

Entretanto, os resultados devem ser interpretados considerando as limitações do relato. O período analisado não contemplou avaliação longitudinal de indicadores assistenciais que permitisse estabelecer associação entre a implantação do modelo e redução de eventos adversos ou melhoria de desfechos relacionados ao cuidado. Da mesma forma, não foi realizada mensuração padronizada da cultura de segurança antes e após a implantação da estratégia. Dessa maneira, a experiência permite descrever a estrutura implantada e os processos desenvolvidos, mas não estabelecer relação causal entre o modelo de governança e resultados assistenciais.

A utilização da perspectiva de Donabedian (1988) evidencia, portanto, uma oportunidade de amadurecimento do modelo. Após a estruturação dos componentes organizacionais e dos processos de acompanhamento, torna-se relevante avançar para a avaliação sistemática dos resultados, incorporando indicadores de adesão aos protocolos, ocorrência e perfil dos incidentes e eventos adversos, maturidade da cultura de segurança e outros indicadores relacionados à qualidade assistencial.

Assim, a principal contribuição da experiência reside na demonstração de uma forma de organizar a segurança do paciente em uma rede heterogênea de serviços de saúde, articulando o nível corporativo às estruturas locais por meio de mecanismos de governança, gestão de riscos, monitoramento, educação e compartilhamento de práticas. O avanço para avaliações longitudinais poderá demonstrar em que medida essa estrutura se traduz em mudanças sustentáveis nos processos assistenciais, na cultura de segurança e nos resultados relacionados ao cuidado.

DOI: 10.51161/iv-conasus/88626

4 CONCLUSÃO

A experiência possibilitou estruturar um modelo de governança corporativa da segurança do paciente em uma Organização Social responsável pela gestão de nove equipamentos de saúde, com diferentes perfis assistenciais e distribuídos em dois estados brasileiros. O modelo articulou a atuação corporativa às estruturas locais por meio de mecanismos de governança, gestão de riscos, monitoramento sistemático, Educação Permanente e compartilhamento de práticas entre os serviços.

A estruturação da Rede Corporativa de Segurança do Paciente favoreceu a organização de diretrizes institucionais comuns, o acompanhamento sistemático dos Núcleos de Segurança do Paciente, a integração de protocolos e processos relacionados à gestão de riscos e a criação de espaços de aprendizagem e circulação de conhecimentos entre os diferentes equipamentos.

A experiência evidencia que a atuação de uma estrutura corporativa de gestão de riscos pode ultrapassar uma função predominantemente normativa ou fiscalizatória e assumir papel articulador na governança da segurança do paciente. Nesse modelo, a responsabilidade pela segurança é compartilhada entre a estrutura corporativa, os Núcleos de Segurança do Paciente, as lideranças e as equipes locais, preservando-se as especificidades assistenciais de cada serviço.

Como principal contribuição, a experiência apresenta uma possibilidade de organização da segurança do paciente em redes compostas por múltiplos equipamentos, na qual governança, gestão de riscos, monitoramento, Educação Permanente e compartilhamento de práticas são compreendidos como componentes interdependentes de uma mesma estratégia institucional.

Entretanto, o período analisado permite demonstrar predominantemente a estruturação da governança e dos processos implementados, não sendo possível estabelecer relação causal entre o modelo e a melhoria de desfechos assistenciais. Como perspectiva de continuidade, recomenda-se incorporar avaliações longitudinais da cultura de segurança, adesão aos protocolos, perfil dos incidentes e eventos adversos e demais indicadores de resultado, possibilitando avaliar de forma mais robusta os efeitos da estratégia sobre a qualidade e a segurança do cuidado.

REFERÊNCIAS

DONABEDIAN, A. The quality of care: how can it be assessed? **JAMA**, v. 260, n. 12, p. 1743–1748, 1988.

EDMONDSON, A. Psychological safety and learning behavior in work teams. **Administrative Science Quarterly**, v. 44, n. 2, p. 350–383, 1999.

SCALLY, G.; DONALDSON, L. J. Clinical governance and the drive for quality improvement in the new NHS in England. **BMJ**, v. 317, n. 7150, p. 61–65, 1998.

WENGER, E. Communities of practice: learning, meaning, and identity. Cambridge: **Cambridge University Press**, 1998.

DOI: 10.51161/iv-conasus/88626

A INSERÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NA ATENÇÃO BÁSICA POR MEIO DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL

ARSENILDA PEREIRA DO NASCIMENTO; ANNI KARINE DOS SANTOS RIBEIRO; EVANDRO GOMES CORREIA JUNIOR; MARCO AURELIO BLAZ VASQUES

Introdução: A Atenção Básica constitui uma importante porta de entrada para o Sistema Único de Saúde (SUS), desenvolvendo ações de promoção, prevenção e cuidado em saúde. Nesse contexto, o Serviço Social contribui para a identificação das demandas sociais que interferem no processo saúde-doença e para o fortalecimento do acesso aos direitos sociais. **Objetivo**: Relatar a experiência da atuação do Serviço Social no âmbito da Residência Multiprofissional em Saúde da Família, destacando sua contribuição para o cuidado integral dos usuários na Atenção Básica. **Metodologia**: Trata-se de um relato de experiência, de caráter descritivo, desenvolvido a partir das vivências profissionais no acompanhamento dos usuários e famílias atendidos pelas equipes de Estratégia Saúde da Família. Foram consideradas ações como atendimentos individuais, visitas domiciliares, orientações sociais, encaminhamentos para a rede de serviços e articulação intersetorial. **Resultados**: A atuação do Serviço Social possibilitou identificar situações de vulnerabilidade social, dificuldades de acesso aos serviços públicos, necessidades relacionadas a benefícios sociais e demandas familiares que interferem diretamente na saúde dos usuários. As ações realizadas contribuíram para a aproximação entre usuários, equipe de saúde e rede de proteção social, favorecendo a garantia de direitos e a continuidade do cuidado. Também foi possível observar a importância do trabalho multiprofissional para a construção de respostas mais adequadas às necessidades da população. **Conclusão**: A experiência demonstra que o Serviço Social possui papel relevante na Atenção Básica, contribuindo para a integralidade do cuidado e para a efetivação dos princípios do SUS. A Residência Multiprofissional apresenta-se como importante espaço de formação e qualificação profissional, fortalecendo o trabalho em equipe e a atuação diante das diferentes expressões da questão social presentes no território.

Palavras-chave: **SERVIÇO SOCIAL; RESIDENCIA MULTIPROFISSIONAL; SAUDE DA FAMILIA**

DOI: 10.51161/iv-conasus/88633

GESTÃO HOSPITALAR E POLÍTICAS PÚBLICAS: EXPERIÊNCIA NA ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO NO SUS

MIRIAN NATÁLIA DE GÓIS; ELLEN APARECIDA DE SOUZA DUARTE; PALOMA DA SILVA RODRIGUES TRAD; DANIELE DE SOUZA PEREIRA; ERICA CRISTINA LOPES

Introdução: A organização da atenção à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS) tem passado por transformações que ampliam as possibilidades de atuação dos hospitais de pequeno porte. Em Minas Gerais, estratégias como o Pro-Hosp e, atualmente, o Valora Minas contribuíram para reorganizar a atenção hospitalar e estimular novas vocações assistenciais. Nesse cenário, iniciativas relacionadas à saúde mental, leitos de retaguarda e cuidados continuados assumem relevância diante do envelhecimento populacional e do aumento das condições crônicas. **Objetivos:** relatar a experiência profissional na gestão hospitalar, destacando avanços, desafios e oportunidades relacionados à operacionalização de políticas públicas em hospitais de pequeno porte no SUS. **Metodologia:** relato de experiência construído a partir de 18 anos de atuação profissional no SUS, envolvendo assistência e gestão hospitalar, além da participação como facilitadora da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais no processo de construção das Redes de Atenção à Saúde. A experiência relatada contempla a trajetória profissional de acompanhamento da organização da rede e a vivência atual na gestão de um hospital de pequeno porte. **Resultados:** a experiência possibilitou acompanhar transformações na organização das Redes de Atenção à Saúde e no papel dos hospitais de pequeno porte. No contexto vivenciado, destacam-se a atenção hospitalar em saúde mental, os leitos de retaguarda e as Unidades de Cuidados Continuados Integrados, que ampliam possibilidades de continuidade do cuidado, reabilitação e desospitalização de pacientes provenientes de serviços de maior complexidade. A inserção nessas estratégias favorece novas vocações assistenciais e melhor aproveitamento da capacidade instalada. Entretanto, a experiência evidencia desafios relacionados ao conhecimento das políticas e critérios de habilitação, articulação entre os pontos da rede, mudança da cultura organizacional, envolvimento das equipes e segurança do paciente. Destaca-se também a atuação da Vigilância Sanitária no monitoramento e orientação dos processos institucionais. **Conclusão:** a experiência demonstra que as políticas públicas representam oportunidades para fortalecer o papel dos hospitais de pequeno porte na rede. Sua operacionalização exige gestão qualificada, articulação entre serviços e capacidade institucional para transformar diretrizes em práticas assistenciais seguras, integradas e coerentes com as necessidades da população.

Palavras-chave: **POLITÍCA DE SAÚDE; SISTEMA DE SAÚDE; DESOSPITALIZAÇÃO**

DOI: 10.51161/iv-conasus/88636

ANÁLISE DO PERFIL DE USUÁRIOS TABAGISTAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA Á SAÚDE: RELATO DE EXPERIÊNCIA DE RESIDENTES MULTIPROFISSIONAIS.

DAYANNE DE MORAES DA SILVA; MARIA SAVIA DOS SANTOS DIAS

INTRODUÇÃO: O tabagismo permanece como um importante problema de saúde pública, estando relacionado a diversos agravos à saúde e demandando ações contínuas de prevenção, cuidado e apoio à cessação. Na Atenção Primária à Saúde, conhecer o perfil dos usuários tabagistas é fundamental para identificar vulnerabilidades, planejar estratégias de cuidado e fortalecer as ações de enfrentamento ao tabagismo no território. **OBJETIVO:** Este trabalho analisa o perfil dos usuários tabagistas cadastrados e acompanhados pela Unidade Básica de Saúde Divino Espírito Santo, no município de Morada Nova, Ceará, a partir da experiência de residentes multiprofissionais em saúde. **RELATO DE EXPERIÊNCIA:** Trata-se de um relato de experiência desenvolvido a partir do levantamento e organização de dados dos usuários tabagistas registrados no Prontuário Eletrônico do Cidadão e no e-SUS. Foram identificados 167 usuários tabagistas, sendo 85 (50,9%) do sexo masculino e 82 (49,1%) do sexo feminino. Em relação à faixa etária, observou-se predominância de pessoas com 60 anos ou mais (43,1%), seguidas por usuários de 41 a 59 anos (32,3%). Quanto à raça/cor, predominou a autodeclaração parda (87,4%). Em relação à escolaridade, 58,7% apresentavam ensino fundamental incompleto e 24,0% não possuíam escolaridade formal, evidenciando a presença de importantes vulnerabilidades sociais. **CONCLUSÃO:** A análise dos dados possibilitou compreender o tabagismo para além de uma escolha individual, considerando sua relação com determinantes sociais, condições de vida e características do território. A partir do diagnóstico realizado, foram desenvolvidas ações de saúde coletiva, com destaque para o Grupo de Cessação ao Tabagismo, envolvendo abordagem multiprofissional, educação em saúde, orientações sobre os riscos do consumo de tabaco, dependência da nicotina, mudanças de hábitos, controle da ansiedade e prevenção de recaídas. A experiência contribuiu para fortalecer o vínculo entre usuários e equipe de saúde, ampliar as ações de cuidado e subsidiar estratégias de enfrentamento do tabagismo na Atenção Primária à Saúde.

Palavras-chave: **TABAGISMO; ATENÇÃO PRIMÁRIA; RESIDÊNCIA MULTIPROFISIONAL**

DOI: 10.51161/iv-conasus/88642

SAÚDE MENTAL DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM NO SUS: DESAFIOS E ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO

AURORA CAMPOS; ANDRÉIA CARVALHO DE SOUZA COUTINHO; FERNANDO SÉRGIO DA COSTA; ANA CRISTINA OLIVEIRA DA SILVA; PATRÍCIA CARDOSO SILVA DOS SANTOS; LILIANA IVON GONZÁLES ALLENDE DOS SANTOS

Introdução: A saúde mental dos trabalhadores de enfermagem é uma questão crítica no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), onde a pressão constante e os desafios diários intensificam o risco de problemas emocionais e psicológicos. O estresse crônico, associado às condições adversas de trabalho, tende comprometer significativamente a saúde mental dos profissionais, impactando tanto sua qualidade de vida quanto a qualidade do atendimento prestado aos pacientes. **Objetivos:** O estudo teve como objetivo identificar os fatores centrais que afetam a saúde mental dos profissionais de enfermagem no SUS, além de propor estratégias eficazes para promover o bem-estar e prevenir o desenvolvimento de transtornos psicológicos. **Metodologia:** A pesquisa bibliográfica nas bases de dados MEDLINE, SCIELO, PUBMED e LILACS, utilizando como descritores os termos: " saúde mental" ,"enfermagem", "estresse ocupacional". A inclusão dos artigos contemplou estudos pertinentes ao tema, revisados por pares e publicações com menos de cinco anos, sendo excluídos os que não atendiam ao objetivo do estudo. **Resultados:** Os resultados revelaram que baixos salários, carga horária excessiva, falta de apoio social e ambientes de trabalho hostis são gatilhos significativos para problemas de saúde mental. A alta demanda por serviços no SUS, combinada com recursos limitados, contribui para o aumento do estresse e da insatisfação profissional e enfatiza a necessidade de intervenções organizacionais e práticas de autocuidado, como: estabelecimento de metas realistas, participação em atividades de lazer, prática regular de exercícios físicos, criação de espaços de escuta e suporte emocional, são eficientes para mitigar os efeitos negativos sobre a saúde mental dos trabalhadores de enfermagem. **Conclusão:** A saúde mental dos profissionais de enfermagem é vital para o funcionamento eficaz do SUS e para a qualidade do atendimento ao paciente. A implementação de equipes multidisciplinares e a promoção de um ambiente de trabalho saudável são essenciais para garantir o bem-estar dos enfermeiros. É crucial que as instituições de saúde priorizem a saúde mental de seus colaboradores, adotando estratégias que favoreçam um ambiente de trabalho equilibrado e menos estressante a fim de proporcionar um atendimento de qualidade ao paciente e a saúde dos profissionais.

Palavras-chave: **ESTRESSE; PROFISSIONAIS; SUPORTE**

DOI: 10.51161/iv-conasus/88657

DA INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA À REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: DESAFIOS PARA A CONTINUIDADE DO CUIDADO APÓS A ALTA

PRISCILA FABIENNE SCHMIDT FRANÇA DOS SANTOS

RESUMO

A alta encerra uma etapa da internação psiquiátrica, mas não encerra as necessidades da pessoa em sofrimento mental. Quando a saída do hospital ocorre sem comunicação entre os serviços, definição de responsabilidades ou participação do usuário, aumenta o risco de interrupção do acompanhamento e de retorno à urgência. O objetivo deste trabalho foi discutir os desafios e as práticas que favorecem a continuidade do cuidado após a alta psiquiátrica no Sistema Único de Saúde. Realizou-se uma revisão narrativa, em agosto de 2026, com consulta a artigos disponíveis na SciELO, legislação federal e documentos do Ministério da Saúde. Foram priorizadas produções brasileiras sobre transição do cuidado, planejamento da alta, articulação da Rede de Atenção Psicossocial e atenção territorial. Os estudos apontam redes fragmentadas, comunicação informal, insuficiência de serviços, indefinição de fluxos e pouca integração entre hospital, Centros de Atenção Psicossocial e Atenção Primária à Saúde. A literatura também mostra que o planejamento deve começar durante a internação e incluir contato direto com o serviço que receberá o usuário, resumo clínico compreensível, revisão dos medicamentos, plano para situações de crise e definição do primeiro atendimento no território. Usuário e familiares ou pessoas de confiança, quando autorizados, precisam participar das decisões. Verificar se o serviço de destino recebeu as informações e se o primeiro contato ocorreu permite reconhecer barreiras e corrigir falhas recorrentes do fluxo. Conclui-se que a continuidade não é garantida pela simples entrega de um encaminhamento. Ela depende de corresponsabilização, comunicação oportuna e acompanhamento da passagem entre os pontos da rede.

Palavras-chave: Coordenação da Assistência ao Paciente; Encaminhamento e Consulta; Integralidade em Saúde.

1 INTRODUÇÃO

A alta de uma internação psiquiátrica costuma ser recebida como sinal de melhora e retomada da vida fora do hospital. Esse momento, porém, também concentra incertezas. A pessoa deixa um ambiente no qual havia observação contínua e retorna a um território onde precisará reorganizar medicação, rotina, relações e acesso aos serviços. Se essa passagem não for preparada, parte do que foi construído durante a internação pode se perder nos primeiros dias.

DOI: 10.51161/iv-conasus/88663

A Lei nº 10.216/2001 determina que o tratamento em saúde mental deve ocorrer, preferencialmente, em serviços comunitários e ter como finalidade a reinserção social (Brasil, 2001). A Rede de Atenção Psicossocial organiza diferentes pontos do SUS para garantir atenção contínua e integral às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e necessidades relacionadas ao uso de álcool e outras drogas (Brasil, 2017). Nessa organização, o hospital não atua de forma isolada; ele integra uma rede que também envolve Atenção Primária à Saúde, Centros de Atenção Psicossocial, urgência, serviços residenciais, assistência hospitalar e estratégias de reabilitação.

Na prática, entretanto, a existência formal dos serviços não assegura que eles funcionem de maneira articulada. Sampaio e Bispo Júnior (2021) encontraram dificuldades relacionadas à insuficiência de recursos, à fragmentação e à ausência de fluxos bem estabelecidos em uma rede municipal. Lima e Guimarães (2019) também descreveram pontos de atenção que operavam como "ilhas", com articulação limitada e obstáculos para sustentar o cuidado no território. Esses estudos foram realizados em contextos específicos, mas tornam visível um problema recorrente: a pessoa pode circular entre serviços sem que as informações e as responsabilidades circulem com ela.

A transição do cuidado é justamente o conjunto de ações destinadas a manter coordenação e continuidade quando o usuário muda de ambiente ou de equipe. No caso da saúde mental, ela não se restringe a marcar uma consulta. Inclui compreender o que levou à internação, reconhecer as condições da vida no território, organizar o tratamento e construir uma resposta possível caso surjam novos sinais de crise.

Diante disso, este trabalho teve como objetivo discutir os principais desafios e as práticas que favorecem a continuidade do cuidado após a alta de internação psiquiátrica no SUS.

2 MATERIAL E MÉTODOS

Foi realizada uma revisão narrativa da literatura. A busca ocorreu em agosto de 2026, na biblioteca SciELO, em páginas oficiais do Ministério da Saúde e na legislação federal. Foram combinados os termos "alta hospitalar", "internação psiquiátrica", "transição do cuidado", "continuidade", "Rede de Atenção Psicossocial", "referência e contrarreferência", "CAPS" e "atenção territorial".

Foram priorizados artigos brasileiros disponíveis integralmente, publicados entre 2001 e 2026, que abordavam a passagem entre hospital e serviços comunitários, o planejamento da alta, a articulação de redes e a participação dos usuários. Também foram incluídas a Lei nº 10.216/2001 e normas e informações oficiais sobre a Rede de Atenção Psicossocial. Estudos centrados somente em resposta medicamentosa ou tempo de internação, sem relação com a continuidade assistencial, não foram priorizados.

A análise foi organizada em torno de seis aspectos: início do planejamento, comunicação entre equipes, barreiras da rede, práticas de transição, participação do usuário e de sua rede de apoio e avaliação do percurso após a alta. Por se tratar de revisão narrativa, os resultados não constituem levantamento exaustivo nem permitem comparar a efetividade de intervenções específicas.

DOI: 10.51161/iv-conasus/88663

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 O planejamento da alta começa na admissão

Planejar a alta apenas quando o médico define a saída reduz o tempo disponível para resolver questões que poderiam ter sido identificadas antes. Desde a admissão, a equipe pode verificar se o usuário já é acompanhado por uma Unidade Básica de Saúde, CAPS, ambulatório ou outro serviço; quem são suas pessoas de confiança; quais medicamentos utilizava; e que dificuldades contribuíram para a crise. Também é necessário conhecer condições de moradia, renda, transporte e acesso a alimentação e documentos, pois elas podem impedir a continuidade mesmo quando existe encaminhamento.

O levantamento inicial ajuda a definir objetivos realistas para a internação. Nem todos os problemas serão resolvidos no hospital, mas precisam ser reconhecidos para que a saída não seja planejada a partir de uma vida que o usuário não tem. Orientar comparecimento semanal a um serviço distante, por exemplo, pode ser inviável para quem não dispõe de transporte. Prescrever medicamentos sem confirmar disponibilidade e forma de obtenção cria outra ruptura previsível.

Arruda, Frateschi e Cardoso (2024), ao estudarem expectativas e planejamento da alta na perspectiva de pacientes, mostram a importância de considerar como a própria pessoa compreende esse momento. Expectativas de retomar vínculos e atividades convivem com receios e dúvidas. Ouvir essas percepções permite identificar o que o usuário considera possível, de que apoio dispõe e quais orientações ainda precisam ser retomadas.

O projeto terapêutico singular pode funcionar como fio condutor entre as equipes. Durante a internação, ele deve registrar necessidades, objetivos, intervenções realizadas e acordos para o território. Não precisa ser um documento extenso, mas precisa ser construído com participação do usuário e atualizado conforme o quadro se modifica. Quando já existe acompanhamento comunitário, a equipe de referência deve ser contatada antes de criar um plano inteiramente novo.

3.2 Comunicação entre serviços é uma ação clínica

Um dos problemas mais frequentes da alta é a expectativa de que um papel entregue ao usuário produza, sozinho, a continuidade. O encaminhamento escrito é importante, mas não confirma que o serviço de destino recebeu a informação, tem disponibilidade ou compreendeu a necessidade. Pessoas que acabaram de atravessar uma crise podem ter dificuldade para organizar horários, documentos, transporte e orientações sem apoio adicional.

Silva et al. (2023), em análise sobre a transição do cuidado de pessoas com transtorno mental no Brasil, identificaram fatores que dificultam e favorecem esse processo em diferentes níveis. Os resultados apontam que a passagem entre serviços depende de comunicação, planejamento e relações entre profissionais, mas também sofre influência da estrutura da rede e das condições sociais dos usuários.

O contato direto entre a equipe hospitalar e o serviço que assumirá o acompanhamento reduz dúvidas e permite pactuar responsabilidades. Essa comunicação pode ocorrer por telefone institucional, sistema eletrônico protegido, reunião virtual ou discussão presencial, conforme os recursos locais. O meio é menos importante que a existência de um canal definido, com respeito ao sigilo e registro do que foi combinado.

DOI: 10.51161/iv-conasus/88663

Silva e Ferigato (2020), ao analisarem a articulação entre CAPS e enfermaria de saúde mental em hospital geral, destacam o valor do cuidado compartilhado e do diálogo entre os pontos da rede. Quando as equipes se conhecem apenas por encaminhamentos, cada uma tende a construir uma leitura parcial. A discussão conjunta ajuda a compreender o percurso e evita que a alta seja entendida como simples transferência de responsabilidade.

O resumo de alta também precisa ser útil. Deve apresentar, de forma clara, o motivo da internação, as principais condutas e respostas, medicamentos em uso e alterações realizadas, necessidades clínicas, sinais que merecem atenção, exames pendentes e acordos feitos com o usuário. Informações excessivas e registros vagos dificultam a leitura; omissões obrigam a equipe seguinte a recomeçar a investigação. O usuário deve receber orientações em linguagem compreensível e saber a quem procurar caso não consiga acessar o atendimento previsto.

3.3 Barreiras que ultrapassam o hospital

A continuidade depende da qualidade do planejamento, mas também da capacidade concreta da rede. Escassez de serviços, equipes incompletas, filas, distância e mudanças frequentes de profissionais limitam o que pode ser pactuado. Sampaio e Bispo Júnior (2021) descrevem uma rede com estrutura insuficiente e articulação fragmentada, enquanto Lima e Guimarães (2019) apontam dificuldades de integração intra e intersetorial. Esses achados sugerem que a descontinuidade não pode ser atribuída automaticamente à falta de adesão do usuário.

A própria noção de “não adesão” precisa ser analisada. Uma pessoa pode faltar porque não tem dinheiro para o transporte, teme o estigma, não compreendeu a orientação, trabalha no horário da consulta ou precisa cuidar de familiares. Também pode ter tido experiências anteriores de desrespeito no serviço. Antes de classificar o comportamento como desinteresse, é necessário investigar os obstáculos e negociar alternativas possíveis.

Há, ainda, demandas que não pertencem somente à saúde. Ausência de moradia, insegurança alimentar, violência, desemprego e rompimento de vínculos podem dificultar a estabilização clínica. A articulação com assistência social, educação, trabalho, justiça e iniciativas comunitárias precisa ocorrer conforme cada situação. A intersetorialidade, contudo, não deve significar encaminhar a pessoa de um local para outro sem acompanhamento; requer comunicação e definição do papel de cada setor.

Outro obstáculo é a dependência de contatos pessoais entre profissionais. Relações de confiança facilitam a articulação, mas o fluxo não pode desaparecer quando alguém muda de função ou se afasta. A rede precisa estabelecer procedimentos institucionais mínimos: quem recebe o contato, quais informações são necessárias, como situações prioritárias serão tratadas e quem verifica se o primeiro encontro ocorreu.

3.4 Práticas possíveis para uma transição mais segura

A literatura analisada permite identificar práticas aplicáveis, com adaptação às condições locais. A primeira é a chamada transferência responsável: além de fornecer o encaminhamento, a equipe confirma o serviço de destino, comunica o caso e informa ao usuário quando e onde será atendido. Nos casos de maior vulnerabilidade, pode ser necessário um contato conjunto, visita ou acompanhamento na chegada ao novo ponto de atenção.

Outra prática é definir uma pessoa ou equipe de referência. Isso não significa que um único profissional se torne responsável por tudo, mas que exista alguém encarregado de acompanhar os acordos e facilitar a comunicação. Sem essa definição, cada serviço pode imaginar que outro assumirá determinada tarefa.

DOI: 10.51161/iv-conasus/88663

O planejamento de crise também é relevante. Com a participação do usuário, podem ser registrados sinais iniciais de piora, estratégias que já ajudaram, pessoas que podem ser acionadas, serviços de referência e situações que exigem atendimento imediato. O plano deve ser breve, acessível e revisto ao longo do acompanhamento. Ele não elimina crises futuras, mas reduz a necessidade de decidir tudo em um momento de grande sofrimento.

A revisão dos medicamentos exige atenção especial. O usuário precisa saber o que mudou durante a internação, para que serve cada medicamento, como utilizá-lo e quais efeitos devem motivar procura por atendimento. A equipe também deve verificar se a prescrição poderá ser obtida no território e orientar a guarda segura quando houver risco. Informações contraditórias entre receita, resumo e orientação verbal são fonte evitável de erros.

O primeiro contato depois da alta deve ser definido conforme a avaliação clínica e social, sem adotar um prazo único para todas as situações. Pessoas com risco recente, vínculos frágeis ou dificuldade de acesso podem exigir aproximação mais rápida e busca ativa quando não comparecem. Outras podem manter seguimento já organizado. O importante é que o intervalo seja deliberado e que a responsabilidade por esse período esteja clara.

A Atenção Primária à Saúde precisa ser incluída quando houver necessidades clínicas, acompanhamento longitudinal ou possibilidade de cuidado compartilhado. Nem toda pessoa que sai de uma internação psiquiátrica precisa ser acompanhada exclusivamente por um CAPS, e nem todo CAPS substitui o cuidado geral de saúde. A definição deve considerar complexidade, território e organização local da RAPS.

3.5 Participação do usuário e de sua rede de apoio

Uma alta tecnicamente bem organizada pode falhar se não fizer sentido para a pessoa. Participação não é apenas obter concordância ao final. O usuário precisa conhecer as alternativas, expressar preocupações e compreender quais responsabilidades está assumindo. Perguntas simples — onde pretende ficar, quem pode ajudar, o que teme na volta e o que considera mais difícil — revelam problemas que formulários nem sempre alcançam.

Familiares e pessoas de confiança podem apoiar a organização da rotina, observar mudanças e facilitar o acesso aos serviços. A inclusão, porém, deve respeitar autorização, privacidade e segurança. Família não é sempre sinônimo de proteção; pode haver conflito, abandono ou violência. A equipe precisa conversar separadamente com o usuário quando necessário e identificar outras redes de apoio.

Também é importante preservar autonomia sem abandonar. Entregar todas as decisões ao usuário em nome da independência pode ignorar limitações temporárias produzidas pela crise. Por outro lado, excluir a pessoa das escolhas porque esteve internada reforça tutela e estigma. O cuidado exige ajustar o apoio às necessidades do momento e ampliar a participação à medida que houver condições.

A continuidade se torna mais concreta quando o usuário sai sabendo o que acontecerá em seguida, quem poderá procurar e como agir diante de dificuldades. Essas informações devem ser verificadas, e não apenas fornecidas. Pedir que a pessoa explique com suas palavras o plano permite identificar dúvidas sem constrangimento e corrigir falhas de comunicação.

DOI: 10.51161/iv-conasus/88663

3.6 Avaliar se a transição realmente aconteceu

O encaminhamento não pode ser considerado concluído apenas porque foi entregue ou enviado. Para saber se a transição ocorreu, é necessário verificar se o serviço de destino recebeu as informações e se o primeiro contato foi realizado. Essa confirmação é especialmente importante quando há risco recente, vínculos frágeis ou dificuldade de acesso. A análise de Silva et al. (2023) mostra que a continuidade depende de fatores relacionados à pessoa, aos profissionais, aos serviços e à própria organização do sistema; por isso, uma única providência administrativa não garante o seguimento.

Um registro simples pode reunir a data da alta, o ponto de atenção indicado, o prazo combinado, a confirmação do recebimento e o resultado do primeiro contato. O objetivo não é vigiar o usuário nem produzir mais formulários, mas tornar visível uma etapa que costuma desaparecer entre as responsabilidades dos serviços. Quando a pessoa não comparece, a primeira resposta deve ser compreender o motivo. Telefone indisponível, transporte, medo, conflito familiar, horário de trabalho ou piora clínica exigem respostas diferentes.

A busca ativa, quando indicada, precisa respeitar autonomia, sigilo e condições do território. Ela pode ocorrer por contato telefônico, equipe de referência, Atenção Primária ou outro recurso previamente combinado. Nem toda ausência representa emergência, e nem toda pessoa deseja participação da família. A intensidade da aproximação deve seguir a avaliação de risco e os acordos feitos com o usuário, evitando tanto o abandono quanto intervenções invasivas.

Além do acompanhamento de cada caso, a rede pode avaliar periodicamente seus fluxos. Número de primeiros atendimentos realizados, encaminhamentos sem resposta, retornos à urgência, reinternações e tempo entre a alta e o cuidado territorial ajudam a localizar rupturas. Esses dados, porém, precisam ser combinados com a experiência de usuários, familiares e trabalhadores. Uma taxa isolada não explica se a barreira foi falta de vaga, comunicação incompleta, distância ou uma proposta de cuidado que não fazia sentido para a pessoa. Os problemas de estrutura e articulação descritos por Sampaio e Bispo Júnior (2021) e Lima e Guimarães (2019) reforçam a necessidade dessa leitura conjunta.

Quando uma falha é identificada, a resposta não deve se limitar a procurar quem errou. O mais útil é revisar o fluxo, definir responsabilidades, atualizar contatos e discutir se os prazos e critérios continuam viáveis. Reuniões entre hospital, CAPS, Atenção Primária e outros pontos da rede podem transformar situações recorrentes em mudanças de processo. Avaliar a transição, assim, fecha um ciclo: o planejamento da alta orienta o cuidado imediato, e o que aconteceu depois da saída oferece informações para melhorar as próximas altas.

4 CONCLUSÃO

A passagem da internação para o cuidado territorial é um período clínico e socialmente sensível. A alta não deve ser compreendida como ato administrativo nem como entrega de receita e encaminhamento. Ela é uma transição que precisa ser preparada desde a admissão, construída com o usuário e pactuada entre os serviços.

Os estudos analisados mostram que fragmentação da rede, insuficiência de recursos, comunicação informal e ausência de fluxos dificultam a continuidade. Essas barreiras não serão resolvidas apenas pela atuação de um profissional. Ainda assim, práticas como contato direto entre equipes, resumo de alta claro, definição de referência, planejamento de crise, revisão de medicamentos e confirmação do primeiro atendimento podem diminuir rupturas evitáveis.

DOI: 10.51161/iv-conasus/88663

No SUS, continuidade significa corresponsabilidade. O hospital mantém compromisso com uma saída segura; os serviços territoriais recebem informações e assumem o seguimento; e o usuário participa das decisões com o apoio necessário. Quando essa ligação é efetiva, a alta deixa de representar uma passagem solitária entre pontos desconectados e se torna parte de um cuidado que prossegue no território.

REFERÊNCIAS

ARRUDA, Júlia Noronha Ferraz de; FRATESCHI, Mara Soares; CARDOSO, Carmen Lúcia. Expectativas e planejamento da alta em saúde mental: perspectiva dos pacientes. *Psicologia: Ciência e Profissão*, Brasília, DF, v. 44, e261323, 2024. DOI: 10.1590/1982-3703003261323.

BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. *Diário Oficial da União*: Brasília, DF, 9 abr. 2001. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm. Acesso em: 20 ago. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Anexo V: Rede de Atenção Psicossocial. *Diário Oficial da União*: Brasília, DF, 3 out. 2017. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/desmad/legislacao. Acesso em: 20 ago. 2026.

LIMA, Déborah Karollyne Ribeiro Ramos; GUIMARÃES, Jacileide. Articulação da Rede de Atenção Psicossocial e continuidade do cuidado em território: problematizando possíveis relações. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 3, e290310, 2019. DOI: 10.1590/S0103-73312019290310.

SAMPAIO, Mariá Lanzotti; BISPO JÚNIOR, José Patrício. Rede de Atenção Psicossocial: avaliação da estrutura e do processo de articulação do cuidado em saúde mental. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 37, n. 3, e00042620, 2021. DOI: 10.1590/0102-311X00042620.

SILVA, Larissa Arielly Cunha da et al. Transição do cuidado de pessoas com transtorno mental no Brasil: uma análise de contexto. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, DF, v. 76, n. 6, e20230063, 2023. DOI: 10.1590/0034-7167-2023-0063pt.

SILVA, Michelle Chanchetti; FERIGATO, Sabrina Helena. Articulação de redes de cuidado entre CAPS e Enfermaria de Saúde Mental em Hospital Geral. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 24, e200103, 2020. DOI: 10.1590/Interface.200103.

CUIDAR DE QUEM CUIDA: ESTRATÉGIAS INSTITUCIONAIS DE PROTEÇÃO À SAÚDE MENTAL DOS TRABALHADORES DA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

PRISCILA FABIENNE SCHMIDT FRANÇA DOS SANTOS

RESUMO

O trabalho na atenção psicossocial envolve crises, sofrimento intenso, conflitos familiares e vulnerabilidades sociais. Em muitos serviços, essas demandas se somam a equipes reduzidas, sobrecarga e dificuldades de articulação com a rede. Este estudo teve como objetivo discutir estratégias institucionais de proteção à saúde mental dos trabalhadores da atenção psicossocial no Sistema Único de Saúde. Foi realizada uma revisão narrativa, em agosto de 2026, com artigos brasileiros disponíveis na SciELO, documentos do Ministério da Saúde e normas de saúde do trabalhador. Os estudos indicam que o desgaste não depende apenas da capacidade individual para enfrentar situações difíceis. Organização do trabalho, dimensionamento da equipe, relações profissionais, participação nas decisões, reconhecimento e recursos disponíveis interferem nessa experiência. As medidas de proteção devem combinar melhoria das condições de trabalho, espaços coletivos de escuta e supervisão, educação permanente, vigilância dos riscos e acesso voluntário e confidencial a atendimento especializado. Também se destaca o papel das lideranças na identificação das dificuldades, na transparência das decisões e no retorno após afastamentos, sem exposição de diagnósticos. Conclui-se que cuidar de quem cuida exige uma política permanente, construída com os trabalhadores e acompanhada pela gestão, sem atribuir o sofrimento à fragilidade pessoal.

Palavras-chave: Esgotamento Profissional; Gestão de Recursos Humanos; Riscos Ocupacionais.

1 INTRODUÇÃO

O cuidado em saúde mental ocorre, em grande parte, por meio do encontro. Escutar uma pessoa em crise, mediar conflitos, construir projetos terapêuticos e sustentar vínculos exige conhecimento técnico e também mobiliza afetos e limites pessoais. Essa dimensão relacional dá sentido ao trabalho e, em certas condições, pode se tornar fonte de desgaste (Athayde; Hennington, 2012; Carniato; Lucca, 2024).

Nem todo cansaço significa adoecimento, e muitos profissionais encontram satisfação e reconhecimento no trabalho. O problema aparece quando exigências intensas se somam à falta de recursos, à indefinição de responsabilidades e à dificuldade de compartilhar decisões. Nesses casos, a equipe pode permanecer em estado constante de urgência, com pouco espaço para elaborar o próprio trabalho (Athayde; Hennington, 2012; Fidelis et al., 2021; Treichel et al., 2024).

DOI: 10.51161/iv-conasus/88664

Athayde e Hennington (2012), ao estudarem profissionais de um CAPS, identificaram desgaste e prazer no cotidiano. Criatividade, participação no cuidado e vínculo com usuários podem gerar realização, enquanto condições inadequadas e limites na organização afetam trabalhadores e assistência. O resultado impede explicações simplistas: o trabalho em saúde mental não adoece por natureza, e o sofrimento tampouco depende apenas da resistência individual.

A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora orienta ações de promoção, proteção, vigilância e assistência relacionadas aos processos e ambientes de trabalho (Brasil, 2012). Essa responsabilidade inclui os trabalhadores dos serviços de saúde. Ainda assim, as respostas destinadas a esse grupo costumam ser pontuais e posteriores ao adoecimento, em vez de integrar o planejamento institucional.

Falar em "cuidar de quem cuida" exige mais que campanhas motivacionais ou recomendações de autocuidado. A organização do trabalho pode proteger ou agravar a saúde mental. Diante disso, o objetivo deste estudo foi discutir estratégias institucionais de proteção à saúde mental dos trabalhadores da atenção psicossocial no SUS (Bernardo; Garbin, 2011; Brasil, 2012).

2 MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de uma revisão narrativa da literatura. A busca foi realizada em agosto de 2026, na biblioteca SciELO e em páginas oficiais do Ministério da Saúde. Foram utilizados, de forma combinada, os termos "trabalhadores de saúde mental", "CAPS", "sofrimento psíquico", "satisfação", "sobrecarga", "saúde do trabalhador", "gestão" e "organização do trabalho".

Foram selecionados cinco artigos brasileiros, disponíveis na íntegra, sobre cotidiano, satisfação, sobrecarga e respostas institucionais ao sofrimento de trabalhadores da saúde mental. Também foram consultados três documentos: a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais e diretrizes do Ministério da Saúde e da Fundação Oswaldo Cruz. Publicações centradas apenas em características individuais, sem relação com o processo de trabalho ou a gestão, não foram priorizadas.

A revisão narrativa permitiu aproximar estudos com diferentes métodos e documentos normativos. Como não é sistemática, não representa toda a produção disponível; seus achados servem à reflexão e ao planejamento nos serviços.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 O sofrimento não começa nem termina no indivíduo

Os trabalhadores da atenção psicossocial convivem com situações complexas: risco de suicídio, agitação, uso problemático de álcool e outras drogas, violência, abandono e conflitos sociais que não podem ser resolvidos apenas pelo setor saúde. A proximidade com essas experiências pode produzir tensão, tristeza, impotência e medo. No entanto, a repercussão sobre a equipe depende também das condições disponíveis para conduzir os casos e compartilhar responsabilidades (Athayde; Hennington, 2012; Carniato; Lucca, 2024).

DOI: 10.51161/iv-conasus/88664

Quando o serviço tem profissionais em número insuficiente, alta rotatividade, dificuldade de acesso a outros pontos da rede ou poucas oportunidades de discussão, situações que deveriam ser assumidas coletivamente recaem sobre pessoas específicas. O trabalhador pode sentir que precisa responder sozinho por problemas que ultrapassam sua função. A repetição desse cenário favorece cansaço, irritação, afastamentos, presença no trabalho sem condições adequadas e conflitos entre colegas (Carniato; Lucca, 2024; Fidelis et al., 2021).

Carniato e Lucca (2024), em estudo sobre o olhar da gestão para o sofrimento de trabalhadores de CAPS, identificaram questões relacionadas ao absenteísmo, ao presenteísmo e às relações dentro das equipes. O estudo reforça que o gestor ocupa posição importante na identificação dos sinais de desgaste e na construção de respostas. Isso não significa transferir toda a responsabilidade a uma chefia imediata, mas reconhecer que decisões sobre escala, divisão de tarefas, comunicação e participação interferem na saúde do grupo.

Os resultados de pesquisas sobre satisfação e sobrecarga também mostram um quadro que não é uniforme. Fidelis et al. (2021) encontraram profissionais satisfeitos com aspectos do trabalho, apesar de problemas de continuidade do cuidado e de infraestrutura. Treichel et al. (2024), em estudo realizado com trabalhadores de saúde mental de um município, identificaram menor sobrecarga em parte dos participantes, mas registraram insatisfação, fadiga e frustrações. Por serem investigações localizadas, seus resultados não podem ser generalizados para todos os serviços. Ainda assim, ajudam a compreender que satisfação e sofrimento podem existir ao mesmo tempo.

Essa constatação é importante porque evita duas respostas inadequadas. A primeira é romantizar o trabalho, como se compromisso e vocação fossem suficientes para superar qualquer condição. A segunda é apresentar todos os profissionais como inevitavelmente adoecidos. Uma política institucional precisa reconhecer diferenças entre equipes, funções e momentos de vida, sem perder de vista os fatores coletivos (Athayde; Hennington, 2012; Treichel et al., 2024).

3.2 Os limites das respostas baseadas somente no autocuidado

Atividades de relaxamento, convivência, atividade física e educação em saúde podem contribuir para o bem-estar. O problema surge quando são oferecidas como única resposta a um processo de trabalho desorganizado. Recomendar que o profissional cuide melhor de si, sem rever jornadas, conflitos, riscos e falta de recursos, pode aumentar a culpa de quem já está sobrecarregado. A mensagem recebida é a de que o sofrimento persiste porque a pessoa não soube administrá-lo (Bernardo; Garbin, 2011; Brasil; Fundação Oswaldo Cruz, 2024).

Bernardo e Garbin (2011), ao discutirem a atenção à saúde mental relacionada ao trabalho no SUS, apontam a dificuldade de reconhecer o vínculo entre adoecimento e condições laborais. Quando o problema é interpretado apenas como doença individual, perdem-se informações necessárias à prevenção e à transformação dos ambientes. O atendimento clínico é indispensável quando existe necessidade, mas não substitui a análise do trabalho real.

Por essa razão, a oferta de acompanhamento psicológico e psiquiátrico precisa ser tratada com cuidado. Garantir acesso ágil, gratuito, voluntário e confidencial é uma medida de proteção. Transformar consultas periódicas em obrigação para todos os trabalhadores, contudo, pode reforçar estigma, interferir na privacidade e confundir cuidado com avaliação de desempenho. Também existe o risco de medicalizar conflitos que pedem mudanças na gestão (Bernardo; Garbin, 2011; Brasil; Fundação Oswaldo Cruz, 2024).

DOI: 10.51161/iv-conasus/88664

O atendimento, quando indicado, deve ocorrer fora da relação direta de chefia e com regras claras de sigilo. Informações clínicas não devem ser usadas para decidir escalas, promoções ou permanência no serviço. A instituição precisa manter um fluxo para situações urgentes, como risco de suicídio ou crise aguda, e outro para demandas que podem ser acompanhadas de forma programada. Em ambos os casos, buscar ajuda não pode produzir punição ou exposição (Brasil, 2018; Brasil; Fundação Oswaldo Cruz, 2024).

3.3 Organização do trabalho como medida de proteção

A primeira estratégia institucional é conhecer o que acontece em cada serviço. Taxas de afastamento, rotatividade, acidentes, episódios de violência e procura pelo setor de saúde ocupacional podem oferecer sinais, mas não bastam. É necessário ouvir a equipe, de maneira protegida, sobre sobrecarga, relações de trabalho, autonomia, reconhecimento e obstáculos para realizar o cuidado. Os resultados precisam retornar ao grupo e gerar um plano; coletar opiniões sem produzir resposta enfraquece a confiança (Brasil, 2012; Brasil; Fundação Oswaldo Cruz, 2024).

A participação dos trabalhadores nessa análise é essencial. Quem executa as atividades conhece diferenças entre o trabalho prescrito e o que realmente precisa ser feito. Uma escala que parece suficiente no papel pode não considerar deslocamentos, acolhimentos imprevistos, acompanhamento de crise ou ausência de serviços no território. Reuniões participativas permitem reconhecer essas situações e estabelecer prioridades possíveis (Brasil, 2012; Carniato; Lucca, 2024).

O dimensionamento da equipe, a distribuição equilibrada de casos, o respeito aos intervalos, a clareza das funções e a disponibilidade de materiais e espaços seguros são medidas básicas. Também é importante revisar jornadas prolongadas e acúmulo de vínculos, embora algumas decisões dependam de instâncias externas ao serviço. Quando a gestão local não tem autonomia para resolver um problema, ainda assim deve registrá-lo, comunicar os níveis responsáveis e construir medidas provisórias com transparência (Athayde; Hennington, 2012; Brasil, 2012).

Os riscos de agressão e outras situações críticas requerem protocolos conhecidos, treinamento e apoio posterior. Responsabilizar o trabalhador por “não saber lidar” com um episódio de violência oculta falhas de estrutura e de planejamento. Após eventos graves, a instituição deve oferecer escuta, avaliar necessidade de afastamento ou atendimento e revisar o ocorrido com finalidade de prevenção, e não de culpa (Brasil; Fundação Oswaldo Cruz, 2024; Carniato; Lucca, 2024).

As diretrizes elaboradas pelo Ministério da Saúde e pela Fundação Oswaldo Cruz para emergências em saúde pública destacam a importância de mapear as equipes, organizar ambientes adequados, manter comunicação clara, criar espaços de escuta e combinar estratégias individuais e organizacionais (Brasil; Fundação Oswaldo Cruz, 2024). O documento nasceu de um contexto específico, marcado por emergências sanitárias, e não deve ser transferido de forma automática para todo serviço. Seus princípios, contudo, ajudam a mostrar que a proteção da saúde mental precisa estar integrada à gestão do trabalho.

3.4 Espaços coletivos de elaboração e apoio

Reuniões de equipe não deveriam servir somente para avisos administrativos. A discussão de casos, quando conduzida com respeito e regularidade, permite dividir responsabilidades, rever condutas e reconhecer os limites do serviço. Ao compreender que determinada dificuldade é compartilhada, o trabalhador deixa de carregar sozinho a ideia de fracasso (Carniato; Lucca, 2024).

DOI: 10.51161/iv-conasus/88664

A supervisão clínico-institucional pode contribuir nesse processo. Ela não é fiscalização da equipe nem substitui psicoterapia. Trata-se de um espaço para analisar casos, relações, impasses e modos de organização, com apoio de alguém que não esteja inteiramente envolvido no cotidiano. Para funcionar, precisa ter periodicidade, compromisso da gestão e participação dos trabalhadores. Encontros esporádicos, realizados apenas em momentos de crise institucional, tendem a produzir efeitos limitados (Carniato; Lucca, 2024).

A educação permanente também deve partir de problemas concretos. Capacitações sobre manejo de crise, prevenção do suicídio, redução de danos, violência, direitos e comunicação podem aumentar a segurança, mas precisam dialogar com os recursos disponíveis. Ensinar uma conduta impossível de executar naquele território não reduz a angústia; pode ampliá-la. Por isso, formação e análise da rede devem caminhar juntas (Brasil; Fundação Oswaldo Cruz, 2024; Carniato; Lucca, 2024).

Outras práticas incluem acolhimento entre pares, momentos de avaliação após situações críticas e canais confiáveis para comunicar assédio ou discriminação. Esses recursos exigem regras de proteção e responsabilização. Um espaço de fala perde sentido se o trabalhador teme retaliação ou se denúncias são tratadas como conflito pessoal sem apuração (Brasil; Fundação Oswaldo Cruz, 2024; Carniato; Lucca, 2024).

3.5 Da ação pontual a uma política permanente

Uma proposta institucional de proteção à saúde mental pode ser organizada em cinco frentes articuladas: diagnóstico participativo dos riscos; melhoria das condições e dos processos de trabalho; espaços regulares de discussão e supervisão; acesso confidencial à assistência; e acompanhamento das medidas pela gestão. Nenhuma dessas frentes, isoladamente, dá conta do problema (Brasil, 2012; Brasil; Fundação Oswaldo Cruz, 2024).

A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora oferece base para aproximar assistência e vigilância (Brasil, 2012). Serviços de saúde ocupacional, equipes de gestão e Centros de Referência em Saúde do Trabalhador podem colaborar conforme a organização local. A identificação de um caso deve levar ao cuidado da pessoa, mas também à pergunta sobre a existência de outros trabalhadores expostos à mesma situação.

O acompanhamento precisa utilizar indicadores quantitativos e qualitativos. Reduzir afastamentos, por exemplo, não significa necessariamente melhorar a saúde da equipe, pois o trabalhador pode continuar presente mesmo adoecido. A avaliação deve considerar percepção de apoio, possibilidade de realizar o trabalho com segurança, estabilidade das equipes, participação nas decisões e qualidade das relações. As informações precisam ser analisadas sem identificar indivíduos (Carniato; Lucca, 2024; Treichel et al., 2024).

Finalmente, a política deve alcançar todos os vínculos e categorias. Trabalhadores terceirizados, temporários, administrativos, de limpeza, segurança e recepção também convivem com o funcionamento do serviço e podem estar expostos a riscos. Restringir as ações aos profissionais de nível superior reproduz desigualdades dentro da própria instituição (Brasil, 2012).

3.6 O papel das lideranças de proximidade

Coordenadores e chefias imediatas costumam perceber mudanças antes dos indicadores formais. Faltas frequentes, isolamento, irritação, conflitos e dificuldade para cumprir tarefas podem sinalizar a necessidade de conversa. Isso não autoriza diagnóstico nem invasão da vida privada. Cabe à liderança abrir um canal respeitoso de escuta, examinar problemas na organização do trabalho e orientar a busca de apoio (Carniato; Lucca, 2024).

Reuniões regulares e conversas individuais podem ajudar, desde que tenham objetivos claros. A escuta voltada ao cuidado não deve ser confundida com avaliação de desempenho. Se o trabalhador entende que qualquer relato de sofrimento será registrado como incapacidade profissional, tende a ocultar o problema até que a situação se agrave. É importante definir quais informações permanecem confidenciais, o que precisa ser encaminhado por questão de segurança e quais decisões cabem ao serviço de saúde ocupacional. Carniato e Lucca (2024) mostram que a gestão participa tanto da identificação do desgaste quanto da construção das respostas possíveis.

Decisões sobre escala, folgas, divisão de casos complexos e mudanças de rotina também precisam ser transparentes. Nem sempre será possível atender a todas as solicitações, mas explicar critérios e ouvir a equipe reduz a sensação de arbitrariedade. A participação dos trabalhadores permite conhecer diferenças entre o trabalho prescrito e o trabalho realmente executado. Muitas vezes, um procedimento parece simples no papel, mas exige negociações, deslocamentos e manejo de riscos que não foram considerados no planejamento (Athayde; Hennington, 2012; Carniato; Lucca, 2024).

O retorno após afastamento merece cuidado específico. Quando houver orientação da saúde ocupacional, pode ser necessário ajustar tarefas ou retomar gradualmente determinadas atividades. A equipe deve receber apenas as informações indispensáveis à organização do trabalho, sem exposição do diagnóstico. Comentários que colocam em dúvida a capacidade do profissional, punições informais ou concentração das tarefas mais difíceis logo após o retorno favorecem novo adoecimento. Reconhecer a relação entre saúde mental e trabalho, como discutem Bernardo e Garbin (2011), ajuda a substituir julgamentos por medidas de prevenção (Bernardo; Garbin, 2011; Brasil, 2018).

A liderança de proximidade não consegue resolver sozinha falta de pessoal, contratos precários ou limitações da rede. Ainda assim, pode registrar riscos, encaminhar demandas aos níveis responsáveis e acompanhar as providências, evitando que problemas conhecidos se tornem parte natural da rotina. Para isso, gestores também precisam de formação e apoio. A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora reforça a responsabilidade compartilhada entre assistência, vigilância e gestão (Brasil, 2012). Uma liderança cuidadosa, portanto, não é a que promete solução individual para tudo, mas a que escuta, toma decisões justificadas e mobiliza a instituição diante de problemas coletivos.

4 CONCLUSÃO

Proteger a saúde mental dos trabalhadores da atenção psicossocial não é um favor concedido pela gestão nem uma estratégia voltada apenas à produtividade. Trata-se de uma responsabilidade institucional e de uma condição ética para que o cuidado seja realizado com segurança e continuidade (Brasil, 2012).

A literatura analisada indica que sofrimento, satisfação e realização podem coexistir. Por isso, não cabe definir toda equipe como adoecida nem atribuir o desgaste à falta de equilíbrio individual. Organização do trabalho, relações profissionais, recursos, reconhecimento e funcionamento da rede participam dessa experiência (Athayde; Hennington, 2012; Fidelis et al., 2021; Treichel et al., 2024).

As respostas mais consistentes combinam escuta e mudança concreta. O acesso voluntário e confidencial à assistência é importante, mas não substitui dimensionamento adequado, supervisão, educação permanente, prevenção da violência e participação dos trabalhadores. Transformar “cuidar de quem cuida” em prática exige que a instituição cuide também da organização do trabalho (Bernardo; Garbin, 2011; Brasil; Fundação Oswaldo Cruz, 2024; Carniato; Lucca, 2024).

DOI: 10.51161/iv-conasus/88664

REFERÊNCIAS

ATHAYDE, Vladimir; HENNINGTON, Élida Azevedo. A saúde mental dos profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 983-1001, 2012. DOI: 10.1590/S0103-73312012000300008.

BERNARDO, Marcia Hespanhol; GARBIN, Andréia De Conto. A atenção à saúde mental relacionada ao trabalho no SUS: desafios e possibilidades. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, São Paulo, v. 36, n. 123, p. 103-117, 2011. DOI: 10.1590/S0303-76572011000100010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. *Diário Oficial da União*: Brasília, DF, 24 ago. 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html. Acesso em: 20 ago. 2026.

BRASIL. Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018. Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD). *Diário Oficial da União*: Brasília, DF, 15 ago. 2018. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/l13709.htm. Acesso em: 26 ago. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde; FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. *Saúde mental dos trabalhadores dos serviços de saúde: diretrizes para formulação de políticas públicas em emergências em saúde pública*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/saude-do-trabalhador/saude-mental-dos-trabalhadores-dos-servicos-de-saude. Acesso em: 20 ago. 2026.

CARNIATO, Eliza Piazzetta; LUCCA, Sergio Roberto de. Sofrimento mental dos trabalhadores dos Caps: um olhar da gestão. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 48, n. 143, e9170, 2024. DOI: 10.1590/2358-289820241439170P.

FIDELIS, Fabiana Aparecida Monção et al. Satisfação e sobrecarga na atuação de profissionais em saúde mental. *Escola Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, e20200309, 2021. DOI: 10.1590/2177-9465-EAN-2020-0309.

TREICHEL, Carlos Alberto dos Santos et al. Satisfação e sobrecarga de trabalho em profissionais da saúde mental. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 22, e02579243, 2024. DOI: 10.1590/1981-7746-ojs2579.

DA INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA À REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: DESAFIOS PARA A CONTINUIDADE DO CUIDADO APÓS A ALTA

PRISCILA FABIENNE SCHMIDT FRANÇA DOS SANTOS

RESUMO

A alta encerra a internação psiquiátrica, mas não as necessidades da pessoa. Quando ocorre sem comunicação entre serviços, responsabilidades definidas e participação do usuário, há maior risco de interrupção do acompanhamento. Este trabalho discutiu desafios e práticas que favorecem a continuidade do cuidado após a alta no Sistema Único de Saúde. Foi realizada uma revisão narrativa, em agosto de 2026, com artigos brasileiros disponíveis na SciELO, legislação federal e documentos do Ministério da Saúde. Os estudos apontam fragmentação da rede, comunicação informal, insuficiência de serviços e pouca integração entre hospital, CAPS e Atenção Primária à Saúde. O planejamento deve começar durante a internação e incluir contato direto com o serviço de destino, resumo de alta claro, revisão dos medicamentos, plano de crise e definição do primeiro atendimento no território. O usuário e as pessoas de confiança, quando autorizadas, precisam participar das decisões. Também é necessário confirmar se o serviço recebeu as informações e se o primeiro contato ocorreu. Conclui-se que a continuidade depende de corresponsabilização, comunicação oportuna e acompanhamento da passagem entre os pontos da rede.

Palavras-chave: Coordenação da Assistência ao Paciente; Encaminhamento e Consulta; Integralidade em Saúde.

1 INTRODUÇÃO

A alta de uma internação psiquiátrica costuma sinalizar melhora e retomada da vida fora do hospital, mas também concentra incertezas. A pessoa retorna a um território onde precisará reorganizar medicação, rotina, relações e acesso aos serviços. Sem preparo, parte do que foi construído durante a internação pode se perder nos primeiros dias (Arruda; Frateschi; Cardoso, 2024; Silva et al., 2023).

A Lei nº 10.216/2001 estabelece que o tratamento em saúde mental deve ocorrer preferencialmente em serviços comunitários e buscar a reinserção social (Brasil, 2001). A Rede de Atenção Psicossocial reúne diferentes pontos do SUS para garantir cuidado contínuo e integral (Brasil, 2017). Nesse arranjo, o hospital integra uma rede com Atenção Primária, CAPS, urgência e assistência hospitalar.

Na prática, a existência dos serviços não garante articulação. Sampaio e Bispo Júnior (2021) encontraram insuficiência de recursos, fragmentação e falta de fluxos em uma rede municipal. Lima e Guimarães (2019) também descreveram serviços funcionando como “ilhas”, com integração limitada. Embora tenham sido realizados em contextos específicos, esses estudos mostram que usuários podem circular sem que informações e responsabilidades circulem com eles.

DOI: 10.51161/iv-conasus/88668

A transição do cuidado reúne ações para manter coordenação e continuidade quando o usuário muda de ambiente ou equipe. Na saúde mental, não se resume a marcar consulta: envolve compreender a crise, as condições de vida no território, o tratamento e os sinais de piora (Silva et al., 2023).

Diante disso, este trabalho teve como objetivo discutir os principais desafios e as práticas que favorecem a continuidade do cuidado após a alta de internação psiquiátrica no SUS.

2 MATERIAL E MÉTODOS

Foi realizada uma revisão narrativa da literatura. A busca ocorreu em agosto de 2026, na biblioteca SciELO, em páginas oficiais do Ministério da Saúde e na legislação federal. Foram combinados os termos “alta hospitalar”, “internação psiquiátrica”, “transição do cuidado”, “continuidade”, “Rede de Atenção Psicossocial”, “referência e contrarreferência”, “CAPS” e “atenção territorial”.

Foram priorizados cinco artigos brasileiros, publicados entre 2001 e 2026, sobre a passagem entre hospital e serviços comunitários, planejamento da alta, articulação da rede e participação do usuário. Também foram analisados três documentos nacionais: a Lei nº 10.216/2001, normas da RAPS e o protocolo de segurança para medicamentos. Estudos centrados apenas em resposta medicamentosa ou tempo de internação, sem relação com a continuidade, não foram priorizados.

A análise considerou seis aspectos: início do planejamento, comunicação entre equipes, barreiras da rede, práticas de transição, participação do usuário e de sua rede de apoio e avaliação após a alta. Por ser narrativa, a revisão não é exaustiva nem compara a efetividade das intervenções.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 O planejamento da alta começa na admissão

Planejar a alta apenas quando o médico define a saída reduz o tempo disponível para resolver questões que poderiam ter sido identificadas antes. Desde a admissão, a equipe pode verificar se o usuário já é acompanhado por uma Unidade Básica de Saúde, CAPS, ambulatório ou outro serviço; quem são suas pessoas de confiança; quais medicamentos utilizava; e que dificuldades contribuíram para a crise. Também é necessário conhecer condições de moradia, renda, transporte e acesso a alimentação e documentos, pois elas podem impedir a continuidade mesmo quando existe encaminhamento (Arruda; Frateschi; Cardoso, 2024; Silva et al., 2023).

O levantamento inicial ajuda a definir objetivos realistas para a internação. Nem todos os problemas serão resolvidos no hospital, mas precisam ser reconhecidos para que a saída não seja planejada a partir de uma vida que o usuário não tem. Orientar comparecimento semanal a um serviço distante, por exemplo, pode ser inviável para quem não dispõe de transporte. Prescrever medicamentos sem confirmar disponibilidade e forma de obtenção cria outra ruptura previsível (Arruda; Frateschi; Cardoso, 2024; Silva et al., 2023).

Arruda, Frateschi e Cardoso (2024), ao estudarem expectativas e planejamento da alta na perspectiva de pacientes, mostram a importância de considerar como a própria pessoa compreende esse momento. Expectativas de retomar vínculos e atividades convivem com receios e dúvidas. Ouvir essas percepções permite identificar o que o usuário considera possível, de que apoio dispõe e quais orientações ainda precisam ser retomadas.

DOI: 10.51161/iv-conasus/88668

O projeto terapêutico singular pode funcionar como fio condutor entre as equipes. Durante a internação, ele deve registrar necessidades, objetivos, intervenções realizadas e acordos para o território. Não precisa ser um documento extenso, mas precisa ser construído com participação do usuário e atualizado conforme o quadro se modifica. Quando já existe acompanhamento comunitário, a equipe de referência deve ser contatada antes de criar um plano inteiramente novo (Brasil, 2017; Silva; Ferigato, 2020).

3.2 Comunicação entre serviços é uma ação clínica

Um dos problemas mais frequentes da alta é a expectativa de que um papel entregue ao usuário produza, sozinho, a continuidade. O encaminhamento escrito é importante, mas não confirma que o serviço de destino recebeu a informação, tem disponibilidade ou compreendeu a necessidade. Pessoas que acabaram de atravessar uma crise podem ter dificuldade para organizar horários, documentos, transporte e orientações sem apoio adicional (Silva et al., 2023).

Silva et al. (2023), em análise sobre a transição do cuidado de pessoas com transtorno mental no Brasil, identificaram fatores que dificultam e favorecem esse processo em diferentes níveis. Os resultados apontam que a passagem entre serviços depende de comunicação, planejamento e relações entre profissionais, mas também sofre influência da estrutura da rede e das condições sociais dos usuários.

O contato direto entre a equipe hospitalar e o serviço que assumirá o acompanhamento reduz dúvidas e permite pactuar responsabilidades. Essa comunicação pode ocorrer por telefone institucional, sistema eletrônico protegido, reunião virtual ou discussão presencial, conforme os recursos locais. O meio é menos importante que a existência de um canal definido, com respeito ao sigilo e registro do que foi combinado (Silva et al., 2023; Silva; Ferigato, 2020).

Silva e Ferigato (2020), ao analisarem a articulação entre CAPS e enfermaria de saúde mental em hospital geral, destacam o valor do cuidado compartilhado e do diálogo entre os pontos da rede. Quando as equipes se conhecem apenas por encaminhamentos, cada uma tende a construir uma leitura parcial. A discussão conjunta ajuda a compreender o percurso e evita que a alta seja entendida como simples transferência de responsabilidade.

O resumo de alta também precisa ser útil. Deve apresentar, de forma clara, o motivo da internação, as principais condutas e respostas, medicamentos em uso e alterações realizadas, necessidades clínicas, sinais que merecem atenção, exames pendentes e acordos feitos com o usuário. Informações excessivas e registros vagos dificultam a leitura; omissões obrigam a equipe seguinte a recomeçar a investigação. O usuário deve receber orientações em linguagem compreensível e saber a quem procurar caso não consiga acessar o atendimento previsto (Silva et al., 2023).

3.3 Barreiras que ultrapassam o hospital

A continuidade depende da qualidade do planejamento, mas também da capacidade concreta da rede. Escassez de serviços, equipes incompletas, filas, distância e mudanças frequentes de profissionais limitam o que pode ser pactuado. Sampaio e Bispo Júnior (2021) descrevem uma rede com estrutura insuficiente e articulação fragmentada, enquanto Lima e Guimarães (2019) apontam dificuldades de integração intra e intersetorial. Esses achados sugerem que a descontinuidade não pode ser atribuída automaticamente à falta de adesão do usuário.

DOI: 10.51161/iv-conasus/88668

A própria noção de "não adesão" precisa ser analisada. Uma pessoa pode faltar porque não tem dinheiro para o transporte, teme o estigma, não compreendeu a orientação, trabalha no horário da consulta ou precisa cuidar de familiares. Também pode ter tido experiências anteriores de desrespeito no serviço. Antes de classificar o comportamento como desinteresse, é necessário investigar os obstáculos e negociar alternativas possíveis (Sampaio; Bispo Júnior, 2021; Silva et al., 2023).

Há, ainda, demandas que não pertencem somente à saúde. Ausência de moradia, insegurança alimentar, violência, desemprego e rompimento de vínculos podem dificultar a estabilização clínica. A articulação com assistência social, educação, trabalho, justiça e iniciativas comunitárias precisa ocorrer conforme cada situação. A intersetorialidade, contudo, não deve significar encaminhar a pessoa de um local para outro sem acompanhamento; requer comunicação e definição do papel de cada setor (Lima; Guimarães, 2019; Sampaio; Bispo Júnior, 2021).

Outro obstáculo é a dependência de contatos pessoais entre profissionais. Relações de confiança facilitam a articulação, mas o fluxo não pode desaparecer quando alguém muda de função ou se afasta. A rede precisa estabelecer procedimentos institucionais mínimos: quem recebe o contato, quais informações são necessárias, como situações prioritárias serão tratadas e quem verifica se o primeiro encontro ocorreu (Lima; Guimarães, 2019; Sampaio; Bispo Júnior, 2021).

3.4 Práticas possíveis para uma transição mais segura

A literatura analisada permite identificar práticas aplicáveis, com adaptação às condições locais. A primeira é a chamada transferência responsável: além de fornecer o encaminhamento, a equipe confirma o serviço de destino, comunica o caso e informa ao usuário quando e onde será atendido. Nos casos de maior vulnerabilidade, pode ser necessário um contato conjunto, visita ou acompanhamento na chegada ao novo ponto de atenção (Silva et al., 2023; Silva; Ferigato, 2020).

Outra prática é definir uma pessoa ou equipe de referência. Isso não significa que um único profissional se torne responsável por tudo, mas que exista alguém encarregado de acompanhar os acordos e facilitar a comunicação. Sem essa definição, cada serviço pode imaginar que outro assumirá determinada tarefa (Silva; Ferigato, 2020).

O planejamento de crise também é relevante. Com a participação do usuário, podem ser registrados sinais iniciais de piora, estratégias que já ajudaram, pessoas que podem ser acionadas, serviços de referência e situações que exigem atendimento imediato. O plano deve ser breve, acessível e revisto ao longo do acompanhamento. Ele não elimina crises futuras, mas reduz a necessidade de decidir tudo em um momento de grande sofrimento (Silva et al., 2023).

A revisão dos medicamentos exige atenção especial. O usuário precisa saber o que mudou durante a internação, para que serve cada medicamento, como utilizá-lo e quais efeitos devem motivar procura por atendimento. A equipe também deve verificar se a prescrição poderá ser obtida no território e orientar a guarda segura quando houver risco. Informações contraditórias entre receita, resumo e orientação verbal são fonte evitável de erros (Brasil et al., 2013; Silva et al., 2023).

O primeiro contato depois da alta deve ser definido conforme a avaliação clínica e social, sem adotar um prazo único para todas as situações. Pessoas com risco recente, vínculos frágeis ou dificuldade de acesso podem exigir aproximação mais rápida e busca ativa quando não comparecem. Outras podem manter seguimento já organizado. O importante é que o intervalo seja deliberado e que a responsabilidade por esse período esteja clara (Arruda; Frateschi; Cardoso, 2024; Silva et al., 2023).

A Atenção Primária à Saúde precisa ser incluída quando houver necessidades clínicas, acompanhamento longitudinal ou possibilidade de cuidado compartilhado. Nem toda pessoa que sai de uma internação psiquiátrica precisa ser acompanhada exclusivamente por um CAPS, e nem todo CAPS substitui o cuidado geral de saúde. A definição deve considerar complexidade, território e organização local da RAPS (Brasil, 2017; Sampaio; Bispo Júnior, 2021).

3.5 Participação do usuário e de sua rede de apoio

Uma alta tecnicamente bem organizada pode falhar se não fizer sentido para a pessoa. Participação não é apenas obter concordância ao final. O usuário precisa conhecer as alternativas, expressar preocupações e compreender quais responsabilidades está assumindo. Perguntas simples — onde pretende ficar, quem pode ajudar, o que teme na volta e o que considera mais difícil — revelam problemas que formulários nem sempre alcançam (Arruda; Frateschi; Cardoso, 2024; Silva et al., 2023).

Familiares e pessoas de confiança podem apoiar a organização da rotina, observar mudanças e facilitar o acesso aos serviços. A inclusão, porém, deve respeitar autorização, privacidade e segurança. Família não é sempre sinônimo de proteção; pode haver conflito, abandono ou violência. A equipe precisa conversar separadamente com o usuário quando necessário e identificar outras redes de apoio (Brasil, 2001; Silva et al., 2023).

Também é importante preservar autonomia sem abandonar. Entregar todas as decisões ao usuário em nome da independência pode ignorar limitações temporárias produzidas pela crise. Por outro lado, excluir a pessoa das escolhas porque esteve internada reforça tutela e estigma. O cuidado exige ajustar o apoio às necessidades do momento e ampliar a participação à medida que houver condições (Brasil, 2001; Arruda; Frateschi; Cardoso, 2024).

A continuidade se torna mais concreta quando o usuário sai sabendo o que acontecerá em seguida, quem poderá procurar e como agir diante de dificuldades. Essas informações devem ser verificadas, e não apenas fornecidas. Pedir que a pessoa explique com suas palavras o plano permite identificar dúvidas sem constrangimento e corrigir falhas de comunicação (Arruda; Frateschi; Cardoso, 2024; Silva et al., 2023).

3.6 Avaliar se a transição realmente aconteceu

O encaminhamento não pode ser considerado concluído apenas porque foi entregue ou enviado. Para saber se a transição ocorreu, é necessário verificar se o serviço de destino recebeu as informações e se o primeiro contato foi realizado. Essa confirmação é especialmente importante quando há risco recente, vínculos frágeis ou dificuldade de acesso. A análise de Silva et al. (2023) mostra que a continuidade depende de fatores relacionados à pessoa, aos profissionais, aos serviços e à própria organização do sistema; por isso, uma única providência administrativa não garante o seguimento.

Um registro simples pode reunir a data da alta, o ponto de atenção indicado, o prazo combinado, a confirmação do recebimento e o resultado do primeiro contato. O objetivo não é vigiar o usuário nem produzir mais formulários, mas tornar visível uma etapa que costuma desaparecer entre as responsabilidades dos serviços. Quando a pessoa não comparece, a primeira resposta deve ser compreender o motivo. Telefone indisponível, transporte, medo, conflito familiar, horário de trabalho ou piora clínica exigem respostas diferentes (Silva et al., 2023).

DOI: 10.51161/iv-conasus/88668

A busca ativa, quando indicada, precisa respeitar autonomia, sigilo e condições do território. Ela pode ocorrer por contato telefônico, equipe de referência, Atenção Primária ou outro recurso previamente combinado. Nem toda ausência representa emergência, e nem toda pessoa deseja participação da família. A intensidade da aproximação deve seguir a avaliação de risco e os acordos feitos com o usuário, evitando tanto o abandono quanto intervenções invasivas (Brasil, 2001; Silva et al., 2023).

Além do acompanhamento de cada caso, a rede pode avaliar periodicamente seus fluxos. Número de primeiros atendimentos realizados, encaminhamentos sem resposta, retornos à urgência, reinternações e tempo entre a alta e o cuidado territorial ajudam a localizar rupturas. Esses dados, porém, precisam ser combinados com a experiência de usuários, familiares e trabalhadores. Uma taxa isolada não explica se a barreira foi falta de vaga, comunicação incompleta, distância ou uma proposta de cuidado que não fazia sentido para a pessoa. Os problemas de estrutura e articulação descritos por Sampaio e Bispo Júnior (2021) e Lima e Guimarães (2019) reforçam a necessidade dessa leitura conjunta.

Quando uma falha é identificada, a resposta não deve se limitar a procurar quem errou. O mais útil é revisar o fluxo, definir responsabilidades, atualizar contatos e discutir se os prazos e critérios continuam viáveis. Reuniões entre hospital, CAPS, Atenção Primária e outros pontos da rede podem transformar situações recorrentes em mudanças de processo. Avaliar a transição, assim, fecha um ciclo: o planejamento da alta orienta o cuidado imediato, e o que aconteceu depois da saída oferece informações para melhorar as próximas altas (Lima; Guimarães, 2019; Sampaio; Bispo Júnior, 2021; Silva; Ferigato, 2020).

4 CONCLUSÃO

A passagem da internação para o cuidado territorial é um período clínico e socialmente sensível. A alta não deve ser compreendida como ato administrativo nem como entrega de receita e encaminhamento. Ela é uma transição que precisa ser preparada desde a admissão, construída com o usuário e pactuada entre os serviços (Arruda; Frateschi; Cardoso, 2024; Silva et al., 2023).

Os estudos analisados mostram que fragmentação da rede, insuficiência de recursos, comunicação informal e ausência de fluxos dificultam a continuidade. Essas barreiras não serão resolvidas apenas pela atuação de um profissional. Ainda assim, práticas como contato direto entre equipes, resumo de alta claro, definição de referência, planejamento de crise, revisão de medicamentos e confirmação do primeiro atendimento podem diminuir rupturas evitáveis (Lima; Guimarães, 2019; Sampaio; Bispo Júnior, 2021; Silva et al., 2023).

No SUS, continuidade significa corresponsabilidade. O hospital mantém compromisso com uma saída segura; os serviços territoriais recebem informações e assumem o seguimento; e o usuário participa das decisões com o apoio necessário. Quando essa ligação é efetiva, a alta deixa de representar uma passagem solitária entre pontos desconectados e se torna parte de um cuidado que prossegue no território (Brasil, 2001; Brasil, 2017; Silva et al., 2023).

REFERÊNCIAS

ARRUDA, Júlia Noronha Ferraz de; FRATESCHI, Mara Soares; CARDOSO, Carmen Lúcia. Expectativas e planejamento da alta em saúde mental: perspectiva dos pacientes. *Psicologia: Ciência e Profissão*, Brasília, DF, v. 44, e261323, 2024. DOI: 10.1590/1982-3703003261323.

BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. *Diário*

Oficial da União: Brasília, DF, 9 abr. 2001. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm. Acesso em: 20 ago. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Anexo V: Rede de Atenção Psicossocial. *Diário Oficial da União*: Brasília, DF, 3 out. 2017. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/desmad/legislacao. Acesso em: 20 ago. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde; AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA; FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ; FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS. *Protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://bibliotecadigital.anvisa.gov.br/jspui/handle/anvisa/1770. Acesso em: 26 ago. 2026.

LIMA, Déborah Karollyne Ribeiro Ramos; GUIMARÃES, Jacileide. Articulação da Rede de Atenção Psicossocial e continuidade do cuidado em território: problematizando possíveis relações. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 3, e290310, 2019. DOI: 10.1590/S0103-73312019290310.

SAMPAIO, Mariá Lanzotti; BISPO JÚNIOR, José Patrício. Rede de Atenção Psicossocial: avaliação da estrutura e do processo de articulação do cuidado em saúde mental. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 37, n. 3, e00042620, 2021. DOI: 10.1590/0102-311X00042620.

SILVA, Larissa Arielly Cunha da et al. Transição do cuidado de pessoas com transtorno mental no Brasil: uma análise de contexto. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, DF, v. 76, n. 6, e20230063, 2023. DOI: 10.1590/0034-7167-2023-0063pt.

SILVA, Michelle Chanchetti; FERIGATO, Sabrina Helena. Articulação de redes de cuidado entre CAPS e Enfermaria de Saúde Mental em Hospital Geral. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 24, e200103, 2020. DOI: 10.1590/Interface.200103.

A ATUACÃO EM ONCOLOGIA E CUIDADOS PALIATIVOS: REFLEXÕES À LUZ DA TCC E TERAPIAS CONTEXTUAIS

NALANDA IEGGLI PEREIRA; SILVANA HARTMANN; CARLA MENEGAT; DANIELLE PEREIRA

Introdução: A atuação da Psicologia em oncologia pediátrica e cuidados paliativos demanda intervenções que ultrapassam o manejo de sintomas emocionais, contemplando dimensões familiares, sociais e relacionais envolvidas no processo de adoecimento. **Objetivo**: Este relato de experiência teve como objetivo refletir sobre a atuação psicológica nesses contextos, articulando experiências observadas durante um estágio curricular supervisionado aos pressupostos da Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) e das terapias contextuais, especialmente da Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT). **Relato de experiência:** As experiências foram desenvolvidas no Instituto do Câncer Infantil e em rounds interdisciplinares da equipe de Cuidados Paliativos do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. A partir de observações realizadas nesses cenários, identificou-se a relevância da escuta qualificada, da validação emocional, da comunicação empática e da compreensão contextual do comportamento na assistência a pacientes, familiares e equipes de saúde. Na oncologia pediátrica, observou-se que o adoecimento repercute sobre toda a dinâmica familiar, evidenciando a importância de reconhecer a família como unidade de cuidado e de acolher as diferentes experiências relacionadas ao tratamento. Nos cuidados paliativos, destacou-se a atuação do psicólogo na mediação das relações entre equipe e família, contribuindo para ampliar a compreensão de comportamentos inicialmente interpretados de forma moralizante e para favorecer práticas assistenciais mais humanizadas. A articulação das vivências com a TCC e a ACT possibilitou compreender como a análise contextual, a flexibilidade psicológica e a validação emocional podem subsidiar o cuidado diante do sofrimento, da incerteza e da finitude. **Conclusão**: Conclui-se que a Psicologia desempenha papel estratégico na qualificação do cuidado em oncologia pediátrica e cuidados paliativos, não se restringindo ao atendimento individual, mas contribuindo para o trabalho interdisciplinar, a comunicação e a construção de práticas éticas, integrais e centradas na pessoa e na família. As observações também evidenciaram o caráter formativo do estágio, favorecendo o desenvolvimento de competências técnicas, éticas e relacionais e ampliando a compreensão da complexidade do trabalho psicológico em contextos hospitalares e de terminalidade.

Palavras-chave: **ONCOLOGIA; PALIATIVOS; TERAPIA COGNITIVO COMPORTAMENTAL**

DOI: 10.51161/iv-conasus/88682

PERFIL DE FUNCIONALIDADE E QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES ONCOLÓGICOS SUBMETIDOS AOS CUIDADOS PALIATIVOS DOMICILIARES NO DISTRITO FEDERAL

LARISSA DE ARAÚJO SILVA; MILENA CALADO SANTANA

Introdução: O câncer representa um problema de saúde que gera um grande impacto global. Em alguns casos, principalmente em estágios avançados da doença, não é possível alcançar a cura. Neste momento, são instituídos os cuidados paliativos que tem como objetivo melhora da qualidade de vida e controle dos sintomas, bem como manutenção da funcionalidade quando possível. O atendimento domiciliar composto por uma equipe multiprofissional especializada, em conjunto com a fisioterapia, tem sido primordial para a oferta desses cuidados humanizados. **Objetivo:** Avaliar a qualidade de vida e a funcionalidade dos pacientes oncológicos, em cuidados paliativos, acompanhados pelo Núcleo Regional de Atenção Domiciliar de Taguatinga, DF. **Métodos:** A qualidade de vida e a funcionalidade foram avaliadas por meio do questionário EORTC QLQ C30, da Karnofsky Performance Status (KPS) e da Palliative Performance Scale (PPS). Foram incluídos no estudo 7 pacientes avaliados no período de maio a outubro de 2021. **Resultados:** A incidência do diagnóstico de câncer ocorreu em sua maioria no sexo feminino, com faixa etária média de 70 (±8,9) anos, o tipo de câncer com maior frequência foi hematológico. O questionário de qualidade de vida EORTC QLQ C30 apresentou uma média de saúde global de 62pontos. O escore de domínio relacionado aos controles de sintomas apresentou uma média de 100 pontos. Já os escores relacionados à função física e estado geral de saúde foram de 8,83 e 5,50, respectivamente. Observou-se significância estatística na avaliação da piora da dor e de sintomas como a diarréia quando correlacionado com as escalas de funcionalidade ($p<0,05$). **Conclusão:** Os pacientes avaliados apresentaram resultados satisfatórios de qualidade de vida e controle de sintomas. No entanto, foram relatados baixos escores relacionados à funcionalidade e saúde geral devido ao quadro avançado da doença. São necessários mais estudos com número amostral significativo.

Palavras-chave: **ONCOLOGIA; CUIDADOS PALIATIVOS; ATENÇÃO DOMICILIAR**

DOI: 10.51161/iv-conasus/88722

AVANÇOS DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE LGBTQIAPN+ NO BRASIL: CONQUISTAS E DESAFIOS NA ÚLTIMA DÉCADAS

MICHELLE RIBEIRO DA SILVA; LÍVIA GABRIELE DA COSTA SILVA; EDJANE FLORÊNCIO DA SILVA; FERNANDA MOREIRA DA SILVA; RENATA LIRA DO NASCIMENTO FIDELIS; JEFFERSON EDUARDO VICENTE FERREIRA; HOZANA FRANCISCA DE OLIVEIRA

Introdução: A garantia do direito à saúde da população LGBTQIAPN+ constitui importante dimensão da equidade e da universalidade no Sistema Único de Saúde (SUS). Nos últimos dez anos, avanços normativos e institucionais contribuíram para ampliar o reconhecimento das especificidades dessa população e fortalecer estratégias de enfrentamento às desigualdades e à discriminação nos serviços de saúde. Nesse processo, destacam-se iniciativas voltadas à qualificação da assistência, à ampliação do acesso e à promoção de um cuidado integral, humanizado e livre de preconceitos. **Objetivo:** Analisar os principais avanços das políticas públicas de saúde direcionadas à população LGBTQIAPN+ no Brasil nos últimos dez anos, destacando seus ganhos para a garantia de direitos, acesso aos serviços e qualificação da atenção à saúde. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão narrativa da literatura, fundamentada na análise de produções científicas e documentos normativos relacionados às políticas públicas de saúde LGBTQIAPN+ e ao SUS. Foram considerados estudos e documentos publicados no período de 2016 a 2026, abordando acesso aos serviços, equidade, integralidade do cuidado, enfrentamento da discriminação e garantia de direitos. **Resultados:** A análise evidencia avanços na institucionalização de políticas de equidade, no reconhecimento das necessidades específicas da população LGBTQIAPN+ e na ampliação de estratégias para qualificação da atenção à saúde. Entre os ganhos observados destacam-se o fortalecimento da perspectiva de cuidado integral, a maior visibilidade das demandas relacionadas à saúde sexual e reprodutiva, saúde mental e saúde da população trans, além da ampliação do debate sobre acolhimento, respeito ao nome social, identidade de gênero e enfrentamento da LGBTfobia nos serviços. Esses avanços contribuem para reduzir barreiras de acesso e fortalecer a cidadania e o direito constitucional à saúde. Entretanto, persistem desafios relacionados à implementação efetiva das políticas, formação profissional, desigualdades regionais, subnotificação e práticas discriminatórias. **Conclusão:** Os últimos dez anos demonstram avanços relevantes na construção de políticas de saúde LGBTQIAPN+ no Brasil, com impactos positivos na visibilidade, no reconhecimento de direitos e na qualificação do cuidado. Apesar dos progressos, a consolidação da equidade exige continuidade das políticas públicas, educação permanente dos profissionais e fortalecimento das estratégias de acesso e cuidado integral no SUS.

Palavras-chave: **MINORIAS SEXUAIS E DE GÊNERO; EQUIDADE EM SAÚDE; SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

DOI: 10.51161/iv-conasus/88726

IMPACTOS DO GASLIGHTING NA SAÚDE MENTAL DE MULHERES EM RELACIONAMENTOS ABUSIVOS

ESTER NUNES DOS SANTOS, DIEGO SANTOS DE OLIVEIRA, MARIA VERÔNICA SOUZA VIANA, JAMILLY SANTOS SILVA, MÔNICA BARROZO CRUZ, YARA OLIVEIRA DOS SANTOS.

RESUMO

A violência contra a mulher na sociedade contemporânea mostra que, grupos historicamente vulnerabilizados, como pessoas do gênero feminino, podem sofrer ao longo da vida, violência física, sexual ou psicológica, impactando negativamente na sua saúde e bem-estar. O gaslighting configura-se como uma forma de violência psicológica caracterizada pela manipulação sistemática da percepção e do julgamento da vítima, levando-a a duvidar de sua própria realidade. Diante dessa problemática, o presente estudo teve como objetivo examinar os impactos do gaslighting na saúde mental de mulheres em relacionamentos abusivos, com ênfase nas repercussões psicológicas associadas a essa modalidade de violência. A pesquisa foi realizada por meio de uma revisão de literatura, desenvolvida com a finalidade de analisar os efeitos dessa manipulação psicológica, contribuindo para a compreensão desse fenômeno e para o fortalecimento de estratégias de identificação precoce dos sinais de sofrimento, acolhimento qualificado e suporte emocional. Os resultados evidenciam que o gaslighting exerce uma influência significativamente prejudicial sobre o desenvolvimento emocional das mulheres, comprometendo sua saúde mental e afetando processos como a autoestima, o equilíbrio emocional e a percepção da própria realidade ao longo da vida. Conclui-se que o gaslighting configura-se como uma importante manifestação da violência psicológica, capaz de comprometer significativamente a saúde mental das mulheres, além disso, compreender esse tipo de violência é essencial para interromper ciclos de sofrimento psíquico em mulheres vítimas de relações abusivas. Espera-se que este estudo contribua para o avanço do conhecimento sobre o tema e para a formulação de estratégias de cuidado que fortaleçam a promoção da saúde mental da população feminina.
Palavras-chave: Abuso Psicológico; Manipulação Emocional; Saúde Mental.

1. INTRODUÇÃO

O Gaslighting é um comportamento desonesto de manipulação, são declarações falsas, onde o indivíduo nega afirmações verdadeiras feitas por sua vítima. O termo gaslighting foi atribuído para essa forma de abuso psicológico por conta da obra Gaslight, que surgiu como peça teatral em 1938. Em seu enredo, um dos personagens principais, Gregory, manipula constantemente sua esposa Paula, para que ela duvide de sua própria sanidade e não descubra segredos que ele esconde sobre seu passado.

DOI: 10.51161/iv-conasus/88742

Nesse contexto, essa manipulação emocional está presente em relacionamentos abusivos, caracterizando-se como uma estratégia de violência psicológica. Assim, essa prática compromete significativamente a saúde mental das mulheres, podendo desencadear diversos agravos à saúde, como dores crônicas, ansiedade, depressão, transtorno de estresse póstraumático (TEPT), transtornos alimentares, além de outras repercussões psicológicas e psicossomáticas (Zancan, 2018). Nesse sentido, evidencia-se que relacionamentos abusivos marcados pela presença do gaslighting impactam diretamente a autonomia feminina, (Vasconcelos,2025).

Esse processo pode causar intenso desgaste emocional, comprometendo a identidade e a autonomia da pessoa afetada (Rojas, 2025), assim essa desestruturação emocional pode evoluir para quadros de ansiedade e estado contínuo de alerta, nos quais a vítima passa a depender da narrativa do agressor para compreender os fatos, gerando consequências importantes para a saúde mental a longo prazo (Klein, 2023).

Essa forma de violência ainda é frequentemente negligenciada, uma vez que utiliza a vulnerabilidade da vítima por meio da manipulação cognitiva, perceptual, emocional e psicológica, estabelecendo uma dinâmica de poder e controle sobre ela. A forma como essa alienação é instaurada dificulta sua percepção, tanto pela própria vítima quanto pelas pessoas que estão ao seu redor. Como resultado, muitas mulheres permanecem expostas a ciclos de abuso psicológico sem ter plena consciência do que está ocorrendo (Adair, 2025).

Diante desse cenário de adoecimento e perda da autonomia feminina, torna-se fundamental ampliar o debate sobre essa forma de violência em relacionamentos abusivos e as suas repercussões na saúde mental das mulheres. A discussão do tema na literatura científica é importante para preparar profissionais a acolherem o sofrimento das vítimas sem invalidar suas experiências (Klein, 2023). Além disso, também pode contribuir para que as próprias vítimas consigam reconhecer os sinais da manipulação psicológica antes que o problema evolua para situações mais graves (Rojas, 2025).

A relevância deste estudo reside em sua contribuição para a compreensão dos fatores que impactam a saúde mental das mulheres, tema que possui importantes implicações para a saúde pública e para o desenvolvimento social. Ao evidenciar as vulnerabilidades e desafios enfrentados pela população feminina, o artigo amplia o debate sobre a necessidade de políticas públicas mais inclusivas, estratégias de prevenção e fortalecimento dos serviços de atenção psicossocial. Além disso, os achados apresentados podem subsidiar profissionais de saúde, gestores e pesquisadores na elaboração de intervenções mais eficazes e humanizadas.

2. MATERIAIS E MÉTODOS

O presente estudo é caracterizado como uma pesquisa de revisão integrativa de abordagem qualitativa, realizado a partir de artigos publicados em revistas científicas e indexados em bases de dados virtuais.

A coleta de dados foi iniciada com a seleção do tema; posteriormente, houve uma definição da questão norteadora, do objetivo geral e objetivos específicos e justificativa, além do estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão de estudos para a determinação da amostra.

Quanto à questão norteadora deste estudo, ela foi constituída, a partir do acrômio PICo (P= População, I= Fenômeno de interesse, Co= Contexto), resultando na questão norteadora "Quais evidências científicas apontam os impactos do gaslighting na saúde mental de mulheres em relacionamentos abusivos?".

Elemento	Descrição
População (P)	Mulheres
Fenômeno de Interesse (I)	Experiências de gaslighting (manipulação psicológica, distorção da realidade, invalidação de percepções e sentimentos).
Contexto (Co)	Relacionamentos abusivos ou violência por parceiro íntimo.

Tabela 1: Estrutura da pergunta de pesquisa utilizando a estratégia PICo.

Sobre os critérios de inclusão e exclusão, foram incluídos os artigos completos, originais, no idioma de língua portuguesa, inglesa e espanhola, disponível gratuitamente, cujo período de publicação variasse entre 2021 e 2026. Os critérios de exclusão foram: publicações duplicadas em mais de uma plataforma, bem como aqueles que não apresentavam relação com o fenômeno do gaslighting e suas repercussões na saúde mental de mulheres em relacionamentos abusivos, não atendendo ao objetivo geral do estudo.

O período de busca dos artigos foi iniciado em maio de 2026, sendo finalizado em julho de 2026. A estratégia de busca foi elaborada a partir da utilização de descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e termos livres relacionados à temática investigada. Foram empregados os descritores "Abuso Psicológico", "Emotional Abuse", "Violência Psicológica", "Saúde Mental", "Mental Health" e "Violência por Parceiro Íntimo", além dos termos livres "Gaslighting" e "Manipulação Emocional".

A pesquisa foi realizada nas bases de dados virtuais MEDLINE (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online), LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), SciELO (Scientific Electronic Library Online) e PubMed (Public Medline).

A estratégia de busca identificou 159 artigos nas bases de dados consultadas. Após a triagem inicial baseada no título, ano de publicação e objetivo, 47 estudos foram selecionados para leitura.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Este estudo teve como objetivo identificar e analisar as evidências científicas acerca dos impactos do gaslighting na saúde mental de mulheres em relacionamentos abusivos. Para compor o corpus da pesquisa, foram selecionados e sistematizados em tabela 10 estudos que abordam o fenômeno do gaslighting, suas manifestações como forma de violência psicológica e suas repercussões para a saúde mental feminina. A Tabela 2 apresenta a síntese dos estudos incluídos na pesquisa, contendo informações referentes ao título, autores, objetivo, tipo de estudo, metodologia empregada e principais resultados.

A análise dos artigos permitiu identificar as repercussões do gaslighting sobre a saúde mental das mulheres, destacando efeitos como redução da autoestima, sofrimento psíquico, ansiedade, depressão, comprometimento da autoconfiança e distorção da percepção da realidade.

Tabela 2: Categorização dos artigos selecionados para a revisão.

	Autor	Título	Objetivo	Tipo de estudo	Metodologia	Resultados
1	Bellomare, M.	*Gaslighting Exposure During Emerging Adulthood: Personality Traits and Vulnerability Paths*	Avaliar a associação entre a experiência de gaslighting e aspectos disfuncionais da personalidade.	Observacional transversal	Estudo com 177 universitários italianos (19–26 anos), utilizando PID-5-IRF e questionário de gaslighting, com regressão beta.	Insegurança de separação, irresponsabilidade e distração aumentam a vulnerabilidade ao gaslighting.

DOI: 10.51161/iv-conasus/88742

	Autor	Título	Objetivo	Tipo de estudo	Metodologia	Resultados
2	Darke, L.	*Gaslighting and Memory: The Effects of Challenges Imposed by a Partner on Recall and Self-Image*	Adaptar paradigmas de conformidade de memória para analisar a dinâmica do gaslighting.	Experimental quantitativo	Participantes realizaram o experimento em pares; um fornecia desinformação e outro a recebia.	A manipulação da memória causa efeitos imediatos sobre memória e confiança, com impactos cumulativos quando repetida.
3	Willis Klein	*A Historical Review of Gaslighting: Tracing the Changes in Conceptualization in Psychology and Psychiatry*	Identificar mudanças históricas na conceitualização do gaslighting.	Revisão narrativa/histórica	Análise de publicações e documentos sobre origens, definições e transformações do conceito em diferentes períodos.	O conceito passou de uma prática associada à institucionalização psiquiátrica para uma forma ampla de manipulação psicológica em diferentes contextos sociais.
4	Willis Klein	*A Theoretical Framework for Studying the Phenomenon of Gaslighting*	Oferecer uma explicação científica para o fenômeno do gaslighting.	Revisão teórica/artigo conceitual	Integração e análise da literatura sobre gaslighting e teorias psicológicas para elaboração de um modelo teórico.	O gaslighting caracteriza-se pelo uso unidirecional e manipulador de mecanismos sociocognitivos.
5	Kristy Kassing	*"Slowly, Over Time, You Completely Lose Yourself": Conceptualizing Coercive Control Trauma in Intimate Partner Relationships*	Desenvolver o conceito de trauma do controle coercitivo e compreender os danos psicológicos do abuso contínuo.	Qualitativo exploratório	Análise temática de 15 questionários qualitativos respondidos por mulheres australianas sobreviventes de controle coercitivo.	O abuso psicológico atua como forma de controle coercitivo, promovendo "cativeiro doméstico" e dependência das vítimas.
6	Vered, N. H.	*From Gaslighting to Mistrust in Others: A Serial Mediated Model of Social Support and Self-Care*	Analisar se o gaslighting reduz a confiança interpessoal e investigar o papel do suporte social e autocuidado.	Quantitativo correlacional	Questionários validados aplicados a 567 adultos, de 18 a 65 anos, para mensurar experiências de gaslighting.	O gaslighting reduz a confiança interpessoal e o suporte social; homens relataram maiores experiências de manipulação.
7	Magnus, A.	*Psychotherapy for Women Experiencing Intimate Partner Violence: A Systematic Review*	Investigar características, abordagens e resultados de intervenções psicoterápicas para mulheres vítimas de violência por parceiro íntimo.	Revisão sistemática	Revisão de artigos sobre metodologias clínicas e terapias psicanalíticas e comportamentais, avaliando eficácia e contribuição para autonomia feminina.	O acompanhamento psicológico reduz impactos mentais, diminui a culpa induzida pelo agressor, promove autonomia e fortalece redes de apoio.

	Autor	Título	Objetivo	Tipo de estudo	Metodologia	Resultados
8	Vieira, J. F. Z.	*Desvalorização afetiva por parceiro íntimo em mulheres vítimas de relacionamento emocionalmente abusivo*	Compreender a desvalorização afetiva praticada por parceiros íntimos e seus impactos no bem-estar feminino.	Qualitativo/exploratório	Análise de relatos e interações afetivo-românticas marcadas pela retirada de afeto, carinho e cuidado.	Provoca sofrimento psicológico, baixa autoestima, insegurança, ansiedade, depressão e angústia, agravados pelo mito do amor romântico.
9	Ciabatti, Marta	*Gaslighting Experience, Psychological Health, and Well-being: The Role of Self-Compassion and Social Support*	Analisar como autocompaixão e apoio social influenciam gaslighting, saúde psicológica e bem-estar em jovens mulheres.	Observacional transversal	Questionário online avaliando as variáveis de interesse e o papel mediador da experiência de gaslighting.	O gaslighting relaciona-se a impactos negativos na saúde psicológica e no bem-estar; autocompaixão e apoio social apresentam papel relevante.
10	Arrom Suhurt	*Mujeres, violencia de pareja íntima y salud mental: un estudio sobre prácticas y resistencias*	Analisar as respostas de mulheres que vivenciam violência doméstica em contexto de saúde mental.	Descritivo transversal	Estudo com 361 mulheres em ambulatório psiquiátrico, utilizando a Escala de Gelles e Straus e análise descritiva no STATA.	Predominou a violência doméstica psicológica e física; 11,4% relataram apenas violência psicológica unilateral.

Violência Psicológica e Gaslighting como problema de saúde pública

A violência psicológica contra a mulher é um importante problema de saúde pública, associada a diversos danos emocionais, sociais e comportamentais. Nesse contexto, o gaslighting destaca-se por manipular e invalidar as percepções da vítima, levando-a a questionar sua memória e julgamento (Tanizaka, 2021; Oliveira, 2024). A violência psicológica é frequente nos relacionamentos íntimos e está relacionada a comportamentos controladores, ciúmes, insegurança e dependência emocional, dificultando o rompimento do ciclo abusivo (Bobato, 2021; Vallecios Palma, 2024).

Impactos do gaslighting na saúde mental das mulheres

O gaslighting compromete a autonomia, a autoestima, a confiança e a capacidade de tomada de decisões, podendo favorecer ansiedade, depressão, insegurança e isolamento social. Estudos apontam que humilhações, ameaças, manipulação e controle excessivo contribuem para medo, impotência e dependência emocional (Arrom Suhurt, 2026; Kassing, 2026). Além disso, a manipulação contínua enfraquece a confiança da vítima em sua própria percepção da realidade e pode favorecer o afastamento social e o abandono do autocuidado (Darke, 2025; Vered, 2026). Esses impactos também são observados entre adolescentes expostos ao gaslighting, com maior ocorrência de sintomas ansiosos e depressivos (Thulin; Heinze, 2026).

Estratégias de intervenção, acolhimento e perspectivas futuras

Diante desses impactos, é fundamental desenvolver estratégias que promovam autonomia, identidade e independência das mulheres em situação de violência (Magnus; Heinen; Falcke, 2025). Também se destaca a necessidade de capacitar profissionais de saúde, aprimorar protocolos assistenciais e fortalecer políticas públicas para identificação e enfrentamento precoce do gaslighting (Lisboa, 2024). A literatura ainda apresenta lacunas sobre o fenômeno, reforçando a necessidade de novas pesquisas e ações voltadas à promoção da saúde mental das mulheres (Willis Klein, 2023; 2025).

4 CONCLUSÃO

A presente revisão evidenciou que o gaslighting configura-se como uma importante manifestação da violência psicológica, capaz de comprometer significativamente a saúde mental das mulheres. Essa manipulação atua por meio da invalidação constante das percepções, sentimentos e memórias da vítima, favorecendo a perda da autonomia, da autoconfiança e da capacidade de julgamento. Além disso, observou-se que o gaslighting está frequentemente inserido em contextos de violência por parceiro íntimo, sendo potencializado por comportamentos controladores, ciúmes excessivos e outras dinâmicas abusivas que contribuem para a manutenção do sofrimento psíquico.

Os achados também permitiram identificar fatores que aumentam a vulnerabilidade das mulheres à permanência em relacionamentos abusivos, como a dependência emocional e determinadas características de personalidade.

Diante desse cenário, torna-se imprescindível fortalecer as estratégias de prevenção, identificação precoce e enfrentamento da violência psicológica nos diferentes níveis de atenção à saúde. A qualificação dos profissionais, o fortalecimento das redes de apoio, a ampliação das políticas públicas e o desenvolvimento de ações educativas voltadas ao reconhecimento do gaslighting representam medidas essenciais para minimizar seus impactos. Ademais, considerando as lacunas ainda existentes na literatura científica, este estudo reforça a necessidade de novas pesquisas que ampliem a compreensão desse fenômeno, contribuindo para a construção de intervenções mais eficazes e para a promoção da saúde mental, da autonomia e da dignidade das mulheres.

REFERÊNCIAS

ADAIR, Jewels. Defining gaslighting in gender-based violence: a mixed-methods systematic review. Trauma, **Violence, & Abuse**, [S. l.], 2025. Disponível em: https://doi.org/10.1177/15248380251344316. Acesso em: 31 maio 2026.

ARROM SUHURT, C. et al. Mujeres, violencia de pareja íntima y salud mental: un estudio sobre prácticas y resistencias**. Revista científica ciencias de la salud**, v. 8, p. 01–09, 27 mar. 2026. Disponível em: https://doi.org/10.53732/rccsalud/e8930. Acesso em: 01 jun. 2026.

BELLOMARE, M.; GENOVA, V. G.; MIANO, P. Gaslighting Exposure During Emerging Adulthood: Personality Traits and Vulnerability Paths. **International Journal of Psychological Research**, v. 17, n. 1, p. 29–39, 8 maio 2024. Disponível em: https://doi.org/10.21500/20112084.6306. Acesso em: 1 jun. 2026.

BOBATO, S. T. et al. Violência nos relacionamentos amorosos de estudantes universitários. **Psicologia Argumento**, v. 39, n. 107, p. 1199–1219, 17 dez. 2021. Disponível em: https://doi.org/10.7213/psicolargum39.107.AO10. Acesso em: 01 jun. 2026.

DARKE, L.; PATERSON, H.; VAN GOLDE, C. Gaslighting e memória: os efeitos de desafios liderados pelo parceiro na recordação e na autopercepção. **Memory**, v. 33, n. 7, p. 828–844, 2025. Disponível em: https://doi.org/10.1080/09658211.2025.2533253.

FISCH ZANOTTA VIEIRA, J.; DE ANTONI, C. Desvalorização afetiva por parceiro íntimo em mulheres vítimas de relacionamento emocionalmente abusivo. **Nova Perspectiva Sistêmica**, v. 34, n. 81, p. 75–87, 9 ago. 2025. Disponível em: https://doi.org/10.38034/nps.v34i81.789. Acesso em: 01 jun. 2026.

IRIGARAY, H. A. R.; STOCKER, F.; MANCEBO, R. C. Gaslighting: a arte de enlouquecer grupos minoritários no ambiente de trabalho. **Revista de Administração de Empresas,** v. 63, n. 1, 2023. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rae/a/w8Kq4s3ksDR5Y3z9gkBJGhk/?lang=pt. Acesso em: 1 jun. 2026.

KASSING, K.; COLLINS, A. "Slowly, over time, you completely lose yourself": conceptualizing coercive control trauma in intimate partner relationships. **Journal of Interpersonal Violence,** v. 41, n. 3-4, p. 662–684, 2026. Disponível em: https://doi.org/10.1177/08862605251320998. Acesso em: 01 jun. 2026.

KLEIN, W.; BARTZ, J. A. A Historical Review of Gaslighting: Tracing Changing Conceptualizations Within Psychology and Psychiatry. 2026. **Clinical Psychology Review**, v. 126, p. 102742. Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.cpr.2026.102742.

KLEIN, W.; WOOD, S.; BARTZ, J. A. A Theoretical Framework for Studying the Phenomenon of Gaslighting. **Personality and Social Psychology Review**, 3 jun. 2025. Disponível em: https://doi.org/10.1177/10888683251342291. Acesso em: 01 jun. 2026.

LISBOA, Lívia Vieira. Dor crônica e violência do parceiro íntimo: dimensões do macro ao micro, uma escuta das mulheres e profissionais da saúde para entender as políticas públicas em saúde. 2024. **Tese (Doutorado)** – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2024. Disponível em: https://teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6143/tde-09092024-085554/. Acesso em: 27 jun. 2026.

MAGNUS, A.; HEINEN, M.; FALCKE, D. Psychotherapy for women experiencing intimate partner violence: A systematic review. **Psicologia - Teoria e Prática**, v. 27, n. 1, p. 1–17, 2025. Disponível em: https://doi.org/10.5935/1980-6906/eptpcp17142.en. Acesso em: 01 jun. 2026.

OLIVEIRA, A. S. L. A. de et al. Violência psicológica contra a mulher praticada por parceiro íntimo: estudo transversal em uma área rural do Rio Grande do Sul, 2017. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 30, n. 4, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S1679497420210004000017. Acesso em: 01 jun. 2026.

OLIVEIRA, Patrícia Meneghelli de Figueiredo. A violência psicológica e dos danos à saúde mental causados pela violência contra a mulher cometida por parceiro íntimo em processos judiciais. 2024. **Tese (Doutorado)** – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2024. Disponível em: https://doi.org/10.11606/T.22.2024.tde-22052024-151312. Acesso em: 01 jun. 2026.

CUIDAR E ESCUTAR: ENFERMAGEM E PSICOLOGIA EM DIÁLOGO PARA A CONSTRUÇÃO DO CUIDADO HUMANIZADO NO SUS

EVANDINEI DAL MOLIN; DULCICLEIDE RODRIGUES; JURANDI SERRA FREITAS

RESUMO

O cuidado humanizado no Sistema Único de Saúde envolve dimensões que ultrapassam a realização de procedimentos técnicos e alcançam as relações estabelecidas entre profissionais e usuários. Nesse contexto, o acolhimento, a escuta, o vínculo e a atenção às necessidades apresentadas constituem elementos presentes na discussão sobre as práticas de cuidado. Este estudo teve como objetivo analisar como a Enfermagem e a Psicologia, a partir do cuidar e do escutar, contribuem para a construção do cuidado humanizado no SUS, discutindo as aproximações entre as práticas das duas áreas. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, exploratória, desenvolvida por meio de revisão narrativa da literatura. A busca foi realizada nas bases SciELO, BVS, PePSIC e Google Acadêmico, utilizando os termos Enfermagem, Psicologia, cuidado humanizado, acolhimento, escuta e Sistema Único de Saúde, de forma combinada. Foram consideradas produções relacionadas ao cuidado, à humanização, ao acolhimento, à escuta e à atuação profissional das áreas investigadas. A análise identificou diferentes abordagens sobre o cuidado e o acolhimento, com recorrência de elementos relacionais como escuta, vínculo, diálogo, responsabilização e atenção às necessidades dos usuários. Os estudos analisados também apresentaram diferenças quanto aos participantes, contextos assistenciais e métodos empregados, incluindo pesquisas com usuários, profissionais e revisões da literatura. Na Enfermagem e na Psicologia, foram encontradas dimensões relacionais associadas às práticas de cuidado e acolhimento, sem que os estudos sustentassem uma divisão rígida entre o cuidar e o escutar. Os achados indicam possibilidades de aproximação entre as duas áreas na construção do cuidado humanizado, preservando suas especificidades profissionais. Conclui-se que a humanização pode ser compreendida como uma construção situada nas relações concretas de atenção à saúde, na qual diferentes saberes e práticas podem dialogar sem que isso implique sobreposição de competências ou redução de uma profissão à atuação da outra.

Palavras-chave: Cuidado; Humanização; Profissionais de Saúde

1 INTRODUÇÃO:

O cuidado em saúde constitui uma dimensão central das práticas desenvolvidas no Sistema Único de Saúde (SUS), envolvendo não apenas a realização de procedimentos e intervenções técnicas, mas também as relações estabelecidas entre profissionais e usuários. Nessa perspectiva, Ayres (2004), discute o cuidado como uma dimensão das práticas de saúde que envolve as interações dos profissionais como os usuários, destacando aspectos como responsabilidade, confiança e construção de projetos de vida, além, claro, do vínculo, mesmo

DOI: 10.51161/iv-conasus/88750

que não listado pelo autor. Para o mesmo, a humanização das práticas de saúde requer considerar as relações estabelecidas no encontro entre aqueles que cuidam e aqueles que necessitam e buscam cuidado, ampliando a compreensão das necessidades relacionadas a atenção à saúde.

No âmbito do SUS, essa compreensão encontra correspondência nas diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH), formulada pelo Ministério da Saúde (MS) para orientar mudanças nos modos de atenção e gestão em saúde. Entre suas principais diretrizes está o acolhimento, compreendido como uma postura ética que envolve a escuta do usuário, o reconhecimento de seu protagonismo no processo de saúde e adoecimento e a responsabilização pela resolução de suas necessidades. O MS destaca ainda que o acolhimento não está restrito a um local, horário ou profissional específico, constituindo-se nos diferentes encontros produzidos nos serviços de Saúde (Brasil, 2008).

A relação entre cuidado, acolhimento e escuta coloca em evidência a dimensão relacional das práticas desenvolvidas pelos profissionais de saúde. Na PNH, acolher significa reconhecer aquilo que o outro apresenta como uma necessidade legítima e singular de saúde, sustentando a relação entre equipes, serviços e usuários. Dessa forma, o acolhimento não se reduz à recepção do usuário ou à organização do acesso ao serviço, mas envolve uma postura diante daquele que procura o cuidado, articulando escuta, reconhecimento e responsabilização (Brasil, 2013).

Essa perspectiva também permite compreender que a humanização não depende da atuação isolada de uma categoria profissional. A própria definição de acolhimento adotada pelo MS estabelece que não existe profissional específico para realizá-lo, uma vez que essa diretriz está presente nos diferentes espaços produzidos nos serviços de saúde (Brasil, 2008). Assim, diferentes profissionais podem participar da construção de relações de cuidado nas quais a escuta das necessidades dos usuários e a responsabilização pelas respostas produzidas constituem elementos do processo de atenção à saúde.

Nesse contexto, a Enfermagem e a Psicologia podem ser consideradas a partir das especificidades de suas práticas profissionais e dos encontros estabelecidos com os usuários nos diversos serviços de saúde. A aproximação entre essas áreas não pressupõe a atribuição exclusiva do cuidar à Enfermagem ou do escutar à Psicologia, mas a compreensão de que diferentes práticas profissionais participam das relações de cuidado estabelecidas no campo da saúde. Essa perspectiva encontra respaldo na concepção de cuidado apresentada por Ayres (2004), para quem as interações entre profissionais de saúde e usuários constituem elemento relevante para construção da ética, política e técnica das práticas de cuidado humanizado.

Diante desse cenário, define-se como problema de pesquisa: como a Enfermagem e a Psicologia, a partir do cuidar e do escutar, contribuem para a construção do cuidado humanizado no SUS?

A hipótese deste estudo pressupõe que a articulação entre práticas de cuidado da Enfermagem e as práticas de escuta da Psicologia pode contribuir para a construção de formas de cuidado humanizado no SUS, na medida em que diferentes dimensões das necessidades dos usuários possam ser consideradas nas relações estabelecidas entre profissionais e usuários.

Este estudo se justifica pela necessidade de compreender como diferentes práticas profissionais podem se aproximar na construção do cuidado em saúde. No âmbito do SUS, o acolhimento é definido pelo Ministério da Saúde como uma diretriz da Política Nacional de Humanização e está relacionado à escuta do usuário, ao reconhecimento de suas necessidades e à responsabilização pela resposta do cuidado. Nesse contexto, discutir o cuidar e o escutar permite aproximar duas práticas profissionais que, embora possuam diferentes campos de atuação e referenciais, participam das relações estabelecidas no cuidado em saúde. A questão não consiste em atribuir à Enfermagem ou à Psicologia uma função exclusiva, mas em

compreender, a partir da literatura, como suas práticas podem dialogar na perspectiva da humanização do cuidado.

A partir dessa questão norteadora, foi definido o objetivo que orienta a investigação. O objetivo geral deste artigo é analisar como a Enfermagem e a Psicologia, a partir do cuidar e do escutar, contribuem para a construção do cuidado humanizado no SUS, tendo como objetivo específico discutir, a partir da literatura científica as aproximações entre as práticas de cuidado da Enfermagem e de escuta da Psicologia na construção do cuidado humanizado no SUS.

2 MATERIAL E MÉTODOS:

A presente pesquisa caracteriza-se como qualitativa e exploratória, realizada por meio de revisão narrativa da literatura. O estudo foi delimitado pela intenção de discutir as aproximações entre a Enfermagem e a Psicologia na construção do cuidado humanizado no Sistema Único de Saúde (SUS), considerando as práticas de cuidado e de escuta desenvolvidas nas relações entre profissionais e usuários.

A pesquisa bibliográfica permite utilizar produções já elaboradas como fonte para o desenvolvimento da investigação, possibilitando ao pesquisador reunir conhecimentos produzidos sobre determinado tema e estabelecer relações entre diferentes contribuições presentes na literatura (GIL, 2017). A escolha desse procedimento mostra-se adequada ao objetivo deste estudo, que busca discutir, a partir da literatura científica as aproximações entre as práticas de cuidado da Enfermagem e de escuta da Psicologia no contexto do cuidado humanizado no SUS.

A busca das produções foi realizada nas bases Scientific Electronic Library Online (SciELO), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Periódicos Eletrônicos de Psicologia (PePSIC) e Google Acadêmico. Foram utilizados, de maneira combinada, os termos “Enfermagem”, “Psicologia”, “cuidado humanizado”, “acolhimento”, “escuta” e “Sistema Único de Saúde”. A definição dos termos considerou os elementos presentes no problema de pesquisa e no objetivo estabelecido para o estudo.

Foram consideradas publicações que apresentem relação direta com a temática investigada, incluindo artigos científicos, livros e documentos oficiais relacionados à humanização, ao cuidado, ao acolhimento, à escuta e à atuação da Enfermagem e da Psicologia no SUS. Foram desconsideradas produções que, após a leitura, não apresentaram correspondência suficiente com o objeto e o objetivo da pesquisa.

A análise do material foi realizada de forma interpretativa. Inicialmente, foram consideradas as produções que apresentaram relação direta, seguida da identificação dos principais conceitos e argumentos relacionados ao cuidado humanizado, ao acolhimento, à escuta e às práticas profissionais da Enfermagem e da Psicologia.

Os conteúdos foram organizados conforme sua pertinência temática, permitindo estabelecer aproximações entre as práticas das duas áreas na construção do cuidado humanizado no SUS. A discussão foi orientada principalmente por três aspectos: o cuidado nas práticas de saúde; o acolhimento e a escuta como elementos da humanização e as aproximações entre Enfermagem e Psicologia no encontro com os usuários.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO:

A análise das produções selecionadas identificou diferentes formas de abordagem do cuidado, do acolhimento e das relações estabelecidas entre profissionais e usuários. Em Ayres (2004), o cuidado é discutido a partir das interações entre profissionais de saúde e pacientes, considerando elementos como projeto de vida, construção de identidade, confiança e

responsabilidade. O autor relaciona esses elementos à reconstrução ética, política e técnica das práticas de cuidado em saúde.

Essa compreensão também aparece na produção do Ministério da Saúde sobre a Política Nacional de Humanização. O acolhimento é apresentado como uma prática relacionada aos processos de trabalho em saúde, envolvendo atenção às necessidades dos usuários, escuta e construção de respostas. O documento ressalta ainda que o acolhimento não corresponde a um espaço físico ou a um profissional específico, mas a uma postura presente nas relações produzidas nos serviços de saúde (BRASIL, 2010).

Na literatura científica analisada, Pelisoli *et al.* (2014) realizaram uma revisão sistemática sobre acolhimento em periódicos brasileiros. Foram analisados 40 artigos publicados entre 1999 e 2011, provenientes de bases como Bireme, MedLine, PubMed, SciELO e Science Direct. Entre os resultados, os autores identificaram predominância de publicações nas áreas de Saúde Pública/Saúde Coletiva e Enfermagem e observaram diferentes perspectivas de usuários, profissionais e ambos sobre o acolhimento.

No campo da Enfermagem, Arruda e Silva (2012) desenvolveram uma pesquisa qualitativa com 20 pessoas com diabetes mellitus atendidas em um serviço ambulatorial público. A análise das entrevistas resultou em quatro categorias: escuta e diálogo, relacionamento, resolutividade e acesso aos serviços de saúde. Os participantes reconheceram o acolhimento e o vínculo como componentes da atenção humanizada recebida, com valorização da dimensão subjetiva dos usuários.

Outro resultado encontrado corresponde à revisão integrativa de Sousa *et al.* (2019), que examinou produções sobre humanização nos serviços de urgência e emergência e suas contribuições para o cuidado de Enfermagem. Os autores identificaram 133 publicações inicialmente e incluíram 17 estudos na revisão. Entre os resultados, destacaram o acolhimento com classificação de risco e as dificuldades relacionadas à implementação das diretrizes de humanização nos serviços.

Na produção relacionada à Psicologia, Alexandre *et al.* (2019) investigaram os significados atribuídos ao acolhimento por seis psicólogos hospitalares. A análise das entrevistas produziu seis categorias, conduta, vínculo, resgate da subjetividade, escuta, atributos pessoais e empatia, reunidas no eixo "acolhimento como postura". Os participantes enfatizaram principalmente a dimensão relacional do acolhimento e a escuta da subjetividade.

Considerados em conjunto, os estudos apresentam o cuidado e o acolhimento por diferentes perspectivas, mas permitem observar a recorrência de elementos relacionais, especialmente escuta, vínculo, diálogo e reconhecimento das necessidades dos usuários. Essa aproximação não elimina as diferenças metodológicas entre os trabalhos: Ayres (2004) desenvolve uma reflexão teórica, Pelisoli *et al*. (2014) realizam uma revisão sistemática, Arruda e Silva (2012) apresentam uma pesquisa qualitativa com usuários, Sousa *et al*. (2019) desenvolvem uma revisão integrativa e Alexandre *et al.* (2019) investigam a percepção de psicólogos hospitalares.

Os resultados encontrados podem ser relacionados à concepção de cuidado apresentada por Ayres (2004), especialmente porque o autor considera as interações entre profissionais e usuários como parte da construção das práticas de saúde. Nessa perspectiva, confiança, responsabilidade e reconhecimento do sujeito integram a discussão sobre o cuidado, permitindo interpretar os achados que apresentam escuta, diálogo e vínculo como elementos presentes nas relações assistenciais.

A Política Nacional de Humanização oferece outro eixo para interpretar esses resultados. O Ministério da Saúde descreve o acolhimento como uma postura relacionada à escuta e à responsabilização diante das necessidades apresentadas pelos usuários. Assim, os resultados encontrados na literatura podem ser compreendidos dentro de uma concepção de

acolhimento que ultrapassa a ideia de recepção ou atendimento inicial e se relaciona aos modos de produzir atenção nos serviços de saúde (BRASIL, 2010).

A revisão de Pelisoli *et al.* (2014) acrescenta uma perspectiva mais ampla sobre a produção científica brasileira referente ao acolhimento. A diversidade de áreas, periódicos e perspectivas identificadas pelos autores demonstra que o tema não está restrito a uma única categoria profissional ou modalidade de serviço. Ao mesmo tempo, os próprios autores apontaram a necessidade de novos estudos para qualificar o conhecimento sobre o acolhimento tanto na atenção básica quanto na atenção especializada.

Na Enfermagem, os resultados de Arruda e Silva (2012) aproximam a discussão teórica da experiência relatada pelos próprios usuários. Escuta, diálogo, relacionamento, resolutividade e acesso foram identificados na análise das entrevistas, mostrando quais dimensões apareceram associadas ao acolhimento e ao vínculo naquele contexto específico. O estudo, entretanto, foi realizado com pessoas com diabetes mellitus em um serviço ambulatorial público, de modo que seus resultados devem ser compreendidos dentro desse recorte.

Sousa *et al*. (2019) introduzem uma dimensão diferente na discussão ao examinarem especificamente os serviços de urgência e emergência. A revisão identificou, além do acolhimento com classificação de risco, dificuldades relacionadas à implementação das diretrizes de humanização. Esse resultado amplia a discussão porque demonstra que a realização de práticas humanizadas também está relacionada às condições e à organização dos serviços, e não somente às relações estabelecidas individualmente entre profissionais e usuários.

Na Psicologia, Alexandre *et al.* (2019) encontraram entre os participantes uma compreensão do acolhimento fortemente relacionada à dimensão relacional, incluindo vínculo, subjetividade, escuta e empatia. Entretanto, os próprios autores registraram que aspectos previstos na PNH relacionados à gestão do trabalho e à responsabilização pelo acompanhamento do fluxo dos usuários não foram abordados pelos participantes. Esse resultado é particularmente relevante porque demonstra que a compreensão do acolhimento encontrada no estudo não abrangeu todas as dimensões previstas pela política.

A comparação entre os estudos não sustenta uma divisão rígida segundo a qual o cuidar seria atribuição exclusiva da Enfermagem e o escutar seria atribuição exclusiva da Psicologia. Essa formulação seria incompatível, inclusive, com a concepção de acolhimento apresentada pelo Ministério da Saúde, que não o vincula a um profissional específico. Os estudos de Arruda e Silva (2012) e Alexandre *et al*. (2019) permitem observar, em seus respectivos contextos, a presença de elementos relacionais nas duas áreas.

Também é necessário considerar que os estudos analisados possuem objetos, métodos e contextos distintos. Por essa razão, os resultados não devem ser tratados como se constituíssem uma única evidência homogênea. A revisão sistemática de Pelisoli *et al.* (2014) oferece um panorama da produção científica sobre acolhimento; Arruda e Silva (2012) focalizam usuários de um serviço ambulatorial; Sousa *et al.* (2019) concentram-se na urgência e emergência; e Alexandre *et al.* (2019) investigam psicólogos hospitalares. Essas diferenças constituem limites para uma generalização direta dos resultados entre os diferentes contextos.

A literatura analisada, portanto, apresenta o cuidado humanizado como um campo no qual aspectos técnicos e relacionais aparecem articulados, sem que os estudos autorizem reduzir a humanização a uma única prática profissional. No material analisado, cuidado, acolhimento, escuta, vínculo, diálogo e responsabilização aparecem em diferentes contextos e sob diferentes perspectivas. A dimensão organizacional também aparece como elemento relevante, especialmente na discussão dos serviços de urgência e emergência.

No recorte deste estudo, esses resultados permitem discutir a aproximação entre Enfermagem e Psicologia a partir das práticas efetivamente descritas na literatura, sem estabelecer equivalência entre as duas profissões. A análise indica que ambas participam de

relações de cuidado nas quais aparecem elementos como escuta, vínculo, acolhimento e atenção às necessidades dos usuários, preservadas as especificidades dos respectivos campos profissionais. Essa síntese responde ao objetivo proposto ao relacionar os achados da literatura às possibilidades de aproximação entre o cuidar e o escutar na construção do cuidado humanizado no SUS.

4 CONCLUSÃO:

Cuidar e escutar aparecem, ao longo da literatura analisada, menos como práticas isoladas de cada profissão e mais como dimensões que se encontram nas relações estabelecidas entre profissionais e usuários. A Enfermagem e a Psicologia permanecem distintas em seus campos de atuação, conhecimentos e responsabilidades, mas os estudos examinados mostram que determinadas dimensões do cuidado atravessam essas fronteiras. Escuta, vínculo, acolhimento, diálogo e atenção às necessidades dos usuários aparecem em diferentes contextos, ainda que assumam significados e formas de realização próprios.

Essa aproximação ajuda a responder à questão que orientou o estudo. A contribuição das duas áreas para o cuidado humanizado não está em estabelecer uma divisão entre quem cuida e quem escuta, mas na possibilidade de que diferentes práticas profissionais participem de uma atenção que considere o usuário para além da demanda imediata que o conduz ao serviço. O que a literatura permite observar é uma relação de complementaridade entre práticas, sem que isso implique sobreposição de competências ou perda das especificidades profissionais.

Os resultados também dão sustentação à hipótese inicialmente formulada, desde que compreendida dentro dos limites da investigação realizada. Foram encontradas, na produção analisada, aproximações entre elementos relacionados ao cuidado de Enfermagem e aspectos da escuta e do acolhimento presentes na atuação da Psicologia. Não se trata, contudo, de uma relação que possa ser tomada como automática ou suficiente por si mesma. A humanização envolve as relações produzidas nos serviços, mas também as condições institucionais e organizacionais nas quais essas relações acontecem.

Há, portanto, um aspecto que merece ser preservado: aproximar não significa igualar. A Enfermagem não deixa de possuir seu campo próprio porque incorpora dimensões relacionais ao cuidado, assim como a Psicologia não se reduz à escuta por participar de práticas de acolhimento e atenção à saúde. A aproximação proposta neste estudo ganha sentido justamente porque mantém essas diferenças enquanto reconhece possibilidades de diálogo entre elas.

Os estudos analisados também não permitem uma leitura homogênea do fenômeno. Foram encontradas pesquisas realizadas com usuários, profissionais e diferentes contextos assistenciais, além de revisões com objetivos próprios. Essa diversidade constitui uma característica importante do material analisado e, simultaneamente, estabelece um limite para a generalização dos achados. O que se pode sustentar é a existência de elementos recorrentes na literatura, e não a demonstração de um modelo único de articulação entre Enfermagem e Psicologia.

Para o SUS, essa discussão desloca a ideia de humanização de uma prática atribuída exclusivamente a determinada categoria. O cuidado acontece em uma rede de relações na qual diferentes profissionais respondem, dentro de suas competências, às necessidades apresentadas pelos usuários. Nessa dinâmica, saber escutar não retira da Enfermagem sua especificidade, assim como cuidar não transforma a Psicologia em uma extensão de outra profissão. O encontro entre esses saberes pode ampliar as possibilidades de atenção justamente quando cada área contribui a partir de seu próprio lugar.

A escolha por uma revisão narrativa também precisa ser considerada na leitura dos resultados. O percurso realizado possibilitou reunir diferentes produções e colocá-las em diálogo, mas não teve como finalidade mensurar efeitos, estabelecer relações causais ou produzir uma síntese quantitativa da evidência disponível. A contribuição do estudo está, sobretudo, na discussão das aproximações identificadas na literatura e na problematização da relação entre cuidar, escutar e humanizar no contexto do SUS.

Em síntese, o estudo permite compreender que o cuidado humanizado não se constrói pela simples soma de procedimentos ou pela presença de diferentes profissionais em um mesmo serviço. Ele se desenvolve nas relações concretas que dão forma à atenção em saúde. É nesse espaço que cuidar e escutar deixam

de representar posições separadas e passam a compor, cada qual com sua especificidade, uma possibilidade de compreender e atender o sujeito de maneira mais ampla.

REFERÊNCIAS

ALEXANDRE, Vinícius; VASCONCELOS, Nilce Ávila de Oliveira Palis de; SANTOS, Manoel Antônio dos; MONTEIRO, Joana Filipa Afonso. O acolhimento como postura na percepção de psicólogos hospitalares. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 39, 2019.

ARRUDA, Cecilia; SILVA, Denise Maria Guerreiro Vieira da. Acolhimento e vínculo na humanização do cuidado de Enfermagem às pessoas com diabetes mellitus. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 65, n. 5, p. 758-766, 2012.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 8, n. 14, p. 73-92, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2. ed., Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Acolhimento**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: Biblioteca Virtual em Saúde – Ministério da Saúde. Acesso em: 13 ago. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização – PNH**. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Disponível em: Política Nacional de Humanização – Ministério da Saúde. Acesso em: 13 ago. 2026.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2017.

PELISOLI, Cátula; SACCO, Airi Macias; BARBOSA, Elen Teixeira; PEREIRA, Cristiane de Oliveira; CECCONELLO, Alessandra Marques. Acolhimento em saúde: uma revisão sistemática em periódicos brasileiros. **Estudos de Psicologia (Campinas)**, Campinas, v. 31, n. 2, p. 225-235, 2014.

SOUSA, Kayo Henrique Jardel Feitosa; DAMASCENO, Carolinne Kilcia Carvalho Sena; ALMEIDA, Camila Aparecida Pinheiro Landim; MAGALHÃES, Juliana Macêdo; FERREIRA, Márcia de Assunção. Humanização nos serviços de urgência e emergência: contribuições para o cuidado de Enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 40, 2019

A IMPORTÂNCIA DE ESTRATÉGIAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE APLICADA A DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS NA ESF: REVISÃO NARRATIVA DA LITERATURA”

ANA KAROLINE VILELA COSTA; LUIS FELIPE BATISTA PAULO; RAFAEL PRESTES DOS SANTOS;; GABRIELA DO ROSÁRIO MACHADO; TAÍS SILVEIRA DA CUNHA; VIVIAN CARDOSO DIAS; BIANCA PAMPLONA MONTEIRO

INTRODUÇÃO: As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), como hipertensão, diabetes e doenças cardiovasculares, representam um importante problema de saúde pública devido à elevada morbimortalidade e aos impactos sociais e econômicos. Nesse cenário, a Atenção Primária à Saúde (APS), especialmente por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF), exerce papel essencial na prevenção, acompanhamento e controle dessas condições. A promoção da saúde deve ir além do tratamento, valorizando o autocuidado, a autonomia, a educação em saúde e a qualidade de vida, destacando-se o enfermeiro na coordenação dessas ações e no empoderamento dos usuários. **OBJETIVO:** O estudo teve como objetivo analisar e identificar estratégias utilizadas pelas equipes da ESF para promoção da saúde da saúde de pessoas com DCNT. **MATERIAIS E MÉTODOS:** Foram analisados estudos de abordagem qualitativa. Um deles realizou pesquisa descritiva e exploratória com 10 enfermeiros da ESF, por meio de entrevistas semiestruturadas e análise temática de conteúdo, entre novembro de 2019 e março de 2020. O segundo adotou estudo qualitativo de múltiplos casos, com 10 grupos focais realizados em cinco municípios brasileiros, envolvendo 55 profissionais de 21 equipes de Saúde da Família. Os dados foram analisados pelo método do Discurso do Sujeito Coletivo. **RESULTADOS:** Os resultados evidenciaram diversas estratégias de promoção da saúde, como consultas de enfermagem, interconsultas, grupos educativos, visitas domiciliares, acompanhamento familiar, educação permanente e atividades físicas, além de parcerias com serviços da Rede de Atenção à Saúde. A atuação multiprofissional, envolvendo nutricionistas, farmacêuticos e educadores físicos, mostrou-se relevante para ampliar a qualidade do cuidado. **CONCLUSÃO:** Conclui-se que as estratégias de promoção da saúde na ESF são fundamentais para prevenir e controlar as DCNT e melhorar a qualidade de vida. A atuação do enfermeiro, associada à educação em saúde, comunicação, acompanhamento contínuo e trabalho multiprofissional, favorece o autocuidado e a autonomia. Ressalta-se ainda a necessidade de fortalecer a educação permanente, integrar ensino e serviço, ampliar a participação da rede e garantir maior apoio da gestão.

Palavras-chave: **DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSIVEIS; PROMOÇÃO DA SAÚDE; ESTRATEGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

O TELETRABALHO NO SUS: DESAFIOS PARA A SAÚDE OCUPACIONAL

MARCIO MONTEIRO FORTUNA FILHO; ALDREY REGINA DE SOUZA; FRANCISCA ROSIMEIRE SOUSA VASCONCELOS; KÁTIA REGINA CAMPOS DOS SANTOS; MARCIA LIMA DO NASCIMENTO

Introdução: O teletrabalho, ou trabalho remoto se consolidou como uma importante modalidade de organização do trabalho em diversas instituições, incluindo aquelas do Sistema Único de Saúde (SUS). Embora proporcione flexibilidade e redução de custos, esta modalidade de trabalho, traz novos desafios relacionados à saúde ocupacional e à gestão de pessoas, especialmente no contexto da legislação brasileira. **Objetivo:** O estudo teve como objetivo investigar os desafios do trabalho remoto em relação à saúde ocupacional e ao desempenho dos trabalhadores**. Metodologia:** A pesquisa foi realizada por meio de revisão bibliográfica qualitativa, utilizando bases reconhecidas como PubMed, SciELO, BVS, Web of Science e Scopus. Foram utilizados descritores em português, abrangendo termos como “teletrabalho”, “saúde ocupacional” e “segurança da informação”. A seleção incluiu artigos completos publicados entre 2020 e 2025, focando na conexão entre teletrabalho e bem-estar, além das normas legais vigentes. Materiais sem revisão por pares ou que não se alinhassem aos objetivos foram descartados. As informações foram processadas utilizando a Análise de Conteúdo de Bardin. **Resultados:** Os resultados indicaram que, embora o trabalho remoto ofereça benefícios como autonomia e flexibilidade, também pode resultar em riscos ergonômicos, sobrecarga mental e isolamento profissional. A falta de um ambiente de trabalho adequado e a ausência de políticas de segurança da informação aumentam a vulnerabilidade dos trabalhadores. A análise revelou que a implementação de práticas ergonômicas, programas de saúde e capacitação contínua são essenciais para mitigar esses riscos. Além disso, a legislação brasileira enfatiza a necessidade de orientações claras sobre prevenção de acidentes e doenças ocupacionais. **Conclusão:** Concluiu-se que a modalidade de teletrabalho, se bem implementada, pode beneficiar tanto os trabalhadores quanto as organizações. No entanto, é fundamental que as instituições, incluindo as do SUS, adotem medidas que promovam a saúde ocupacional e a segurança da informação. Investir em infraestrutura adequada, capacitação e políticas de proteção é crucial para garantir condições de trabalho que favoreçam a qualidade de vida e o desempenho profissional, sendo essencial a atuação integrada entre gestores, trabalhadores e instituições para enfrentar os desafios do trabalho remoto.

Palavras-chave: **BEM ESTAR; CAPACITAÇÃO; ERGOMETRIA**

DOI: 10.51161/iv-conasus/88761

ESTRATÉGIAS PARA PREVENÇÃO UTILIZADAS POR PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA REDUÇÃO DE INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS: REVISÃO NARRATIVA DA LITERATURA.

ANA KAROLINE VILELA COSTA; LUIS FELIPE BATISTA PAULO; KARINA SEBASTIANE PRESTES DOS SANTOS; ALEXIA EDUARDA PANTOJA DA COSTA; TAIS SILVEIRA DA CUNHA; VIVIAN CARDOSO DIAS; BIANCA PAMPLONA MONTEIRO DOS SANTOS

INTRODUÇÃO: As Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) representam um importante problema de saúde pública, principalmente entre jovens, devido à ocorrência de comportamentos que aumentam a vulnerabilidade à transmissão. Entre os principais fatores identificados estão o uso inconsistente de preservativos, múltiplas parcerias sexuais, consumo de álcool e outras drogas, iniciação sexual precoce e parcerias concomitantes. Nesse contexto, a Atenção Primária à Saúde (APS) possui papel fundamental na prevenção, promoção da saúde sexual, diagnóstico precoce e redução da cadeia de transmissão. **OBJETIVO:** Identificar estratégias utilizadas por profissionais da Atenção primária à saúde na redução de IST. **MATERIAIS E MÉTODOS:** Trata-se de uma revisão narrativa da literatura desenvolvida a partir das análises de artigos relacionados à prevenção das IST na APS. Os estudos apontam aspectos comportamentais, sociais e estratégias de prevenção usadas por profissionais. **RESULTADOS:** Os estudos evidenciaram que a educação em saúde constitui uma das principais estratégias de prevenção. A consulta de enfermagem possibilita acolhimento, escuta qualificada, aconselhamento e orientação sobre práticas sexuais seguras, contribuindo para a redução de comportamentos de risco. Outra estratégia destacada foi a prevenção combinada, envolvendo distribuição e orientação para uso de preservativos, vacinação contra HPV e hepatite B, testagem regular e realização de testes rápidos para HIV, sífilis e hepatites B e C. A integração dessas ações aos atendimentos de rotina amplia o acesso ao diagnóstico e favorece intervenções precoces. Além disso, os resultados reforçam a necessidade de intervenções individualizadas, considerando as diferentes vulnerabilidades e comportamentos dos usuários. **CONCLUSÃO**: Conclui-se que a prevenção das IST na APS deve ultrapassar a distribuição de insumos, envolvendo educação em saúde, acolhimento humanizado, aconselhamento, vacinação, testagem e diagnóstico precoce. A atuação dos profissionais, especialmente da Enfermagem, é essencial para identificar vulnerabilidades, fortalecer o vínculo entre usuários e serviços e estimular o autocuidado. Dessa forma, estratégias integradas e personalizadas podem contribuir para a redução dos comportamentos de risco, da transmissão das IST e para a promoção da saúde sexual da população.

Palavras-chave: **IST; ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE; EDUCAÇÃO EM SAÚDE**

A HUMANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS HOSPITALARES : OS DESAFIOS DO SUS

CESAR CATHARINO ORNELLAS SANTIAGO; MONICA FERREIRA DIAS; RENÊ DA SILVA FONSECA; FERNANDO SÉRGIO DA COSTA

Introdução: A humanização dos serviços hospitalares corresponde a um grande desafio para a sociedade atual. Hospital humanizado é aquele que possui em sua estrutura física, tecnológica, humana e administrativa de valorização e respeito a pessoa, colocando-se sempre a serviço da mesma, garantindo-lhe um atendimento de elevada qualidade. Neste sentido, em um contexto de precariedade, superlotação e sobrecarga dos profissionais, o Sistema Único de Saúde (SUS) preconiza o plano nacional de humanização que contém diretrizes para prestação de serviços humanizados na instituição hospitalar. **Objetivo:** O estudo objetiva investigar os desafios enfrentados pelas unidades hospitalares e pelas equipes de saúde na efetivação do atendimento humanizado aos usuários do SUS. **Metodologia:** A elaboração do estudo bibliográfico, se deu por meio de buscas nas bases de dados: LILACS, PubMed, MEDLINE, por estudos á partir de 2020, utilizando descritores: " humanização," atendimento ao paciente," sistema único de saúde", "profissionais de saúde". Os estudos selecionados, por pertinência ao tema, foram revisados por pares. **Resultados:** Os desafios para humanização do atendimento iniciam-se desde a formação dos profissionais de saúde, nos hospitais do SUS onde a realidade da sobrecarga de horas insalubres trabalhadas, superlotação dos leitos, compromete a saúde dos profissionais. Uma assistência humanizada, envolve uma equipe multidisciplinar atenta e treinada para respeitar os valores e princípios individuais de cada ser humano com ética e respeito, proporcionando ao paciente e seus familiares informação e acolhimento essenciais para o bom andamento do tratamento médico hospitalar. **Conclusão:** Conclui-se portanto, que a assistência humanizada no SUS, engloba de forma ostensiva, uma estrutura física adequada, e ações que priorizem a capacitação e saúde ocupacional dos funcionários para que o respeito à subjetividade dos indivíduos atendidos seja efetivada a fim de contribuir para o restabelecimento da saúde.

Palavras-chave: **ASSISTÊNCIA HUMANIZADA; CAPACITAÇÃO; SAÚDE**

DOI: 10.51161/iv-conasus/88771

SAÚDE BUCAL E CAPACIDADE FUNCIONAL DE IDOSOS ATENDIDOS PELA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: PERFIL DE UMA POPULAÇÃO EM PELOTAS/RS

HELENA PEREIRA RODRIGUES DA SILVA BRUNA FREITAS OLIVEIRA
EDUARDO DICKIE DE CASTILHOS

RESUMO

O estudo analisou a relação entre saúde bucal e capacidade funcional de idosos atendidos por uma Unidade de Saúde, em Pelotas/RS. Trata-se de um estudo de caso observacional transversal descritivo, com entrevistas domiciliares e exames clínicos. Foram avaliadas variáveis sociodemográficas, autopercepção de saúde bucal, uso e necessidade de próteses e funcionalidade pela Escala de Katz. A amostra foi composta por 152 idosos, dos quais 73,97% eram independentes, apresentando índice CPO-D médio de 21,59 e 26,71% de edentulismo. Embora 61,18% já tenham consultado o dentista da unidade, 44,08% o fizeram há três anos ou mais, indicando predomínio de cuidados curativos sobre os preventivos. A necessidade de prótese inferior (54%) foi superior à de prótese superior (29,2%), sobretudo entre os idosos dependentes. A autopercepção positiva de saúde bucal predominou (57,2%), mesmo diante de indicadores clínicos desfavoráveis. Conclui-se que o vínculo contínuo e a longitudinalidade do cuidado na Atenção Primária à Saúde parecem estar associados à preservação da autonomia funcional, embora persistam desafios importantes relacionados à reabilitação protética e às ações preventivas em saúde bucal.

Palavras-chave: Saúde bucal; Capacidade funcional; Idosos.

1 INTRODUÇÃO

O acelerado crescimento da população idosa em escala global impõe desafios complexos aos sistemas de saúde pública, exigindo modelos de cuidado que superem abordagens fragmentadas e incorporem a multidimensionalidade do processo de envelhecimento (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2022). No Brasil, essa transição demográfica é acompanhada por mudanças no perfil de saúde bucal: a superação do edentulismo cede lugar à permanência da dentição natural, que passa a conviver com agravos de maior complexidade, como a cárie radicular e a cárie coronária recorrente (CHRISTENSEN et al., 2009; ANUSAVICE, 2002). Esse cenário é moldado por determinantes sociais que atuam ao longo da vida, resultando em uma velhice marcada por iniquidades e por uma polarização entre idosos independentes e um grupo em situação de fragilidade, que concentra elevada carga de doenças bucais (ARAUJO, 2012). A relação entre saúde bucal e funcionalidade é bidirecional: prejuízos à mastigação comprometem o estado nutricional e favorecem a fragilidade, enquanto a perda de autonomia dificulta a manutenção da higiene bucal e o acesso a serviços odontológicos, estabelecendo um ciclo de declínio físico e funcional (KASSEBAUM

DOI: 10.51161/iv-conasus/88776

et al., 2017).

Nesse contexto, a Atenção Primária à Saúde (APS), em especial a Estratégia Saúde da Família (ESF), configura-se como o lócus privilegiado para um cuidado longitudinal e integral, no qual atributos como a coordenação do cuidado e a integração do cirurgião-dentista à equipe são fundamentais para o manejo das condições crônicas típicas dessa fase da vida (BRASIL, 2017). Diante do exposto, o presente estudo teve como objetivo analisar, de forma multidimensional, a população idosa atendida por uma Unidade de Saúde, em Pelotas/RS — reconhecida como "Unidade Amiga do Idoso" (selo bronze) pela Rede Bem Cuidar (RIO GRANDE DO SUL, 2021) e que conta com atuação contínua de uma mesma cirurgiã-dentista há oito anos —, caracterizando seu perfil socioeconômico, de acesso a serviços de saúde, de saúde bucal e de capacidade funcional.

2 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de caso com delineamento observacional transversal descritivo, conduzido na área de abrangência da Unidade de Saúde em questão, em Pelotas/RS. A amostragem foi do tipo censitária, sendo elegíveis todos os idosos (60 anos ou mais) residentes na área; foram excluídos os que não puderam ser localizados após visita domiciliar e três tentativas de contato telefônico.

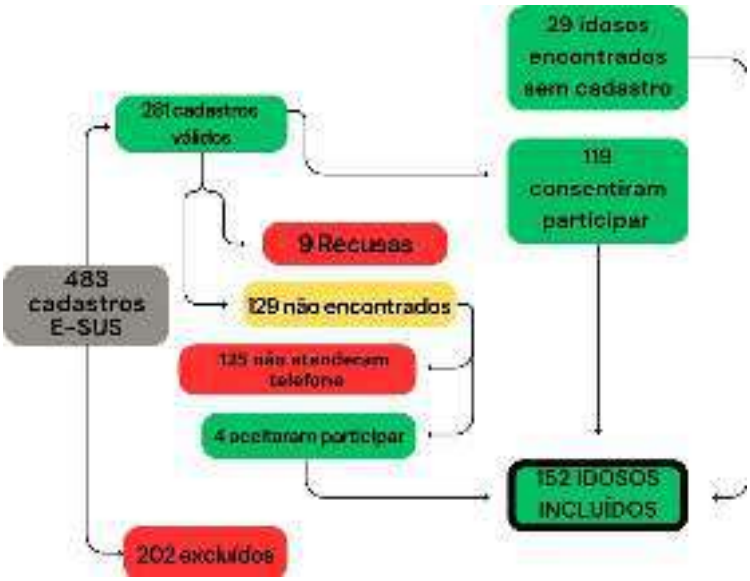
A coleta de dados ocorreu por meio de visitas domiciliares, com aplicação de entrevista estruturada baseada no Manual do Examinador do SB Brasil (BRASIL, 2001) — abrangendo perfil socioeconômico, acesso a serviços odontológicos e capacidade funcional pela Escala de Katz —, seguida de exame clínico bucal conduzido por cirurgiãs-dentistas treinadas, no qual foram avaliados o índice CPO-D e o uso e a necessidade de prótese dentária. O projeto foi aprovado pelo Núcleo Municipal de Educação em Saúde Coletiva (Numesc) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Pelotas (CAAE: 69500223.0.0000.5318), e todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os dados foramorganizados em planilhas do Microsoft Excel® e analisados no software STATA 14.0, por meio de estatística descritiva (frequências absolutas e relativas, médias e desvios-padrão).

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O estudo partiu de um cadastro inicial de 483 idosos no sistema E-SUS da unidade; após a exclusão de 202 registros por inconsistências, restaram 281 cadastros válidos. A busca ativa por meio de visitas domiciliares localizou 119 idosos que aceitaram participar, 9 recusas e mais 29 idosos residentes na área que não constavam no cadastro; o contato telefônico localizou outros 4 participantes, totalizando uma população de estudo de 152 idosos (Figura 1). Do total, 96,7% responderam diretamente à entrevista e 92,8% aceitaram o exame clínico bucal, o que confere robustez aos dados coletados.

DOI: 10.51161/iv-conasus/88776

Figura 1 – População do estudo



Fonte: elaborada pela autora.

O perfil sociodemográfico revelou predominância feminina (58,55%), idade média de 70,42 anos (±7,25) e forte fixação territorial, com 61,18% dos idosos residindo no bairro há mais de vinte anos. A renda foi baixa: 74,34% dos idosos tinham renda pessoal de até um salário mínimo, e 61,84% das famílias viviam com um a três salários mínimos, o que impõe restrições orçamentárias relevantes e tende a aumentar a dependência do sistema público de saúde. A Tabela 1 sintetiza os principais indicadores sociodemográficos, de saúde bucal e de funcionalidade da amostra.

Tabela 1 – Indicadores sociodemográficos, de saúde bucal e de funcionalidade da população idosa da área da ESF Barro Duro. Pelotas/RS, 2024

Variável	% (n) / Média (DP)
Idade média (DP)	70,42 anos (±7,25)
Sexo feminino	58,55% (n=89)
Renda pessoal até 1 salário mínimo	74,34% (n=113)
Residência no bairro há mais de 20 anos	61,18% (n=93)
Consultou com o(a) dentista da unidade	61,18% (n=93)
Última consulta odontológica há 3 anos ou mais	44,08% (n=67)
Autopercepção de saúde bucal "boa" ou "ótima"	57,23% (n=87)
Índice CPO-D médio (DP)	21,59 (±9,85)
Edentulismo (0 dentes)	26,71% (n=39)
Necessidade de prótese superior	29,20% (n=40)

Necessidade de prótese inferior	54,01% (n=74)
Independência funcional (Escala de Katz)	73,97% (n=108)

Fonte: elaborada pela autora.

Quanto ao acesso, o motivo da última consulta odontológica indicou predomínio de procedimentos curativos — exodontias (24,34%) e tratamento protético (20,39%) — sobre consultas de rotina/manutenção (21,05%), padrão consistente com o descrito por Bulgarelli, Mestriner e Pinto (2012) sobre a predominância da demanda por urgência entre idosos. Ainda assim, o percentual de idosos que já consultaram o dentista da unidade (61,18%) e a boa avaliação do atendimento (56,6% "bom" ou "ótimo") sugerem uma adesão ao serviço público local superior à observada em levantamentos nacionais (BRASIL, 2024), reforçando o papel da ESF Barro Duro como modelo de atenção longitudinal e acessível — achado que dialoga com a literatura sobre a importância da continuidade do vínculo e da humanização do cuidado para a adesão de idosos aos serviços odontológicos (COSTA NETO et al., 2022).

A comparação entre idosos independentes e dependentes (Escala de Katz) não revelou diferenças relevantes de renda entre os grupos, sugerindo que outros fatores — como vínculo territorial e acesso à ESF — são mais determinantes para a autonomia funcional, em linha com Pereira, Beltrame e Cordeiro (2024). Entretanto, os padrões de utilização de serviços odontológicos divergiram: os dependentes tiveram menor participação em consultas de rotina (18,42% vs. 23,15% dos independentes) e maior procura por próteses (28,95% vs. 17,59%), além de uso significativamente menor de prótese inferior (23,53% vs. 46,60%) e maior necessidade de reabilitação protética inferior (67,65% vs. 49,51%) e superior (41,18% vs. 25,24%). Esse padrão corrobora achados de Freitas, Lima e Silva (2016) e de Cicek et al. (2024) sobre a relação bidirecional entre funcionalidade e saúde bucal, e indica que a perda de autonomia — mais do que a condição econômica — associa-se a piores desfechos bucais e a necessidades não atendidas de reabilitação, apontando os idosos dependentes como grupo prioritário para ações interdisciplinares.

Chama atenção o descompasso entre a autopercepção predominantemente positiva de saúde bucal (57,2% "boa" ou "ótima") e os indicadores clínicos objetivos — CPO-D elevado e alta necessidade protética. Esse desalinhamento é amplamente descrito na literatura: Nogueira et al. (2017) e Ribeiro, Santos e Baldani (2023) apontam que a ausência de dor costuma ser interpretada por idosos como sinônimo de boa saúde bucal, o que sugere uma naturalização da perda dentária ao longo do envelhecimento e reforça a necessidade de ações educativas que ultrapassem o modelo curativo ainda predominante.

Como limitação, o desenho de estudo de caso, conduzido em uma área territorial específica, restringe a generalização dos resultados para outras populações. Em contrapartida, o caráter censitário na área de abrangência da unidade permitiu uma caracterização detalhada do perfil local, capaz de gerar hipóteses relevantes para estudos futuros de maior escala.

4 CONCLUSÃO

A população idosa da área da ESF Barro Duro caracteriza-se por perfil majoritariamente feminino, independente (73,97%) e com forte vínculo territorial, ainda que com renda bastante limitada. Apesar do CPO-D médio elevado e da alta necessidade protética — sobretudo inferior —, a autopercepção de saúde bucal manteve-se predominantemente positiva, evidenciando a dissociação entre percepção subjetiva e condição clínica objetiva já descrita na literatura. O acesso ao serviço público mostrou-se expressivo e bem avaliado, ainda que centrado em procedimentos curativos, e a comparação entre idosos independentes e dependentes reforça a existência de um grupo prioritário — os funcionalmente dependentes — que acumula maiores

necessidades de reabilitação protética e menor acesso a cuidados preventivos.

Os resultados sugerem que a longitudinalidade do cuidado e o vínculo consolidado entre equipe e comunidade, características da ESF Barro Duro, estão associados à preservação da autonomia funcional dos idosos e a um acesso ao serviço público superior às médias nacionais. Persistem, contudo, desafios relacionados à baixa adesão a consultas preventivas e às necessidades protéticas não atendidas, sobretudo entre idosos dependentes, o que reforça a importância de intensificar ações educativas e preventivas, de fortalecer a avaliação funcional na rotina das equipes e de ampliar os protocolos de reabilitação protética no SUS, de modo a consolidar a equidade em saúde bucal para a população idosa.

REFERÊNCIAS

ANUSAVICE, K. J. Dental caries: risk assessment and treatment solutions for an elderly population. Compendium of Continuing Education in Dentistry, Jamesburg, v. 23, n. 10, p. 12-20, out. 2002. Suplemento. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12790012/. Acesso em: 31 out. 2025.

ARAUJO, J. D. Polarização epidemiológica no Brasil. Epidemiologia e Serviços de Saúde, Brasília, v. 21, n. 4, p. 533-538, dez. 2012. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742012000400002. Acesso em: 29 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/27/CADERNETA-.PESSOA-IDOSA-2017-Capa-miolo.pdf. Acesso em: 29 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Projeto SB2000: condições de saúde bucal da população brasileira no ano 2000: manual do examinador. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 50 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/condSB_man_exam.pdf. Acesso em: 6 nov. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. SB Brasil 2023: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: relatório final. 1. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2024. 537 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sb_brasil_2023_relatorio_final_1edrev.pdf. Acesso em: 30 out. 2025.

BULGARELLI, Alexandre Fávero; MESTRINER, Soraya Fernandes; PINTO, Ione Carvalho. Percepções de um grupo de idosos frente ao fato de não consultarem regularmente o cirurgião-dentista. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 97-107, jan./mar. 2012. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S1809-98232012000100011. Acesso em: 6 nov. 2025.

BEZERRA, Érica Patrícia et al. Avaliação da capacidade funcional e autocuidado em saúde bucal de idosos. Revista Eletrônica Acervo Saúde, São Paulo, v. 25, n. 5, e20388, 2025. Disponível em: https://doi.org/10.25248/reas.e20388.2025. Acesso em: 6 nov. 2025.

CHRISTENSEN, K. et al. Ageing populations: the challenges ahead. The Lancet, [S. l.], v. 374, n. 9696, p. 1196-1208, 2009. Disponível em: https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)61460-4. Acesso em: 31 out. 2025.

CICEK, T. et al. Determining the relationship between oral health and physical function in elderly people. Journal of Oral Rehabilitation, [S. l.], 2024. Disponível em: https://doi.org/10.1111/joor.13790. Acesso em: 31 out. 2025.

COSTA NETO, Joel Florêncio da et al. Shantala como modalidade terapêutica em saúde: retratos de um novo sentido de cuidado. Revista Saúde e Desenvolvimento, Curitiba, v. 16, n. 25, p. 59-70, 2022.

FREITAS, Y. N.; LIMA, K. C.; SILVA, D. A. D. Condições de saúde bucal e capacidade funcional em idosos: um estudo longitudinal de base populacional. Revista Brasileira de Epidemiologia, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 670-674, jul./set. 2016. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1980-5497201600030022. Acesso em: 31 out. 2025.

KASSEBAUM, Nicholas J. et al. Global, regional, and national prevalence, incidence, and disability-adjusted life years for oral conditions for 195 countries, 1990-2015: a systematic analysis for the global burden of diseases, injuries, and risk factors. Journal of Dental Research, Alexandria, v. 96, n. 4, p. 380-387, abr. 2017. Disponível em: https://doi.org/10.1177/0022034517700542. Acesso em: 6 nov. 2025.

NOGUEIRA, Cynthia Mirella Ribeiro et al. Autopercepção de saúde bucal em idosos: estudo de base domiciliar. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 07-19, jan./mar. 2017. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1809-98232017000100002. Acesso em: 6 nov. 2025.

PEREIRA, Mônica Letícia; BELTRAME, Vânia; CORDEIRO, Michelle Fernanda. Autopercepção em saúde e capacidade funcional de idosos com dor crônica. Observatorio de la Economía Latinoamericana, Málaga, v. 22, n. 7, e5551, 2024. Disponível em: https://doi.org/10.55908/oel.v22i7.5551. Acesso em: 6 nov. 2025.

RIBEIRO, Ana Elisa; SANTOS, Gabriela Soares dos; BALDANI, Marcia Helena. Edentulismo, necessidade de prótese e autopercepção de saúde bucal entre idosos institucionalizados. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 47, n. 137, p. 222-241, abr./jun. 2023. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0103-1104202313716. Acesso em: 6 nov. 2025.

RIO GRANDE DO SUL (Estado). Decreto nº 56.062, de 29 de agosto de 2021. Institui Rede Bem Cuidar RS. Diário Oficial do Estado do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 30 ago. 2021. Disponível em: https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202108/31084345-decreto-56062-rbc.pdf. Acesso em: 6 nov. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO clinical consortium on healthy ageing 2021: report of consortium meeting held virtually, 5-6 November 2021. Geneva: WHO, 2022. Disponível em: https://www.who.int/publications/i/item/9789240055254. Acesso em: 31 out. 2025.

PROJETO GUARDA-CHUVA: UMA ESTRATÉGIA DE QUALIFICAÇÃO DO CUIDADO NO SUS PARA IDENTIFICAÇÃO E REDUÇÃO DE BARREIRAS ENFRENTADAS POR CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM DEFICIÊNCIA NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

CYNARA VIEIRA RUSSO

Graduanda em Licenciatura em Educação Especial, Centro Universitário UNIFATECIE, Brasil.

RESUMO

A garantia do direito à saúde das pessoas com deficiência no Sistema Único de Saúde (SUS) requer não apenas acesso aos serviços, mas também condições que favoreçam comunicação, participação, autonomia e continuidade do cuidado. Barreiras comunicacionais, atitudinais, ambientais e organizacionais podem dificultar a participação de crianças e adolescentes com deficiência nos diferentes momentos do percurso assistencial. Este relato de experiência apresenta o Projeto Guarda-Chuva, proposta metodológica desenvolvida para apoiar a identificação e a redução dessas barreiras no cotidiano dos serviços de saúde. A metodologia foi estruturada a partir dos movimentos de antecipar, reduzir, comunicar e respeitar, articulando identificação de necessidades, estratégias preventivas, qualificação das equipes e organização das informações relevantes ao cuidado. Como instrumentos operacionais, foram desenvolvidos o Protocolo de Acolhimento e Ação Rápida (PAAR), destinado à identificação inicial de necessidades comunicacionais, sensoriais e de participação, e o Prontuário Sensorial Unificado (PSU), voltado à organização e continuidade dessas informações durante o cuidado. A experiência inicial ocorreu em contexto hospitalar na Santa Casa de Misericórdia de Itu, envolvendo apresentação da metodologia, capacitação profissional, utilização dos instrumentos e acompanhamento de sua inserção no fluxo assistencial. A experiência permitiu observar a viabilidade operacional da proposta e identificar necessidades de aperfeiçoamento relacionadas à simplificação dos processos, adequação dos instrumentos aos fluxos institucionais e fortalecimento da capacitação das equipes. Conclui-se que o Projeto Guarda-Chuva apresenta potencial como estratégia metodológica de apoio à qualificação do cuidado no SUS, embora sua aplicabilidade em diferentes contextos ainda demande avaliação sistemática e investigação em diferentes cenários assistenciais, bem como acompanhamento contínuo.

Palavras-chave: Autonomia; Comunicação; Participação.

1 INTRODUÇÃO

A saúde constitui direito de todos e dever do Estado, devendo ser assegurada mediante políticas que garantam acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 1988). No âmbito do Sistema Único

DOI: 10.51161/iv-conasus/88797

de Saúde (SUS), a universalidade e a integralidade orientam a organização da atenção e a oferta de ações e serviços de saúde, enquanto a equidade requer respostas compatíveis com as diferentes necessidades da população (BRASIL, 1990). Nessa perspectiva, a efetivação do direito à saúde ultrapassa a disponibilidade formal dos serviços, envolvendo também condições que possibilitem acesso, participação e continuidade do cuidado de maneira digna e adequada às necessidades de cada pessoa.

Para as pessoas com deficiência, a efetivação desse direito pressupõe a identificação e a redução de barreiras que possam dificultar o acesso, a comunicação, a participação e a continuidade do cuidado. A Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência reconhece barreiras como entraves, obstáculos, atitudes ou comportamentos que podem limitar ou impedir a participação social e o exercício de direitos, incluindo barreiras nas comunicações e na informação e barreiras atitudinais (BRASIL, 2015). Assim, a organização dos serviços deve considerar diferentes necessidades e favorecer condições para participação, comunicação e segurança durante o cuidado.

No caso de crianças e adolescentes com deficiência, essa perspectiva assume particular relevância, considerando que necessidades relacionadas à comunicação, à compreensão das situações de cuidado, à participação e à adaptação aos diferentes ambientes podem demandar respostas individualizadas. Consultas, exames, procedimentos, períodos de espera e mudanças na rotina assistencial podem representar situações nas quais barreiras comunicacionais, atitudinais, ambientais ou organizacionais dificultem a expressão de necessidades e a participação no próprio cuidado. Nesse contexto, a qualificação dos serviços requer capacidade das equipes para reconhecer necessidades específicas, favorecer comunicação acessível e organizar estratégias que ampliem autonomia, segurança e participação durante o percurso assistencial.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Pessoa com Deficiência (PNAISPD), instituída no âmbito do SUS pela Portaria GM/MS nº 1.526/2023, dispõe sobre a atenção integral à saúde da pessoa com deficiência e sobre a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD), contemplando a organização de pontos de atenção e princípios relacionados à universalidade e à equidade do acesso ao cuidado (BRASIL, 2023). Nesse contexto, qualificar a atenção implica desenvolver formas de organização do cuidado que permitam às equipes reconhecer necessidades individuais e incorporar aos fluxos assistenciais recursos capazes de prevenir ou reduzir barreiras à participação e à comunicação.

É nesse cenário que se insere o Projeto Guarda-Chuva, proposta metodológica desenvolvida para apoiar a qualificação do cuidado em saúde a partir da identificação antecipada de necessidades e da redução de barreiras que possam comprometer a comunicação, a participação, a autonomia e a segurança de crianças e adolescentes com deficiência durante o atendimento. A proposta articula identificação de necessidades, estratégias preventivas, comunicação entre usuário, família e equipe e organização das informações relevantes ao cuidado, buscando contribuir para a transformação de diretrizes de inclusão em práticas assistenciais mais estruturadas. Nesse sentido, este relato de experiência tem como objetivo apresentar o Projeto Guarda-Chuva como estratégia de qualificação do cuidado em saúde, desenvolvida para apoiar a identificação e a redução de barreiras enfrentadas por crianças e adolescentes com deficiência nos serviços de saúde, articulando acessibilidade, comunicação, participação, autonomia e cuidado centrado na pessoa, bem como discutir sua aplicabilidade e potencial de adaptação aos diferentes pontos da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS.

2 RELATO DE EXPERIÊNCIA

DOI: 10.51161/iv-conasus/88797

O Projeto Guarda-Chuva foi concebido a partir da necessidade de estruturar, no contexto dos serviços de saúde, estratégias que apoiassem as equipes na identificação de necessidades individuais e na redução de barreiras que podem interferir no cuidado de crianças e adolescentes com deficiência. Sua construção aproximou conhecimentos relacionados à Educação Especial, acessibilidade, comunicação e inclusão das demandas observadas no cotidiano assistencial. A proposta foi organizada progressivamente como metodologia de apoio à qualificação do cuidado, articulando identificação antecipada de necessidades, acolhimento, comunicação, estratégias preventivas e organização das informações relevantes para o atendimento.

Seu desenvolvimento tomou como referência princípios de equidade, acessibilidade, autonomia, participação e cuidado centrado na pessoa, em consonância com as diretrizes da PNAISPD e da RCPD no SUS (BRASIL, 2023). O projeto não foi concebido como substituto de avaliações clínicas ou terapêuticas, mas como estratégia complementar de organização do cuidado, destinada a apoiar as equipes diante de necessidades que podem interferir na experiência e na participação da pessoa com deficiência durante o atendimento.

A metodologia foi estruturada a partir de quatro movimentos complementares — **antecipar, reduzir, comunicar e respeitar** — que orientam a organização do cuidado antes, durante e após as situações de atendimento. Antecipar corresponde ao reconhecimento prévio de necessidades, preferências, possíveis fatores desencadeantes e sinais de alerta; reduzir refere-se à identificação e minimização de barreiras e estímulos que possam dificultar a participação e a comunicação; comunicar envolve favorecer o compartilhamento de informações relevantes entre a pessoa, seus familiares e os profissionais; e respeitar pressupõe reconhecer singularidades, formas próprias de comunicação, autonomia e participação nas decisões relacionadas ao atendimento.

A partir dessa arquitetura, o Projeto Guarda-Chuva foi operacionalizado por meio de instrumentos destinados a apoiar diferentes momentos do cuidado. O **Protocolo de Acolhimento e Ação Rápida (PAAR)** foi desenvolvido como instrumento de identificação inicial de necessidades relevantes para o atendimento, contemplando aspectos comunicacionais, sensoriais, sinais de alerta, fatores que podem dificultar a participação e estratégias de apoio individualizado.

Complementarmente, o **Prontuário Sensorial Unificado (PSU)** foi concebido para organizar e registrar informações relacionadas às necessidades sensoriais, comunicacionais e às estratégias de apoio identificadas durante o cuidado, favorecendo a continuidade e o compartilhamento dessas informações entre os profissionais envolvidos na assistência. Dessa forma, o PAAR atua prioritariamente na identificação e orientação inicial das necessidades, enquanto o PSU amplia a possibilidade de organização e continuidade das informações relevantes ao cuidado. Os instrumentos integram a estrutura operacional da metodologia, sem pretender substituir registros clínicos, avaliações profissionais ou sistemas oficiais de informação em saúde.

A operacionalização da metodologia envolveu também a qualificação das equipes e a incorporação progressiva das estratégias aos processos de trabalho. A capacitação foi organizada para favorecer a compreensão sobre deficiência, acessibilidade, comunicação e barreiras no cuidado, articulando conhecimentos conceituais a situações concretas do cotidiano assistencial. A proposta buscou desenvolver nos profissionais a capacidade de reconhecer necessidades individuais, identificar possíveis barreiras e selecionar estratégias de apoio compatíveis com cada situação.

A primeira experiência de aplicação do Projeto Guarda-Chuva ocorreu na **Santa Casa de Misericórdia de Itu**, em contexto hospitalar, constituindo cenário inicial para observação da operacionalização da metodologia em situação real de cuidado. A experiência envolveu apresentação da metodologia, capacitação de profissionais,

utilização dos instrumentos desenvolvidos e acompanhamento de sua inserção no fluxo assistencial.

A operacionalização buscou integrar a identificação de necessidades ao próprio fluxo assistencial. A partir do acolhimento, o PAAR orientava o reconhecimento de necessidades comunicacionais, sensoriais e de participação e apoiava a definição de estratégias compatíveis com cada situação. As informações pertinentes eram compartilhadas com os profissionais envolvidos e, quando aplicável, organizadas por meio do PSU, favorecendo sua continuidade ao longo do atendimento. A equipe era orientada a adaptar, dentro de suas atribuições e das condições institucionais, aspectos da comunicação, do ambiente e da condução do cuidado.

A experiência inicial permitiu observar a viabilidade operacional da proposta e identificar aspectos relevantes para seu aperfeiçoamento. A utilização dos instrumentos favoreceu a sistematização de informações que podem permanecer dispersas entre paciente, família e diferentes profissionais, tornando mais visíveis necessidades relacionadas à comunicação, à sensorialidade e à participação.

A experiência também evidenciou que a incorporação de uma abordagem inclusiva depende não apenas da disponibilidade dos instrumentos, mas da compreensão das equipes sobre sua finalidade, da adequação dos fluxos institucionais e da possibilidade de compartilhamento das informações ao longo do cuidado. Entre os principais aprendizados estiveram a necessidade de simplificar processos, adequar os instrumentos à dinâmica dos serviços e fortalecer a capacitação dos profissionais.

3 DISCUSSÃO

A experiência relatada permite compreender que a efetivação do direito à saúde das pessoas com deficiência depende não apenas da existência de marcos legais e políticas públicas, mas também da capacidade dos serviços de traduzir seus princípios em práticas incorporadas ao cotidiano do cuidado. No âmbito do SUS, universalidade, integralidade e equidade pressupõem respostas capazes de considerar diferentes necessidades e enfrentar barreiras que possam limitar a participação e o acesso efetivo aos serviços (BRASIL, 1990; BRASIL, 2015).

Nessa perspectiva, o Projeto Guarda-Chuva pode ser compreendido como estratégia de apoio à operacionalização desses princípios, ao organizar mecanismos para identificação antecipada de necessidades, comunicação das informações relevantes e adaptação das práticas assistenciais. Sua contribuição não está em estabelecer uma nova política de saúde, mas em oferecer uma estrutura metodológica que pode auxiliar equipes e instituições a transformar diretrizes de inclusão e acessibilidade em ações concretas no processo de cuidado.

A experiência reforça a necessidade de compreender as dificuldades enfrentadas no atendimento não apenas a partir das características individuais da pessoa com deficiência, mas também das barreiras presentes na relação entre usuário e serviço. A legislação brasileira reconhece que barreiras podem estar relacionadas à comunicação, à informação e às atitudes, entre outros aspectos, o que reforça a importância de considerar as condições produzidas pelo próprio contexto de atendimento (BRASIL, 2015). Situações de comunicação limitada, sofrimento diante de determinados estímulos ou dificuldade na realização de procedimentos podem ser influenciadas pelas condições ambientais, pela forma de comunicação, pela previsibilidade do atendimento e pela organização dos fluxos assistenciais.

DOI: 10.51161/iv-conasus/88797

Qualificar o cuidado significa, portanto, também modificar, quando possível, as condições do próprio serviço, criando recursos para que diferentes formas de comunicação e participação sejam reconhecidas e para que as equipes possam antecipar necessidades e adaptar suas práticas. O Projeto Guarda-Chuva insere-se nessa lógica ao propor que a identificação das necessidades da pessoa seja acompanhada pela identificação das barreiras produzidas ou agravadas pelo contexto assistencial.

Embora a experiência inicial tenha sido desenvolvida em contexto institucional específico, seus elementos estruturantes foram concebidos de modo a permitir adaptação a diferentes realidades assistenciais. A replicabilidade não pressupõe a reprodução integral de um único fluxo ou conjunto de procedimentos, mas a preservação de princípios centrais — identificação de necessidades, redução de barreiras, comunicação acessível, participação da família e organização das informações relevantes — associados à adequação dos instrumentos às características de cada serviço.

Assim, a experiência realizada em Itu pode ser compreendida como contexto inicial de desenvolvimento e aprendizagem, enquanto eventual ampliação da metodologia dependeria de adaptação local, pactuação institucional, capacitação das equipes e avaliação sistemática de sua implementação em diferentes cenários. Essa perspectiva dialoga com a organização da RCPD, que prevê a articulação de diferentes pontos de atenção à saúde das pessoas com deficiência no SUS (BRASIL, 2023).

Embora a experiência inicial tenha ocorrido em contexto hospitalar, os princípios do Projeto Guarda-Chuva não estão restritos à urgência ou à internação, podendo, mediante adaptação, dialogar com diferentes cenários assistenciais, incluindo atenção primária, atenção especializada e serviços de reabilitação. Sua eventual incorporação à rede, entretanto, não deve ser compreendida como simples adoção de instrumentos, mas como processo de qualificação do cuidado que requer análise dos fluxos locais, definição de responsabilidades, capacitação das equipes, integração das informações e avaliação sistemática da implementação.

A interpretação da experiência deve considerar que se trata de uma aplicação inicial, desenvolvida em contexto institucional específico e sem desenho comparativo. Assim, os achados observacionais não permitem estabelecer relações causais entre a utilização da metodologia e eventuais mudanças nos resultados assistenciais, tampouco generalizar seus achados para diferentes serviços ou populações.

Como continuidade, torna-se pertinente realizar estudos em diferentes pontos da Rede de Atenção à Saúde, com acompanhamento sistemático da implementação, definição de indicadores de processo e resultado, avaliação da experiência de usuários, familiares e profissionais e análise da sustentabilidade das estratégias incorporadas aos fluxos assistenciais. A produção de evidências em diferentes contextos poderá contribuir para determinar quais componentes da metodologia são essenciais e quais requerem adaptação local.

4 CONCLUSÃO

A experiência de desenvolvimento e aplicação inicial do Projeto Guarda-Chuva indica a possibilidade de utilizar uma metodologia estruturada para aproximar os princípios de equidade, acessibilidade e cuidado centrado na pessoa das práticas cotidianas dos serviços de saúde. Ao articular identificação de necessidades, redução de barreiras, comunicação, capacitação das equipes e organização das informações para o cuidado, a proposta busca incorporar a inclusão ao processo assistencial.

A experiência realizada em contexto hospitalar permitiu observar sua viabilidade operacional e produziu aprendizagens relevantes para o aperfeiçoamento dos instrumentos e

das estratégias de implementação. Embora os achados não permitam afirmar eficácia ou generalização para diferentes contextos, a proposta apresenta potencial para adaptação e investigação em outros pontos da Rede de Atenção à Saúde.

Nesse sentido, o Projeto Guarda-Chuva pode constituir estratégia metodológica a ser avaliada e aprimorada como apoio à qualificação do SUS para identificar e reduzir barreiras que dificultam o acesso, a participação e a segurança de crianças e adolescentes com deficiência no cuidado em saúde.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, 1988.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1990.

BRASIL. **Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015**. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Brasília, DF: Presidência da República, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 1.526, de 11 de outubro de 2023**. Altera as Portarias de Consolidação GM/MS nº 2, nº 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Pessoa com Deficiência (PNAISPD) e a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023.

FORMAÇÃO ESPECIALIZADA E VALORIZAÇÃO PROFISSIONAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: EVIDÊNCIAS E PERSPECTIVAS PARA UMA POLÍTICA PÚBLICA DE QUALIFICAÇÃO GRATUITA NO SUS

PATRÍCIA DE JESUS CIPRIANO; KALYNNE ALVES DA ROCHA; POLLYNNA TAIANA DE MORAIS SOUSA; THAMIRES MONTEIRO DOS SANTOS

RESUMO

A Atenção Primária à Saúde (APS) ocupa posição estratégica na organização do Sistema Único de Saúde (SUS), constituindo importante porta de entrada e espaço de coordenação do cuidado na Rede de Atenção à Saúde. Embora frequentemente denominada Atenção Básica, as ações desenvolvidas nesse nível de atenção apresentam elevada complexidade e exigem conhecimentos técnicos, científicos, sociais, epidemiológicos e relacionados à organização dos serviços. Nesse contexto, a qualificação profissional constitui elemento fundamental para uma atenção integral e resolutiva. Este estudo teve como objetivo analisar a produção científica e documentos institucionais relacionados à formação, educação permanente e qualificação dos profissionais para atuação na APS, discutindo a possibilidade de ampliação de políticas públicas de especialização gratuita para profissionais em início de trajetória no SUS. Trata-se de revisão narrativa da literatura, de caráter descritivo e reflexivo, complementada por análise documental de políticas públicas e iniciativas brasileiras relacionadas à formação e qualificação dos trabalhadores do SUS. A literatura evidencia a importância da Educação Permanente em Saúde articulada ao processo de trabalho e identifica diferentes estratégias públicas de formação, incluindo a Universidade Aberta do SUS, as residências em saúde e o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica. Também são observadas desigualdades territoriais na oferta de formação. A partir desses achados, discute-se uma política pública que amplie o acesso gratuito à formação especializada, especialmente para profissionais em início de carreira e territórios com maior necessidade de trabalhadores qualificados. Conclui-se que oportunidades de especialização gratuita, articuladas ao trabalho e orientadas pelas necessidades territoriais, podem contribuir para o desenvolvimento profissional, a valorização dos trabalhadores e o fortalecimento da APS no SUS.

Palavras-chave: Formação Profissional; Sistema Único de Saúde; Saúde Pública.

1 INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) ocupa posição estratégica na organização do Sistema Único de Saúde (SUS), constituindo importante porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde, além de exercer papel de coordenação do cuidado e ordenação das ações e serviços. A Política Nacional de Atenção Básica estabelece que esse nível de atenção envolve promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, cuidados paliativos e vigilância em saúde (Brasil, 2017). Assim, embora seja frequentemente utilizada a denominação Atenção Básica, a atuação na APS está longe de ser simples, pois envolve cuidado

DOI: 10.51161/iv-conasus/88800

integrado, gestão qualificada e responsabilidade sanitária sobre territórios definidos (Brasil, 2017).

Nesse contexto, a Educação Permanente em Saúde (EPS) constitui estratégia importante para o desenvolvimento profissional. Ferreira et al. (2019) identificaram experiências de aproximação entre ensino e serviço, uso de tecnologias e criação de espaços coletivos de aprendizagem, além de dificuldades na implementação da EPS e na diferenciação entre educação permanente e educação continuada. Para a enfermagem, essa discussão é especialmente relevante, considerando que o enfermeiro atua em assistência, gestão, educação em saúde, planejamento, vigilância e acompanhamento de indivíduos, famílias e comunidades.

A formação especializada em Saúde Coletiva, Saúde Pública ou Saúde da Família pode contribuir para o aprofundamento dessas competências. Entretanto, o acesso à formação complementar não ocorre de maneira homogênea. Sarmento et al. (2017) identificaram diferenças regionais na distribuição dos programas de Residência Multiprofissional em Saúde financiados pelo Ministério da Saúde, evidenciando desigualdades na oferta de formação.

O SUS já possui experiências de formação gratuita, como a Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS), além de estratégias que articulam formação e trabalho. O Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB), instituído pela Portaria Interministerial nº 2.087/2011, buscou valorizar, aperfeiçoar e promover educação permanente para profissionais da Atenção Básica, especialmente em áreas de difícil acesso, provimento ou maior vulnerabilidade (Brasil, 2011). Posteriormente, a Portaria Interministerial nº 3.031/2012 estabeleceu a participação dos profissionais do programa em curso de especialização em Saúde da Família por universidades públicas integrantes da UNA-SUS (Brasil, 2012).

Diante disso, torna-se relevante discutir a ampliação das oportunidades públicas de qualificação, sobretudo para profissionais recém-formados ou em início de carreira, que podem enfrentar obstáculos financeiros, geográficos e relacionados à disponibilidade de vagas. O objetivo deste estudo foi analisar a produção científica e documentos institucionais relacionados à formação, educação permanente e qualificação dos profissionais para atuação na APS, discutindo a possibilidade de ampliação de políticas públicas de especialização gratuita para profissionais em início de trajetória no SUS.

2 MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de revisão narrativa da literatura, de caráter descritivo e reflexivo, complementada por análise documental de políticas públicas e iniciativas brasileiras relacionadas à formação e qualificação dos trabalhadores do SUS. A escolha dessa abordagem decorreu da amplitude do tema, que envolve educação permanente, educação continuada, especialização, residência e políticas de desenvolvimento da força de trabalho.

A questão norteadora foi: quais evidências científicas e experiências brasileiras relacionadas à formação e qualificação profissional na APS podem subsidiar a discussão de uma política pública de especialização gratuita para profissionais em início de trajetória no SUS?

A busca foi orientada por termos relacionados à APS, Atenção Básica, Educação Permanente em Saúde, formação e qualificação profissional, especialização, residência multiprofissional, enfermagem, Saúde Coletiva, Saúde Pública, Saúde da Família, SUS e políticas públicas de formação.

Foram consideradas publicações científicas e documentos institucionais relacionados à temática, incluindo artigos científicos e documentos oficiais do Ministério da Saúde e da Universidade Aberta do SUS. Os materiais foram analisados por aproximação temática,

considerando: necessidades de formação na APS; educação permanente e desenvolvimento profissional; especialização e residência; acesso e desigualdade territorial; e formação gratuita e valorização profissional. Por se tratar de revisão narrativa e análise documental, não se buscou realizar metanálise ou estimativas quantitativas de efeito, mas reunir elementos capazes de subsidiar a reflexão proposta.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 Educação permanente e qualificação na Atenção Primária

A literatura analisada evidencia a Educação Permanente em Saúde como componente importante do desenvolvimento profissional na APS. Ferreira et al. (2019) identificaram experiências que aproximam ensino e serviço e favorecem espaços coletivos de aprendizagem. A qualificação, portanto, não deve ocorrer de forma desvinculada do cotidiano profissional, mas dialogar com situações concretas e necessidades do território (Ferreira et al., 2019).

Essa articulação encontra respaldo na Portaria GM/MS nº 8.284/2025, que estabelece a formação e a educação permanente como parte do processo de trabalho das equipes da APS, abrangendo temas relacionados à Atenção Primária, Saúde da Família, Saúde Coletiva, Saúde Pública e Rede de Atenção à Saúde (Brasil, 2025).

3.2 Complexidade do trabalho do enfermeiro

O enfermeiro exerce papel relevante na organização da APS, desenvolvendo atividades assistenciais, gerenciais, educativas, de planejamento, prevenção, promoção da saúde e vigilância. Essas atribuições exigem conhecimentos sobre políticas públicas, epidemiologia, território, gestão, determinantes sociais e organização dos serviços. Dessa forma, a atuação na APS não deve ser compreendida como de menor complexidade profissional, pois exige capacidade de compreender o indivíduo de maneira integral e articular diferentes necessidades de cuidado.

A especialização pode constituir instrumento de aprofundamento profissional, sem significar que a formação de graduação seja insuficiente. A graduação constitui a base da formação, enquanto a especialização e a educação permanente possibilitam continuidade e aprofundamento diante das necessidades específicas do SUS.

3.3 Experiências brasileiras de formação gratuita

A UNA-SUS demonstra a possibilidade de oferta pública e gratuita de formação voltada aos trabalhadores da saúde. As residências em saúde também aproximam ensino e serviço, embora a distribuição regional dos programas apresente diferenças que precisam ser consideradas na discussão sobre equidade. Sarmento et al. (2017) identificaram diferenças na distribuição dos programas de Residência Multiprofissional em Saúde financiados pelo Ministério da Saúde, evidenciando a dimensão territorial do acesso à formação.

O PROVAB constitui outra experiência relevante por associar atuação profissional na Atenção Básica à formação especializada. Em 2013, a UNA-SUS divulgou que 1.614 profissionais participariam de curso de especialização com foco na Atenção Básica do programa, sendo 1.167 enfermeiros e 410 cirurgiões-dentistas. O curso articulava atividades práticas nas unidades básicas de saúde e atividades acadêmicas a distância, desenvolvido por universidades públicas integrantes da UNA-SUS (Universidade Aberta do SUS, 2013). Essa experiência demonstra a viabilidade de articular trabalho, formação e política pública.

3.4 Desigualdade territorial e profissionais em início de carreira

O acesso à formação profissional relaciona-se às desigualdades territoriais. Regiões com maior concentração de instituições e programas podem oferecer mais oportunidades, enquanto outros territórios apresentam menor disponibilidade. A distribuição regional das residências descrita por Sarmento et al. (2017) reforça a necessidade de considerar o território no planejamento das políticas de formação.

Uma política pública deveria considerar não apenas o número de vagas, mas sua distribuição, priorizando territórios com maior necessidade de profissionais qualificados, segundo critérios como vulnerabilidade social, cobertura da APS, perfil epidemiológico, dificuldades de provimento e características geográficas. Nesse contexto, profissionais recém-formados ou em início de trajetória podem constituir público estratégico, especialmente pela transição entre formação acadêmica e realidade dos serviços.

A proposta discutida neste estudo consiste em articular ingresso no SUS, especialização gratuita, tutoria e acompanhamento profissional. Trata-se de proposição construída a partir da literatura e das experiências públicas identificadas, e não de uma política atualmente existente.

3.5 Formação especializada e valorização profissional

A valorização do trabalhador da saúde não deve ser compreendida apenas como questão salarial. O acesso à educação, à formação continuada e ao desenvolvimento profissional também pode constituir dimensão da valorização. Essa perspectiva encontra correspondência na concepção do PROVAB, instituído para valorizar, aperfeiçoar e promover educação permanente aos profissionais da Atenção Básica (Brasil, 2011).

Para a enfermagem, a formação especializada pode reconhecer a amplitude do trabalho desenvolvido na APS e ampliar conhecimentos para responder às necessidades da população. Assim, a especialização pode representar investimento simultâneo no trabalhador e no serviço, fortalecendo práticas e a capacidade de resposta das equipes.

3.6 Proposta de política pública de qualificação gratuita

A partir dos achados, propõe-se discutir uma política pública destinada a ampliar o acesso à formação especializada gratuita para profissionais em início de trajetória no SUS. O princípio central seria articular formação, trabalho e necessidades territoriais, priorizando profissionais recém-formados ou em início de carreira inseridos na APS. Para a enfermagem, poderiam ser contempladas especializações em Saúde da Família, Saúde Coletiva, Saúde Pública, Gestão da Atenção Primária e Vigilância em Saúde.

A distribuição das vagas deveria considerar necessidades dos municípios e regiões, utilizando indicadores de vulnerabilidade social, cobertura da APS, déficit de profissionais, perfil epidemiológico e características geográficas. O modelo poderia combinar educação a distância, encontros presenciais, tutoria, atividades no serviço e projetos de intervenção territorial. A formação seria financiada pelo poder público, ampliando o acesso de profissionais que não possuem condições financeiras de custear uma pós-graduação.

A proposta não pretende substituir as iniciativas existentes, mas ampliar e organizar possibilidades de acesso. A UNA-SUS e o PROVAB demonstram experiências de formação gratuita e articulação entre trabalho e educação (Brasil, 2011; Universidade Aberta do SUS, 2013; Universidade Aberta do SUS, 2026). Uma política dessa natureza poderia contribuir para o desenvolvimento e valorização dos profissionais, o aprimoramento das equipes e o fortalecimento da força de trabalho do SUS.

DOI: 10.51161/iv-conasus/88800

4 CONCLUSÃO

A presente revisão evidencia que a qualificação profissional constitui elemento estratégico para o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde. A literatura analisada demonstra a importância da Educação Permanente em Saúde e reforça que os processos formativos precisam estar articulados ao cotidiano dos serviços e às necessidades concretas da população.

O SUS possui experiências relevantes de formação gratuita, entre elas a Universidade Aberta do SUS, as residências em saúde e o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica). Portanto, a discussão apresentada não parte da inexistência de políticas públicas de formação, mas da necessidade de refletir sobre sua ampliação, organização e distribuição equitativa.

A especialização gratuita articulada ao trabalho na Atenção Primária pode constituir estratégia de desenvolvimento profissional, especialmente para trabalhadores em início de carreira e para territórios que apresentam maior necessidade de profissionais qualificados.

Para a enfermagem, essa discussão é particularmente importante diante da amplitude e complexidade das atribuições desenvolvidas na APS. O enfermeiro deve ser reconhecido não apenas pelas atividades assistenciais, mas também por sua participação na gestão, educação em saúde, vigilância, planejamento, acompanhamento de famílias e coordenação do cuidado.

Assim, investir na formação especializada desses profissionais significa também investir na qualidade da atenção oferecida à população. Uma política pública de especialização gratuita pode ser compreendida como possibilidade de fortalecimento da força de trabalho do SUS e de valorização profissional.

Sua implementação poderia considerar critérios territoriais, necessidades epidemiológicas, déficit de profissionais e condições socioeconômicas, buscando promover maior equidade no acesso à formação. A literatura sobre a distribuição dos programas de residência demonstra a pertinência de considerar a dimensão territorial no planejamento das oportunidades de formação.

Conclui-se que existe fundamento científico e institucional para aprofundar a discussão sobre políticas públicas de qualificação profissional no SUS e, particularmente, sobre estratégias que ampliem o acesso à formação especializada gratuita para profissionais em início de carreira na Atenção Primária à Saúde.

Mais do que oferecer um curso, a proposta representa a possibilidade de reconhecer que qualificar o profissional da Atenção Primária é também qualificar o cuidado oferecido à população e fortalecer o próprio SUS.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017:** aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 06 ago. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde**. Portaria GM/MS nº 8.284, de 30 de setembro de 2025**: altera o Anexo 1 do Anexo XXII da Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a formação e educação permanente em saúde na Atenção Primária à Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2025. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2025/prt8284_03_10_2025.html. Acesso em: 06 ago. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde; BRASIL. Ministério da Educação. **Portaria Interministerial nº 2.087, de 1º de setembro de 2011**: institui o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde; Ministério da Educação, 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/pri2087_01_09_2011.html. Acesso em: 06 ago. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde; BRASIL. Ministério da Educação. **Portaria Interministerial nº 3.031, de 26 de dezembro de 2012**: altera a Portaria Interministerial nº 2.087/MS/MEC, de 1º de setembro de 2011, que institui o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde; Ministério da Educação, 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/int3031_26_12_2012.html. Acesso em: 06 ago. 2026.

FERREIRA, Lorena; BARBOSA, Júlia Saraiva de Almeida; ESPOSTI, Carolina Dutra Degli; CRUZ, Marly Marques da. Educação permanente em saúde na atenção primária: uma revisão integrativa da literatura. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 120, p. 223-239, 2019. DOI: https://doi.org/10.1590/0103-1104201912017.

SARMENTO, Lidiane de Freitas et al. A distribuição regional da oferta de formação na modalidade Residência Multiprofissional em Saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 113, p. 415-424, 2017. DOI: https://doi.org/10.1590/0103-1104201711306.

UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS (UNA-SUS). **Curso de especialização em atenção básica do PROVAB tem aula inaugural**. Brasília, DF: UNA-SUS, 2013. Disponível em: https://www.unasus.gov.br/noticia/curso-de-especializacao-em-atencao-basica-do-provab-tem-aula-inaugural. Acesso em: 06 ago. 2026.

UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS (UNA-SUS). **Sobre os cursos**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2026. Disponível em: https://www.unasus.gov.br/cursos/sobre. Acesso em: 06 ago. 2026.

ADOECIMENTO BIOPSICOSSOCIAL DE TRABALHADORES DA SAÚDE EXPOSTOS À VIOLÊNCIA URBANA CRÔNICA NO RIO DE JANEIRO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA.

HELENA MARTINS DE MORAES DA COSTA

Introdução: O município do Rio de Janeiro enfrenta um panorama contemporâneo de fragilidade institucional e abandono que reverbera gravemente na segurança pública e na saúde coletiva. Nesse cenário, a violência urbana consolida-se como um determinante social de saúde (DSS) complexo e multifatorial. Os territórios vulnerabilizados são marcados pela coerção armada direta e ausência do Estado. Para os profissionais de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), essa exposição contínua gera um severo desgaste biopsicossocial, frequentemente silenciado na literatura científica acadêmica. **Objetivo**: Apresentar a experiência de trabalhadores de saúde expostos à violência urbana crônica no Rio de Janeiro, correlacionando suas vivências práticas com a fundamentação teórica sobre o adoecimento biopsicossocial em territórios conflagrados. **Relato de experiência**: O adoecimento do trabalhador da saúde pela violência urbana crônica ocorre de forma sistêmica, unindo as três dimensões biopsicossociais. No plano social, o profissional compartilha da vulnerabilidade territorial e do estigma que tenta naturalizar o sofrimento periférico, sofrendo com o abandono institucional e o silenciamento acadêmico que impedem o desenvolvimento de políticas eficazes de suporte. Biologicamente, esse estresse contínuo e a exposição ao perigo ativam sistematicamente a amígdala e o hipocampo, gerando reações automáticas de medo, agressividade e fadiga neuroadaptativa; isso causa hipoatividade no lobo frontal e prejudica o pensamento racional nas tomadas de decisão clínica. No nível psicológico, essa sobrecarga crônica culmina na "fadiga da violência". A naturalização do trauma e a consequente dessensibilização progressiva fragmentam a coesão social e deterioram gravemente a saúde mental do trabalhador. Diante de tamanha vulnerabilidade e escassez socioestrutural, restabelecer a dignidade humana no território conflagrado passa a ser o único e último recurso de cuidado viável. **Conclusão:** A naturalização de eventos críticos diários invisibiliza profundas fissuras subjetivas nos profissionais de saúde, reiterando que a plenitude da assistência prestada aos usuários do SUS está diretamente condicionada à preservação da integridade física, mental e social de quem presta a assistência direta. É urgente que a saúde pública formule estratégias de intervenção pactuadas com a realidade local de violência para conter o adoecimento mental crônico desses trabalhadores.

Palavras-chave: **VIOLÊNCIA URBANA; SAÚDE BIOPSICOSSOCIAL; SAÚDE DO TRABALHADOR**

DOI: 10.51161/iv-conasus/88802

ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA PREVEÇÃO DAS DOENÇAS BUCAIS

ISABELLA CRISTINA DE SOUZA CUNHA; LARA GABRIELLY PEREIRA MARRA; NÚBIA CRISTINA SILVA; PRISCILA FERREIRA DA SILVA

Introdução: A Atenção Primária à Saúde (APS) constitui a principal porta de entrada da população aos serviços de saúde e apresenta papel essencial na promoção da saúde e na prevenção das doenças bucais. A atuação da equipe de Saúde Bucal nesse nível de atenção possibilita o desenvolvimento de ações educativas, preventivas e assistenciais, contribuindo para a identificação precoce de alterações e para a redução de agravos que afetam a cavidade oral. **Objetivo:** O objetivo deste trabalho foi analisar a importância da Atenção Primária à Saúde na prevenção das doenças bucais, destacando as estratégias utilizadas pelos profissionais de Odontologia para promover a saúde e melhorar a qualidade de vida da população. **Metodologia:** Para a realização do estudo, foi desenvolvida uma revisão de literatura, utilizando como fontes de pesquisa o Conselho Regional de Odontologia (CRO), SciELO, BVS, OMS e Ministério da Saúde com seleção de materiais relacionados à prevenção, promoção da saúde, atenção primária e saúde bucal. **Resultados:** Os resultados encontrados demonstraram que ações como educação em saúde, orientação quanto à higiene oral, uso adequado do flúor, acompanhamento odontológico periódico, diagnóstico precoce e incentivo a hábitos saudáveis são importantes para reduzir a ocorrência de cárie dentária, doenças periodontais e outras alterações bucais. Além disso, a atuação integrada entre profissionais e comunidade favorece o acesso aos serviços odontológicos e fortalece o cuidado contínuo. **Conclusão:** Conclui-se que a APS tem um papel muito importante na prevenção das doenças dos dentes e na melhoria da qualidade de vida das pessoas. O trabalho da equipe de Saúde Bucal, com suas ações educativas, preventivas e assistenciais, ajuda as pessoas a ter hábitos saudáveis, fazer a limpeza dos dentes corretamente, usar o flúor da maneira certa e notar cedo qualquer mudança na boca. Essas coisas são muito importantes para diminuir o número de casos de cárie nos dentes, doenças nas gengivas e outros problemas. Além disso, a união entre profissionais, usuários, famílias e comunidade ajuda no acesso aos serviços dentários e fortalece a continuidade do cuidado. Desse modo, investir em prevenção e promoção da saúde bucal na APS é essencial para garantir uma assistência integral, acessível e humanizada.

Palavras-chave: **SAÚDE BUCAL; ATENÇÃO PRIMÁRIA; PREVENÇÃO**

DOI: 10.51161/iv-conasus/88803

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM PACIENTES COM EPILEPSIA NA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA EM AMBIENTE HOSPITALAR

BÁRBARA DE SOUZA RECHETELLO

Introdução: Epilepsia é uma doença cerebral definida como um distúrbio caracterizado pela predisposição persistente do cérebro em gerar crises epilépticas. Esta definição é usualmente aplicada de forma prática como a ocorrência de duas crises epilépticas não provocadas separadas por um intervalo superior a 24 h. A epilepsia é uma síndrome causada geneticamente ou resultado secundário de lesões do córtex, tais como as traumáticas, infecciosas ou tóxicas. A epilepsia é uma doença cerebral crônica, de causas múltiplas, caracterizada pela recorrência de crises epiléticas não provocadas, que leva a alterações neurobiológicas, cognitivas, psicológicas e sociais. **Objetivo**: O objetivo geral desta revisão é evidenciar como a enfermagem pode atuar frente a pacientes com epilepsia, reconhecendo o papel da enfermagem na assistência de cuidados na urgência e emergência no âmbito hospitalar, tendo como objetivo específico, o enfermeiro atuar de forma rápida para minimizar danos neurológicos. **Metodologia**: Este trabalho iniciou-se a partir da escolha do referido tema sendo um estudo de revisão bibliográfica, partindo do pressuposto de que ainda falta muita informação sobre epilepsia para a sociedade, e isso inclui profissionais da saúde. **Resultados**: O resultado desta revisão é promover que a enfermagem desenvolva habilidades técnicas e científicas no manejo de crises convulsivas nas pessoas com epilepsia em situações de urgência e emergência, destacando que a assistência prestada de forma adequada evitará sequelas e risco de morte súbita inesperada na epilepsia (SUDEP – Sudden Unexpected Death in Epilepsy). **Conclusão**: Percebeu-se que estudos sobre o papel da enfermagem ao paciente com epilepsia no atendimento de urgência e emergência em âmbito hospitalar encontram-se escassos. Além disso esta revisão destacou a importância da implementação de protocolos atualizados e padronizados para avaliação e tratamento dos pacientes, garantindo uma assistência de enfermagem de qualidade de cuidados prestados ao paciente com epilepsia. Faz-se necessária a realização de mais estudos sobre o papel da enfermagem, diante o atendimento aos diversos tipos de crises, garantindo desta forma melhor assistência ao paciente. O enfermeiro atuando com raciocínio clinico de forma sistematizada, evitará danos neurológicos a esses pacientes. A assistência de enfermagem prestada de forma adequada evitará sequelas e risco de morte súbita inesperada na epilepsia .

Palavras-chave: **ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM; EPILEPSIA; CRISE CONVULSIVA**

DOI: 10.51161/iv-conasus/88827

PERFIL DAS HOSPITALIZAÇÕES POR FRATURA DO FÊMUR EM IDOSOS RESIDENTES EM ALAGOAS ENTRE 2015 E 2025

LUIZ FELIPE ALVES DE SOUSA; VIVIAN PONTES ARAUJO SANTOS; DEBORA MARIA DA SILVA; MARIA CLARA BARROS COSTA; MATHEUS DA SILVA FARIAS; JOAO PEDRO PEREIRA DA SILVA; JOAO LUCAS NUNES SILVA

Introdução: As fraturas do fêmur constituem importante problema de saúde pública entre idosos, por estarem associadas à perda funcional, hospitalização, complicações e mortalidade. Em um contexto de envelhecimento populacional, conhecer o perfil dessas hospitalizações é relevante para o planejamento de ações preventivas e assistenciais no Sistema Único de Saúde. **Objetivo:** Descrever o perfil das hospitalizações por fratura do fêmur em idosos residentes em Alagoas entre 2015 e 2025, segundo distribuição temporal, faixa etária, sexo, mortalidade hospitalar e valor das internações. **Metodologia:** Estudo ecológico, descritivo, retrospectivo, de série temporal, realizado com dados secundários do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS), disponibilizados pelo DATASUS. Foram incluídas hospitalizações por fratura do fêmur de pessoas com 60 anos ou mais residentes em Alagoas, entre 2015 e 2025. Analisaram-se ano de atendimento, faixa etária, sexo, número de internações, óbitos, taxa de mortalidade hospitalar e valor total das internações, por meio de estatística descritiva. **Resultados:** Foram registradas 8.951 hospitalizações. O número anual passou de 640, em 2015, para 1.052, em 2025, correspondendo a aumento de 64,4%. As mulheres responderam por 70,4% das internações, e a faixa etária de 80 anos ou mais concentrou 45,6% dos registros. Ocorreram 340 óbitos hospitalares, com taxa de mortalidade de 3,80%. Entre os idosos com 80 anos ou mais, essa taxa foi de 5,47%, superior às observadas entre 60–69 anos (2,47%) e 70–79 anos (2,36%). O valor total registrado das internações foi de R$ 20,7 milhões, dos quais 47,4% corresponderam à faixa etária de 80 anos ou mais. **Conclusão:** As hospitalizações por fratura do fêmur em idosos aumentaram no período analisado e concentraram-se entre mulheres e indivíduos com 80 anos ou mais. A maior faixa etária também apresentou a maior mortalidade hospitalar e concentrou parcela expressiva do valor das internações. Os achados reforçam a relevância de estratégias de prevenção de fraturas e de qualificação da assistência à população idosa no SUS.

Palavras-chave: **FRATURA DO FÊMUR; IDOSO; HOSPITALIZAÇÃO**

DOI: 10.51161/iv-conasus/88837

ACOLHE+: PROTAGONISMO 60+ COMO ESTRATÉGIA DE HUMANIZAÇÃO E QUALIFICAÇÃO DA EXPERIÊNCIA DO USUÁRIO EM UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

JULIANA GIRÃO DE OLIVEIRA; JAIANA ALINE MEDEIROS; CRISTIANA BATISTA VIEIRA PINTO; ANDRESSA LIMA ALVES; BRUNA VANESSA DA SILVA MEIRELES; ILDEVANIA DA COSTA SILVA; MANOEL LUCAS GADELHA SOUSA.

RESUMO

A experiência do usuário em serviços de urgência é influenciada não apenas pela assistência clínica, mas também pela comunicação, acolhimento, orientação e compreensão dos fluxos assistenciais. Paralelamente, o envelhecimento populacional amplia a necessidade de iniciativas que reconheçam a autonomia, a participação social e as potencialidades das pessoas com 60 anos ou mais. Este estudo objetiva relatar a experiência de implantação do Projeto Acolhe+, iniciativa de inovação social que articula humanização, qualificação da experiência do usuário e protagonismo 60+. Trata-se de relato de experiência referente à implantação do projeto, iniciada em agosto de 2026 em uma Unidade de Pronto Atendimento do Ceará, definida como unidade piloto, com participação inicial de dois colaboradores 60+. A intervenção foi estruturada em cinco dimensões: acolhimento e orientação; comunicação humanizada e apoio emocional; monitoramento dos ambientes de espera; facilitação da comunicação entre usuários e equipe; e identificação de oportunidades de melhoria. Os agentes foram preparados para orientar pacientes e acompanhantes quanto aos fluxos da unidade, realizar escuta ativa, identificar situações de fragilidade, facilitar a comunicação com as equipes e registrar oportunidades de melhoria, preservando limites técnicos e assistenciais previamente definidos. Os resultados iniciais referem-se à implantação do modelo, incluindo definição de atribuições, capacitação dos agentes e sua inserção nos fluxos de acolhimento. Em razão do curto período de implementação, ainda não é possível atribuir efeitos sobre satisfação, reclamações ou outros indicadores assistenciais. Conclui-se que o Acolhe+ apresenta potencial como estratégia de humanização e inovação social, devendo ser acompanhado longitudinalmente para avaliação de seus resultados e eventual expansão institucional.

Palavras-chave: Longevidade; Experiência do paciente; Inovação social.

1 INTRODUÇÃO

Os serviços de urgência e emergência caracterizam-se por elevada circulação de pessoas, imprevisibilidade da demanda, diversidade de condições clínicas e necessidade de organização do atendimento segundo critérios de prioridade. Nesse contexto, pacientes e acompanhantes podem vivenciar ansiedade, insegurança, dificuldades para compreender os fluxos assistenciais e incertezas relacionadas às diferentes etapas do atendimento.

DOI: 10.51161/iv-conasus/88861

A experiência do usuário nesses serviços não é determinada exclusivamente pelos resultados clínicos. Revisão sistemática conduzida por Sonis et al. (2018) identificou comunicação, tempo de espera, empatia e compaixão entre os fatores mais frequentemente relacionados à experiência dos pacientes em departamentos de emergência. De forma convergente, Graham et al. (2019), em metassíntese qualitativa, destacaram aspectos relacionados à comunicação, às necessidades emocionais, à percepção de cuidado e ao ambiente assistencial. Estudos qualitativos também demonstram a relevância atribuída pelos usuários à compreensão do que ocorre durante o atendimento e das etapas subsequentes de sua trajetória no serviço (Bull et al., 2022).

No contexto brasileiro, a Política Nacional de Humanização (PNH) compreende o acolhimento como diretriz relacionada à escuta, ao reconhecimento do protagonismo dos sujeitos e à responsabilização pela resposta às necessidades dos usuários (Brasil, 2008). Essa concepção aproxima-se das denominadas tecnologias leves em saúde, constituídas no espaço relacional do cuidado e expressas por meio de acolhimento, vínculo, comunicação e interação entre trabalhadores e usuários (Franco; Bueno; Merhy, 1999).

A qualificação dessas relações adquire relevância particular nos serviços de urgência, nos quais o tempo de espera, a circulação entre diferentes ambientes e a dificuldade de acesso às informações podem interferir na percepção do cuidado. Estratégias destinadas a favorecer orientação, escuta e comunicação podem, portanto, constituir componentes complementares à assistência clínica, sem substituir as atribuições dos profissionais responsáveis pelo cuidado.

Paralelamente, o envelhecimento populacional amplia a necessidade de reconhecer as pessoas com 60 anos ou mais não apenas como destinatárias de políticas de proteção, mas também como sujeitos capazes de participação social e contribuição produtiva. No Brasil, o Estatuto da Pessoa Idosa estabelece princípios relacionados à dignidade, autonomia, participação e integração social (Brasil, 2003), enquanto a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa enfatiza a promoção da autonomia e da independência ao longo do processo de envelhecimento (Brasil, 2006).

A participação em atividades dotadas de propósito também tem sido relacionada ao bem-estar e à qualidade de vida de pessoas idosas. Revisão sistemática realizada por Owen, Berry e Brown (2022) identificou evidências relacionadas aos efeitos de atividades significativas sobre dimensões do bem-estar de pessoas mais velhas, reforçando a importância da participação social e da manutenção de papéis socialmente relevantes.

A aproximação entre esses dois desafios — qualificação da experiência dos usuários nos serviços de urgência e valorização da participação de pessoas 60+ — fundamentou a criação do Projeto Acolhe+, iniciativa do Instituto de Gestão e Cidadania (IGC). O projeto propõe a inserção de colaboradores com 60 anos ou mais em atividades de acolhimento, orientação e facilitação da comunicação entre usuários e serviços, preservando os limites técnicos e assistenciais das equipes de saúde.

Diante desse contexto, o objetivo deste trabalho é relatar a experiência de implantação do Projeto Acolhe+ em uma Unidade de Pronto Atendimento, considerando sua estruturação como estratégia de humanização, qualificação da experiência do usuário e valorização do protagonismo 60+.

2 RELATO DE EXPERIÊNCIA

O Projeto Acolhe+ foi implantado em 1º de agosto de 2026, tendo como unidade piloto a Unidade de Pronto Atendimento de Horizonte, no Ceará. A experiência inicial foi estruturada

DOI: 10.51161/iv-conasus/88861

com dois colaboradores com idade igual ou superior a 60 anos, selecionados para atuação específica no acolhimento, orientação e apoio comunicacional a pacientes e acompanhantes.

A implantação foi precedida pela definição das atribuições, dos limites de atuação e das competências necessárias ao exercício da função. A preparação dos agentes contemplou conteúdos relacionados à humanização, acolhimento, comunicação eficaz, escuta ativa, fluxos internos da unidade, postura ética, sigilo, segurança do paciente, biossegurança e abordagem de situações de conflito. O desenho formativo estabeleceu carga horária de 12 horas, incluindo atividades expositivas, simulações de situações e reconhecimento dos ambientes e pontos de atuação.

As atribuições foram delimitadas de forma a preservar as responsabilidades técnicas dos profissionais assistenciais. Os Agentes Acolhe+ não realizam procedimentos, não fornecem diagnósticos ou orientações clínicas, não interferem na classificação de risco e não participam das decisões assistenciais.

A atuação foi organizada em cinco dimensões inter-relacionadas: acolhimento e orientação; comunicação humanizada e apoio emocional; monitoramento dos ambientes de espera; facilitação da comunicação entre usuários e equipe; e experiência do usuário e melhoria contínua.

Na dimensão de acolhimento e orientação, os agentes recebem pacientes e acompanhantes, auxiliam na compreensão dos fluxos da unidade e realizam o direcionamento aos setores correspondentes. A comunicação humanizada e o apoio emocional envolvem escuta ativa, disponibilidade para esclarecimentos relacionados ao funcionamento do serviço e identificação de situações de insegurança ou fragilidade que necessitem ser comunicadas à equipe responsável.

O monitoramento dos ambientes de espera permite identificar dúvidas recorrentes, dificuldades de localização, necessidades de informação e outras situações que possam interferir na experiência do usuário. Na facilitação da comunicação, os agentes atuam como elo entre usuários e profissionais quando identificadas necessidades que demandem intervenção da equipe, sem assumir atribuições assistenciais.

A quinta dimensão relaciona-se à experiência do usuário e à melhoria contínua. Os agentes estimulam, de maneira voluntária, a participação dos usuários na pesquisa institucional de satisfação e registram percepções relacionadas às dificuldades encontradas, barreiras nos fluxos e oportunidades de aprimoramento dos processos.

A experiência foi concebida como piloto institucional, permitindo acompanhamento da implantação, identificação de necessidades de ajuste e avaliação progressiva de sua aplicabilidade antes de eventual expansão para outros equipamentos geridos pela organização.

Considerando o período recente de implantação, os resultados disponíveis correspondem predominantemente à estruturação do projeto. Entre eles destacam-se a definição do modelo de atuação, delimitação das atribuições e responsabilidades, seleção dos dois agentes, organização do processo de capacitação, inserção nos fluxos de acolhimento e estabelecimento de mecanismos para registro de percepções e estímulo à pesquisa de satisfação.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A implantação do Projeto Acolhe+ apresenta uma estratégia direcionada à dimensão relacional da experiência do usuário em serviços de urgência, sem modificar as responsabilidades clínicas das equipes ou os critérios de classificação de risco. A proposta parte do pressuposto de que a experiência assistencial é constituída não apenas pelos procedimentos

realizados e pelos resultados clínicos, mas também pela forma como o usuário é recebido, informado, orientado e acompanhado durante sua permanência no serviço.

Essa perspectiva encontra respaldo na literatura sobre experiência do paciente em serviços de emergência. Sonis et al. (2018), em revisão sistemática, identificaram comunicação, tempo de espera, empatia e compaixão entre os temas mais frequentemente associados à experiência do paciente. Graham et al. (2019) também demonstraram a relevância da comunicação, das necessidades emocionais, da percepção de cuidado e das condições relacionadas à espera. Bull et al. (2022), por sua vez, evidenciaram que compreender o que ocorre durante o atendimento e conhecer as próximas etapas da trajetória assistencial constituem elementos valorizados pelos usuários.

Nesse sentido, o Acolhe+ não pretende interferir diretamente no tempo real de espera ou nos processos clínicos, mas atuar sobre dimensões relacionais e informacionais da experiência durante esse período. A presença de agentes destinados à orientação e à facilitação da comunicação pode contribuir para reduzir lacunas informacionais e ampliar a compreensão dos usuários acerca dos fluxos do serviço. Entretanto, considerando o estágio inicial da experiência, essa contribuição constitui uma proposição a ser avaliada e não um resultado já demonstrado.

A intervenção também pode ser compreendida à luz das tecnologias leves em saúde. Franco, Bueno e Merhy (1999) destacam a centralidade das relações estabelecidas entre trabalhadores e usuários na produção do cuidado, particularmente por meio do acolhimento e do vínculo. Sob essa perspectiva, comunicação, escuta e interação constituem recursos relevantes no encontro entre o usuário e o serviço.

Essa concepção converge com a Política Nacional de Humanização, que compreende o acolhimento como postura ética presente nos encontros entre profissionais, usuários e serviços, não se restringindo a um espaço físico ou etapa específica do atendimento (Brasil, 2008). A atuação dos Agentes Acolhe+ procura incorporar essa dimensão ao percurso do usuário dentro da unidade, especialmente nos ambientes de espera e nos momentos de transição entre diferentes etapas do atendimento.

Um elemento particular da experiência é a participação de pessoas com 60 anos ou mais como protagonistas da intervenção. Em vez de considerar o envelhecimento exclusivamente sob a perspectiva das necessidades de cuidado, o projeto reconhece possibilidades de participação, autonomia e contribuição social dessa população. Essa orientação encontra respaldo no Estatuto da Pessoa Idosa (Brasil, 2003) e na Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (Brasil, 2006), que valorizam autonomia, dignidade, participação e integração social.

A inserção em atividades dotadas de significado também pode assumir relevância no processo de envelhecimento. Owen, Berry e Brown (2022), ao analisarem intervenções envolvendo atividades com propósito entre pessoas idosas, identificaram relações com diferentes dimensões do bem-estar e da qualidade de vida. No Acolhe+, entretanto, eventuais benefícios para os próprios agentes ainda não foram mensurados, constituindo uma dimensão relevante para avaliações futuras.

Sob a perspectiva da inovação social, a experiência apresenta uma solução organizacional que procura responder simultaneamente a necessidades relacionadas à experiência dos usuários e à participação social de pessoas 60+. O caráter inovador da iniciativa não decorre apenas da presença de pessoas idosas no serviço, mas da estruturação de uma função específica, com atribuições, limites, capacitação e integração aos fluxos institucionais.

Por se tratar de uma intervenção iniciada recentemente, é necessário distinguir resultados de implantação de resultados de efetividade. No período analisado, podem ser

demonstrados a estruturação do modelo, a seleção e preparação dos agentes, a definição das cinco dimensões de atuação e sua inserção nos fluxos de acolhimento. Não há, entretanto, período de acompanhamento suficiente para atribuir ao projeto aumento da satisfação dos usuários, redução de reclamações ou conflitos, melhoria da comunicação ou outros efeitos sobre indicadores da unidade.

Essa distinção é relevante para preservar a consistência metodológica do relato e orientar as próximas etapas de avaliação. O acompanhamento poderá incorporar indicadores quantitativos e qualitativos, incluindo experiência e satisfação dos usuários, natureza das abordagens realizadas, manifestações relacionadas à informação e comunicação, percepção das equipes, experiência dos próprios agentes, oportunidades de melhoria identificadas e mudanças implementadas a partir dessas observações.

A avaliação longitudinal também será necessária antes da expansão institucional do projeto. A replicabilidade deverá considerar não apenas a viabilidade operacional observada na unidade piloto, mas também características dos diferentes serviços, perfil dos usuários, fluxos assistenciais, capacidade de integração dos agentes às equipes e resultados obtidos ao longo do acompanhamento.

Assim, o Acolhe+ apresenta-se, neste estágio, como uma experiência de implantação que articula humanização, experiência do usuário, participação social e protagonismo 60+. Sua principal contribuição inicial consiste na estruturação de um modelo que utiliza a dimensão relacional do cuidado como espaço de atuação de pessoas mais velhas, estabelecendo atribuições e limites que preservam as responsabilidades clínicas e assistenciais.

4 CONCLUSÃO

A implantação do Projeto Acolhe+ possibilitou estruturar uma estratégia que aproxima a qualificação da experiência do usuário em serviços de urgência da valorização da participação social e do protagonismo de pessoas com 60 anos ou mais.

A experiência piloto demonstrou viabilidade operacional inicial para inserção de Agentes Acolhe+ nos fluxos de uma Unidade de Pronto Atendimento, com atribuições relacionadas ao acolhimento, orientação, escuta, apoio comunicacional, identificação de dificuldades e registro de oportunidades de melhoria, preservando-se os limites técnicos e assistenciais das equipes de saúde.

A principal contribuição da experiência reside na articulação entre humanização do cuidado, experiência do usuário e protagonismo 60+, estruturada em um modelo com atribuições, limites de atuação, capacitação e mecanismos de acompanhamento definidos institucionalmente.

Entretanto, por se tratar de experiência recentemente implantada, os resultados disponíveis são predominantemente relacionados ao processo de implementação. Ainda não é possível estabelecer efeitos sobre satisfação, comunicação, manifestações dos usuários ou outros indicadores assistenciais.

O acompanhamento longitudinal deverá subsidiar a avaliação da efetividade e do aperfeiçoamento do modelo, incluindo a perspectiva dos usuários, das equipes e dos próprios agentes. A eventual expansão para outros equipamentos deverá ser orientada pelas evidências produzidas na experiência piloto e pelas particularidades dos diferentes contextos assistenciais.

DOI: 10.51161/iv-conasus/88861

REFERÊNCIAS

BRASIL. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. **Dispõe sobre o Estatuto da Pessoa Idosa e dá outras providências.** Brasília, DF: Presidência da República, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. **Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília**, DF: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização.** HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4. ed. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2008.

BULL, C.; LATIMER, S.; CRILLY, J.; SPAIN, D.; GILLESPIE, B. M. 'I knew I'd be taken care of': exploring patient experiences in the Emergency Department. **Journal of Advanced Nursing**, v. 78, n. 10, p. 3330-3344, 2022.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 15, n. 2, p. 345-353, 1999.

GRAHAM, B.; ENDACOTT, R.; SMITH, J. E.; LATOUR, J. M. 'They do not care how much you know until they know how much you care': a qualitative meta-synthesis of patient experience in the emergency department. **Emergency Medicine Journal**, v. 36, n. 6, p. 355-363, 2019.

OWEN, R.; BERRY, K.; BROWN, L. J. E. Enhancing older adults' well-being and quality of life through purposeful activity: a systematic review of intervention studies. **The Gerontologist**, v. 62, n. 6, p. e317-e327, 2022.

SONIS, J. D.; AARONSON, E. L.; LEE, R. Y.; PHILPOTTS, L. L.; WHITE, B. A. Emergency Department Patient Experience: a systematic review of the literature. **Journal of Patient Experience**, v. 5, n. 2, p. 101-106, 2018.

DOI: 10.51161/iv-conasus/88861

DA HABILITAÇÃO DO SERVIÇO AO DIREITO AO CUIDADO INTEGRAL: TRAJETÓRIA NORMATIVA DA ATENÇÃO ÀS FISSURAS LABIOPALATINAS NO BRASIL

ARTHUR DA CROCE DA SILVA; MARIANGELA MONTEIRO DE MELO BALTAZAR

Introdução: A reabilitação das pessoas com fissuras labiopalatinas exige atenção multiprofissional, longitudinal e articulada em rede. No Brasil, essa assistência foi progressivamente estruturada por normas constitucionais, legais e infralegais, observando-se distinção entre dispositivos destinados à organização da oferta especializada e aqueles que explicitam o direito ao cuidado integral. **Objetivo:** Analisar os principais marcos legais e infralegais relacionados à atenção às fissuras labiopalatinas no Brasil, identificando suas contribuições para a organização do cuidado no SUS e lacunas relevantes para o fortalecimento das políticas públicas. **Metodologia:** Estudo documental, descritivo e analítico, baseado em atos normativos e documentos oficiais brasileiros relacionados direta ou indiretamente à atenção à pessoa com fissura labiopalatina. Foram consideradas a Constituição Federal, legislação federal, decretos, portarias do Ministério da Saúde e documentos oficiais do CNES/DATASUS, analisados segundo os eixos direito à saúde e integralidade, organização da atenção especializada, normas específicas, reconhecimento do direito ao cuidado integral e desafios de implementação e regionalização. **Resultados:** A Portaria SAS/MS nº 62/1994 constituiu marco federal específico ao estabelecer normas para cadastramento de hospitais destinados à reabilitação estético-funcional da malformação labiopalatal. Seguiu-se período de 31 anos no qual a assistência permaneceu sustentada por normas gerais do SUS e atos administrativos, sem ausência de regulamentação, porém sem novo marco legal federal específico de amplitude equivalente. Em 2025, a Lei nº 15.133 representou inflexão ao explicitar o direito à cirurgia reconstrutiva, ao tratamento pós-cirúrgico integral e ao encaminhamento para serviço especializado. **Conclusão:** A trajetória normativa evidencia transição de uma lógica predominantemente orientada à organização da oferta especializada para a explicitação legal do direito ao cuidado integral. Os avanços normativos observados contrastam com desafios de implementação relacionados à regionalização, capacidade instalada, financiamento e longitudinalidade do cuidado.

Palavras-chave: **FISSURA LABIOPALATINA; POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE; LEGISLAÇÃO SANITÁRIA**

DOI: 10.51161/iv-conasus/88876

O IMPACTO DA ROTINA DE ENSINO MÉDIO NA QUALIDADE DE VIDA DE PROFESSORES DA REDE PÚBLICA E PARTICULAR

JÚLIA AMARAL MONTEIRO; EDUARDO LOPES DE PAULA; JHULYA FHABIAN PEREIRA SOUZA; LÍVIA FERNANDA DOS REIS; MARIA EDUARDA LEAL; MARIA EDUARDA SIQUEIRA OLIMPIO

Introdução: A rotina docente no Ensino Médio envolve demandas pedagógicas, relacionais e institucionais que podem repercutir na qualidade de vida e na saúde mental e física dos professores. A sobrecarga de trabalho, as cobranças por resultados, a remuneração percebida como insuficiente e a dificuldade de conciliar as demandas profissionais e pessoais constituem aspectos relevantes para compreender a experiência desses profissionais. **Objetivo**: Identificar características da rotina profissional de professores do Ensino Médio das redes pública e particular, investigando suas principais dificuldades, nível de satisfação e impactos do cotidiano docente sobre a qualidade de vida e a vida pessoal. **Metodologia:** Foi realizada uma pesquisa básica, descritiva e exploratória, de abordagem quali-quantitativa, com seis professores do Ensino Médio, sendo três da rede pública e três da rede particular, todos com no mínimo cinco anos de atuação. Foram utilizados questionário sociodemográfico, WHOQOL e entrevista semiestruturada. Os dados das entrevistas foram transcritos, categorizados e analisados, enquanto os resultados do WHOQOL foram organizados nos domínios físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. **Resultados:** Dos participantes, 66% relataram já ter vivenciado episódios de *burnout*. No WHOQOL, a rede pública apresentou média geral de qualidade de vida de 78,1, enquanto a rede particular apresentou 63,5. A maior diferença ocorreu no domínio psicológico, com médias de 84,7 e 55,5, respectivamente. As entrevistas evidenciaram sobrecarga, dificuldades de valorização e remuneração, cobranças por metas e dificuldades de equilíbrio entre vida profissional e pessoal. Apesar disso, os professores relataram satisfação relacionada à realização pessoal, ao vínculo com os alunos e à contribuição social da profissão. **Conclusão:** Os resultados indicam que a rotina docente pode repercutir significativamente na qualidade de vida dos professores, especialmente diante da sobrecarga, das cobranças institucionais e das dificuldades de conciliação entre trabalho e vida pessoal. A Psicologia apresenta-se como campo relevante para compreender essas demandas e contribuir para estratégias de enfrentamento, melhoria das condições de trabalho e valorização profissional.

Palavras-chave: **ENSINO MÉDIO; PROFESSORES; QUALIDADE DE VIDA**

DOI: 10.51161/iv-conasus/88900

QUALIDADE DE VIDA SOCIOEMOCIONAL DE TRABALHADORAS DO SEXO

JÚLIA AMARAL MONTEIRO; EDUARDO LOPES DE PAULA; LIZ ROCHA AMARO; LÍVIA FERNANDA DOS REIS; MARIA EDUARDA LEAL; MARIA EDUARDA SIQUEIRA OLIMPIO

Introdução: O trabalho sexual permanece atravessado por processos de estigmatização, marginalização social, violência e dificuldades de acesso a direitos e serviços de saúde. Essas condições podem repercutir na qualidade de vida socioemocional das trabalhadoras do sexo, especialmente em aspectos relacionados à saúde mental, às relações sociais e ao acesso a redes de proteção e cuidado. **Objetivo:** Analisar, a partir da literatura científica, os fatores sociais, psicológicos e estruturais relacionados à qualidade de vida socioemocional de trabalhadoras do sexo, considerando situações de vulnerabilidade, estigma, violência, acesso aos serviços de saúde e estratégias de enfrentamento. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa qualitativa, fundamentada em levantamento bibliográfico de produções científicas relacionadas ao trabalho sexual, saúde mental, vulnerabilidade social e políticas públicas. Foram analisados estudos que abordam as condições sociais e psicológicas vivenciadas por trabalhadoras do sexo, buscando identificar aspectos recorrentes relacionados à qualidade de vida socioemocional e às formas de cuidado direcionadas a essa população **Resultados:** A literatura analisada evidencia que trabalhadoras do sexo estão expostas a diferentes formas de violência, preconceito, exclusão social e precarização das condições de trabalho, fatores associados ao sofrimento psíquico e à ocorrência de transtornos mentais comuns. Também foram identificadas dificuldades de acesso aos serviços públicos de saúde, marcadas por estigmatização e práticas de cuidado frequentemente concentradas na prevenção de Infecções Sexualmente Transmissíveis, com menor atenção às demandas de saúde mental e ao cuidado integral. Os estudos também apontam a presença de estratégias de enfrentamento diante das adversidades e a importância das redes de apoio. **Conclusão:** A qualidade de vida socioemocional das trabalhadoras do sexo é atravessada por fatores individuais, sociais e estruturais, não podendo ser compreendida de forma dissociada do estigma, da violência, das desigualdades e das barreiras institucionais. Os achados reforçam a necessidade de ampliar a visibilidade dessa população e de desenvolver práticas de cuidado mais humanizadas, inclusivas e voltadas à integralidade da saúde.

Palavras-chave: **QUALIDADE DE VIDA; SAÚDE MENTAL; TRABALHO SEXUAL**

DOI: 10.51161/iv-conasus/88901

DIÁLOGOS SOBRE LUTO E AUTONOMIA: INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA COM PACIENTES AMPUTADOS EM UM HOSPITAL GERAL DE MANAUS

ANA CAROLINE ROCHA; ALEXSANDER LOPES DOS SANTOS; GIOVANNA VICTORIA DE LIMA VILLAR; JOSÉ FERNANDO RIBEIRO SARMENTO; KAROLLAYNE DUTRA DO NASCIMENTO; GEOVANA PEDROSA FERREIRA

RESUMO

O presente estudo consiste em um relato de experiência decorrente do Estágio Curricular em Psicologia, realizado por discentes do Centro Universitário do Norte (UniNorte) no Hospital Geral Dr. Geraldo da Rocha (HGGR), em Manaus-AM. A intervenção objetivou promover o suporte emocional, o acolhimento do luto e o fortalecimento de recursos adaptativos em pacientes hospitalizados por agravos vasculares em vias de amputação ou pós-operatório imediato, bem como em seus acompanhantes. Em razão das restrições de mobilidade e do rigor da rotina hospitalar, a vivência prática exigiu uma readequação metodológica do setting terapêutico, migrando do formato em rodas de conversa para atendimentos individualizados à beira-leito. Durante os atendimentos, utilizou-se como ferramenta central a dinâmica "Painel das Cores das Virtudes", associada à escuta clínica qualificada. Os resultados evidenciaram que o resgate biográfico e a identificação de potencialidades remanescentes auxiliaram no redirecionamento do foco atencional, na reestruturação de esquemas cognitivos disfuncionais e na elaboração do luto simbólico pela perda do membro. Assim, a intervenção propôs uma mudança da lógica biomédica, centrada na ferida cirúrgica, para uma visão holística que considera a integridade da pessoa. Ademais, através da fixação dos cartões com virtudes nos leitos fortaleceu a dimensão vincular e a rede de apoio na enfermaria. Conclui-se que a flexibilização ética e técnica da práxis preservou a intimidade e a dignidade dos sujeitos na clínica da urgência, demonstrando a relevância da atuação psicológica humanizada na atenção hospitalar do Sistema Único de Saúde (SUS) e reafirmando a função social da Psicologia em transformar cenários tornando-os propícios ao acolhimento, à elaboração subjetiva e à projeção de perspectivas para o período pós-alta.

Palavras-chave: AMPUTAÇÃO; PSICOLOGIA HOSPITALAR; RELATO DE EXPERIÊNCIA.

1 INTRODUÇÃO

O estágio curricular em Psicologia Hospitalar constitui um campo fundamental de aprendizagem prática, permitindo que o discente articule os aportes teóricos à complexidade do ambiente hospitalar de média e alta complexidade. A partir dessa vivência, a atuação psicológica acolhe as demandas subjetivas desencadeadas pelo adoecimento, pela internação e por procedimentos cirúrgicos invasivos, como as amputações de membros. Nesse contexto, o presente trabalho relata a experiência de intervenção de cinco acadêmicos do Centro Universitário do Norte (UniNorte) no Hospital Geral Dr. Geraldo da Rocha (HGGR). A

unidade hospitalar é parte integrante da rede SES-AM em Manaus, especializada em cirurgia vascular e atua como retaguarda regulada para a rede estadual de urgência e emergência.

A justificativa desta intervenção fundamenta-se no impacto do trauma cirúrgico, visto que a amputação impõe ao indivíduo uma ruptura na imagem corporal e na funcionalidade, exigindo reestruturação psíquica sob risco de lutos não elaborados e isolamento (Schilder, 1999; Simonetti, 2004). Diante da vulnerabilidade socioeconômica e emocional da população assistida, a atuação psicológica, aliada ao fortalecimento da rede de apoio e da vivência comunitária na enfermaria (Pichon-Rivière, 2000), torna-se vital para mediar o sofrimento e preservar a identidade do sujeito.

Frente a esse cenário, o objetivo central deste estudo foi promover um espaço de suporte emocional e acolhimento para pacientes amputados, auxiliando-os no processo de elaboração do luto simbólico e no resgate da identidade pessoal. Para este fim utilizou-se da técnica "Painel das Cores das Virtudes" à beira-leito para identificar recursos de resiliência e facilitar a expressão de sentimentos relacionados à perda do membro.

O projeto adotou uma abordagem qualitativa através de objetivos descritivo-explicativos, configurando-se sob o delineamento de uma pesquisa-ação com foco em intervenção hospitalar. Esse formato se alinha à definição de Minayo (2009, p. 21), segundo a qual a pesquisa qualitativa trabalha com o universo dos significados, dos motivos e das aspirações, o que corresponde a "um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos".

2 RELATO DE EXPERIÊNCIA

A execução do projeto de estágio ocorreu em dois encontros presenciais consecutivos, realizados em sábados subsequentes, nas unidades de internação do Hospital Geral Dr. Geraldo da Rocha (HGGR). Esta instituição desempenha função primordial na rede de saúde local como unidade de retaguarda para os hospitais estaduais de urgência e emergência, centrando sua atuação na assistência a pacientes clinicamente estáveis. O HGGR consolida-se como referência regional no acompanhamento de lesões vasculares e quadros clínicos diversificados, ofertando serviços regulados de clínica médica, cirurgia vascular, anestesiologia e procedimentos cirúrgicos de pequeno porte (AMAZONAS, 2026).

Durante o contato inicial com as enfermarias do local, identificou-se que a maioria dos pacientes vivenciava a iminência ou o pós-operatório imediato de amputação de membros. Esse cenário deflagrou respostas psíquicas heterogêneas, variando entre estratégias de enfrentamento adaptativas, estados de vulnerabilidade emocional e a repressão dos afetos (FOLKMAN, S.; LAZARUS, 1980), sob um contexto em que a dor física frequentemente se sobrepunha às narrativas singulares dos sujeitos .

O planejamento metodológico inicial da intervenção previa a realização de rodas de conversa estruturadas na metodologia de Grupos Operativos baseando-se na estrutura proposta por Pichon-Rivière (2000) em uma área comunitária do hospital. Contudo, a aplicação prática confrontou-se com as restrições físico-estruturais e operacionais da rotina hospitalar, marcadas pela limitação de mobilidade dos pacientes recém-operados, pela rotina contínua de curativos e pelo rigoroso cumprimento dos horários de medicação e procedimentos de enfermagem.

Diante desse cenário, o grupo de discentes precisou realizar uma rápida readequação metodológica, descentralizando a atuação coletiva para o atendimento individualizado à beira-leito. De forma a subsidiar os primeiros atendimentos, utilizou-se a dinâmica "O Painel das Cores das Virtudes", constituída por cartões coloridos contendo qualidades e recursos

pessoais. Assim, cada paciente foi convidado a selecionar a virtude com a qual mais se identificava ou que se fazia presente durante o processo de hospitalização.

Através desta ferramenta, oportunizou-se o diálogo com os enfermos sobre sua trajetória pessoal, identificando qualidades, habilidades, papéis sociais e estratégias de superação prévias. Mediante a autorização do paciente, o cartão escolhido era fixado junto ao leito, funcionando como um suporte visual contínuo de suas potencialidades. Cabe destacar que a dinâmica estendeu-se também aos acompanhantes e familiares presentes, ampliando a rede de apoio e a dimensão vincular da intervenção. Nesse primeiro momento, foram contemplados cerca de oito pacientes.

No segundo encontro, priorizou-se a escuta clínica qualificada à beira-leito, com foco no conteúdo manifesto dos pacientes. Durante este momento, as ações foram expandidas por meio de visitas a novas enfermarias e da reavaliação dos pacientes atendidos anteriormente, respeitando-se as condições clínicas e a disponibilidade de cada sujeito, totalizando cinco pacientes assistidos. No decorrer da escuta, observou-se como núcleos temáticos: a vida cotidiana anterior à internação e a patologia, recursos de enfrentamento, destacando-se o suporte familiar e a expectativa de alta hospitalar, desafios na adaptação durante a internação e tratamento, além dos ruídos na comunicação com a equipe multiprofissional de saúde.

Os principais entraves operacionais nesse período decorreram das oscilações no estado clínico dos pacientes, caracterizadas por quadro de dores físicas, resistência ao atendimento ou necessidade da realização de procedimentos médicos. Além disso, surgiram também limitações físicas inerentes ao leito hospitalar, tais como a circulação constante de profissionais da enfermagem e a ausência de uma privacidade absoluta.

3 DISCUSSÃO

A análise desta intervenção realizada no Hospital Geral Geraldo da Rocha demonstra que a amputação de um membro transcende a estrutura puramente orgânica e o protocolo biomédico, configurando-se como uma ruptura no cotidiano e singularidade do paciente. Segundo Simonetti (2004), o adoecimento agudo retira o indivíduo de suas rotinas familiares e sociais de forma abrupta, provocando uma fratura na identidade. Sob o referencial psicanalítico e psicomotor de Schilder (1999), a perda anatômica desestrutura o esquema corporal, gerando um descompasso entre a nova realidade física e a imagem psíquica retida pelo cérebro.

Nesse panorama, a intervenção psicológica deste projeto atuou diretamente na mediação do luto simbólico (SILVA, 2021), permitindo que os pacientes nomeassem suas angústias e ressignificassem a amputação enquanto uma perda parcial e não o fim de sua subjetividade diante da hospitalização prolongada. Desta forma, a Psicologia buscou oferecer um espaço de escuta ativa e acolhimento da subjetividade, propondo o resgate da trajetória de vida, do sentido valorativo e protagonismo existencial de cada paciente assistido (OLIVEIRA, 2018).

A transição da roda de conversa para o atendimento individualizado à beira-leito reflete os preceitos da Psicoterapia Breve que exige a flexibilização do setting terapêutico para responder às demandas operacionais e clínicas do contexto hospitalar (SIMON, 2011). Conforme enfatizado por Angerami-Camon (2020), a atuação no contexto de média complexidade hospitalar requer flexibilidade técnica para proteger a identidade do sujeito contra o rigor da rotina institucional. Dessa forma, mesmo perante as limitações físico-ambientais e a mitigação da privacidade, a escuta ativa e centrada na pessoa (ROGERS,1977) assegurou o sigilo, a intimidade e a dignidade na clínica da urgência.

Por fim, o uso do "Painel das Virtudes" sustentou-se nos princípios da Terapia

Cognitivo-Comportamental (Beck et al., 1997; Knapp, 2004) funcionando como ferramenta terapêutica no combate à tríade cognitiva negativa caracterizada por percepções negativas de si, do mundo e do futuro, redirecionando a atenção do paciente da limitação física para os seus recursos saudáveis remanescentes. Ao fixar no leito os cartões apontando qualidades, as potencialidades e a história daquele indivíduo, a intervenção propôs uma mudança da lógica biomédica, centrada na ferida cirúrgica, para a integridade da pessoa (ANGERAMI-CAMON,2020).

Em suma, a experiência de estágio demonstrou que o saber psicológico ganha efetividade e legitimidade quando colocado em diálogo com a resiliência observada no contexto assistencial. Considerando os determinantes sociais e as vulnerabilidades estruturais de Manaus, a capacidade de enfrentamento demonstrada pelos sujeitos internados no Hospital Geraldo da Rocha, reitera o compromisso ético e político da Psicologia enquanto ciência e profissão alinhada ao fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS). Como menciona Bock (2003) a práxis psicológica deve ser "comprometida com a transformação das condições de vida e a garantia dos direitos fundamentais da população". Ao conciliar o rigor metodológico à humanização do cuidado, a Psicologia cumpre sua função social: transformar cenários marcados pela dor e pelo trauma físico em espaços propícios ao acolhimento, à elaboração subjetiva e à projeção de perspectivas para o período pós-alta.

4 CONCLUSÃO

A execução do projeto de estágio no Hospital Geral Dr. Geraldo da Rocha (HGGR) demonstrou a efetividade da articulação entre os referenciais teóricos da Psicologia Hospitalar e a práxis no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). O estudo cumpriu seu objetivo ao promover o acolhimento, a facilitação do processo de luto e o resgate da autonomia dos pacientes hospitalizados no local. A vivência em campo confirmou que a amputação transcende a dimensão cirúrgica, desencadeando desorganização na imagem corporal, no esquema psíquico e na identidade do sujeito.

Os achados da intervenção evidenciaram a relevância da flexibilidade metodológica na atenção hospitalar de média complexidade. A inviabilidade de realizar rodas de conversa em grupo exigiu a readequação da práxis para o atendimento individualizado à beira-leito. Essa flexibilização do setting preservou o rigor ético, o sigilo e a segurança, assegurando a intimidade e a dignidade do paciente. Como resultado, a aplicação da dinâmica "O Painel das Cores das Virtudes" mostrou-se eficaz ao redirecionar o foco atencional da lesão física para os recursos adaptativos remanescentes.

Não obstante os resultados alcançados, cumpre destacar as limitações deste estudo, tais como a temporalidade circunscrita da inserção em campo, delimitada ao período de estágio, as restrições físico-estruturais de privacidade nas enfermarias e a impossibilidade de acompanhamento longitudinal pós-alta para avaliação da reabilitação funcional e psíquica. Como desdobramentos e recomendações, sugere-se a importância das rotinas de acolhimento psicológico voltadas aos leitos do HGGR. Ademais, fomenta-se a realização de novas pesquisas qualitativas acerca das vivências do luto decorrente do processo de amputação no contexto epidemiológico regional, bem como o aprimoramento dos fluxos de encaminhamento entre o serviço hospitalar e a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para a garantia da integralidade do cuidado no território.

REFERÊNCIAS

AMAZONAS. Secretaria de Estado de Saúde. **Hospital Geral Dr. Geraldo da Rocha**. Manaus: SES-AM, 2026. Disponível em: https://www.saude.am.gov.br/unidades-de-saude/hospital-geral-dr-geraldo-da-rocha. Acesso em: 4 abr. 2026.

ANGERAMI-CAMON, V. A. **E a Psicologia entrou no Hospital**. Belo Horizonte: Artesã, 2020.

ARTÊRO, P. T. Metodologia científica: Fundamentos, caminhos e implicações epistemológicas. **International Integralize Scientific**, v. 5, n. 50, p. 1-15, 2025.

BECK, A. T.; RUSH, A. J.; SHAW, B. F.; EMERY, G. **Terapia cognitiva da depressão**. Porto Alegre: Artmed, 1997.

BOCK, Ana Mercês Bahia (org.). **Psicologia e o compromisso social**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2003.

FOLKMAN, S.; LAZARUS, R.S. An analysis of coping in a middle-aged community sample. **Journal of health and social behavior**, p. 219-239, 1980.

KNAPP, P. **Terapia Cognitivo-Comportamental na Prática Psiquiátrica**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

MINAYO, M. C. S. (org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 28. ed. Petrópolis: Vozes, 2009.

OLIVEIRA, M. J. S.; SOUZA, A.; CALVETTI, P. Ü.; FILIPPIN, L. I. A escuta ativa como estratégia de humanização da assistência em saúde. **Revista Saúde e Desenvolvimento Humano**, Canoas, v. 6, n. 2, p. 33-38, 2018.

PICHON-RIVIÈRE, E. **O processo grupal**. 6. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

ROGERS, C. R. **A pessoa como centro**. São Paulo: EPU, 1977.

SCHILDER, P. **A imagem do corpo: as energias constitutivas da psique**. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

SILVA, J. H. N. **Luto em pessoas com membros amputados**. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Psicologia) – Centro Universitário Estácio Recife, Recife, 2021.

SIMON, R. **Psicoterapia Breve Operacionalizada**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011.

SIMONETTI, A. **Manual de psicologia hospitalar: o mapa da doença**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

INSTITUIÇÕES RELIGIOSAS E O ACOLHIMENTO DE PESSOAS EM SITUAÇÃO DE REFÚGIO: CONTRIBUIÇÕES PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE E DO CUIDADO

PAULA LORENA TELES DA SILVA; KAYNÃ DE ARAUJO PIMENTEL

Introdução: Pessoas em situação de situação de refúgio e de vulnerabilidade enfrentam desafios relacionados à adaptação ao país de acolhimento, devido às barreiras linguísticas e culturais, à inserção social, ao acesso a serviços, a políticas públicas, à saúde, incluindo a saúde mental. Nesse contexto, instituições religiosas e Organizações Não Governamentais (ONGs) constituem espaços de acolhimento e de construção de redes de apoio. **Objetivo:** Relatar a experiência de estágio em Psicologia Institucional, compreendendo a atuação de uma instituição de caráter religioso no acolhimento de pessoas em situação de vulnerabilidade, considerando demandas de saúde, cuidado e integração social. **Relato de experiência:** A experiência ocorreu em uma ONG do município de São Paulo, instituição vinculada à atuação religiosa e voltada ao acolhimento e à integração de imigrantes, refugiados e pessoas em situação de vulnerabilidade, realizada entre março e novembro de 2025. A inserção no campo ocorreu por meio de observação participante, escuta ativa, entrevistas abertas, rodas de conversa e reuniões com profissionais, voluntários e coordenação institucional. Foram identificadas dificuldades na construção de redes de apoio e no acesso a informações e serviços, com possíveis repercussões na saúde mental e na integração social. A atuação institucional demonstrou a importância da articulação entre assistência, voluntariado e acolhimento, bem como dificuldades burocráticas no acesso às políticas públicas e resistência institucional religiosa diante das diversas necessidades apresentadas, apesar das ações de assistência. Também foram observadas necessidades de acolhimento e atenção às dimensões subjetivas e sociais, evidenciando a importância da Psicologia nesses espaços. A experiência permitiu refletir sobre aspectos sociais, culturais e relacionais que atravessam as condições de saúde e o bem-estar. **Conclusão:** A experiência evidenciou a relevância das instituições religiosas como espaços de acolhimento e suporte social para pessoas em situação de refúgio e vulnerabilidade. A Psicologia Institucional pode contribuir para a identificação das demandas, o fortalecimento das relações institucionais e a construção de estratégias de cuidado, considerando as particularidades sociais e culturais, e reforçando a importância da articulação entre sociedade civil, serviços e políticas públicas mais eficazes para ampliar o acesso ao cuidado e promover saúde e inclusão social.

Palavras-chave: **ACOLHIMENTO; REFUGIADOS; SAÚDE MENTAL**

DOI: 10.51161/iv-conasus/88906

CUIDADO EM SAÚDE PARA UMA COMUNIDADE INDÍGENA VENEZUELANA WARAO COROMOTO NO INTERIOR DE SÃO PAULO

TALITA DE SOUZA RIBEIRO BORSATTO

Introdução: O movimento migratório de indígenas venezuelanos para o Brasil, intensificado desde 2016 em decorrência do agravamento das condições socioeconômicas na Venezuela, demandou novas estratégias na atenção à saúde. Essa população enfrenta desafios no acesso aos serviços de saúde relacionados à vulnerabilidade social, migração, moradia, diferenças culturais e linguísticas. Assim, ações extramuros constituem estratégias importantes para ampliar o acesso e promover a equidade em saúde. Considerando a presença de 80 indígenas da etnia Warao Coromoto no território de abrangência do Centro de Saúde Jardim Florence, em Campinas (SP), foi realizada uma ação extramuros para oferta de consultas médicas e de enfermagem à comunidade. **Objetivo:** Promover o cuidado em saúde dos integrantes da comunidade indígena venezuelana Warao Coromoto, ampliando o acesso às consultas médicas e de enfermagem, promovendo a equidade e fortalecendo o vínculo entre a equipe da Estratégia de Saúde da Família e a comunidade. **Metodologia:** Relato de experiência de ação extramuros realizada nos dias 29 de maio e 19 de junho de 2026, no Distrito de Assistência Social, próximo à comunidade Warao Coromoto, no território do Centro de Saúde Jardim Florence, em Campinas (SP). A ação buscou ampliar o acesso às consultas, considerando a distância de 30 minutos de caminhada entre a comunidade e a unidade. Participaram um enfermeiro, um técnico de enfermagem, dois agentes comunitários de saúde e dois médicos. A iniciativa também possibilitou aproximação entre a equipe e a comunidade. **Resultados:** Foram atendidos 34 adultos e 4 crianças, totalizando 38 pessoas, sendo 18 do sexo masculino e 20 do sexo feminino. A realização dos atendimentos no território favoreceu a aproximação entre profissionais e comunidade, possibilitando maior compreensão das necessidades de saúde e dos desafios para acessar aos serviços. **Conclusão:** A experiência evidenciou a importância das ações extramuros para ampliar o acesso e promover a equidade em saúde, considerando a interculturalidade da população indígena migrante. A oferta do cuidado diretamente no território favoreceu a aproximação com a comunidade, possibilitando o cuidado intercultural. A continuidade dessas iniciativas pode contribuir para o fortalecimento da integralidade diante das barreiras socioeconômicas e culturais que interferem no acesso à saúde dessa população.

Palavras-chave: **WARAO COROMOTO; INDIGENA MIGRANTE; CUIDADO EM SAÚDE**

DOI: 10.51161/iv-conasus/88907

SISTEMAS DE SAÚDE DA ARGENTINA E DO PARAGUAI: UMA ANÁLISE COMPARATIVA COM O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

RAFAELLA SANTACRUZ ASSMANN; REINALDO ANTONIO SILVA-SOBRINHO

Introdução: Os sistemas de saúde da Argentina e do Paraguai foram constituídos por trajetórias políticas e institucionais distintas, mas compartilham desafios relacionados à segmentação da assistência e à concretização da cobertura universal. A análise dessas experiências permite reconhecer desafios e elementos que dialogam com os fundamentos do Sistema Único de Saúde (SUS). **Objetivo:** Analisar as fortalezas e as debilidades dos sistemas de saúde argentino e paraguaio e identificar aspectos que se aproximam dos fundamentos do SUS. **Metodologia:** O corpus foi composto por dez artigos científicos publicados entre 2021 e 2026, dos quais três abordavam a Argentina e sete, o Paraguai. Após a leitura dos estudos, as informações foram agrupadas em duas categorias: fortalezas e debilidades dos respectivos sistemas de saúde. Posteriormente, os achados foram comparados entre si e relacionados aos princípios e às diretrizes do sistema brasileiro. **Resultados:** Na Argentina, a assistência está organizada nos setores público, de seguridade social e privado. Embora essa configuração assegure ampla cobertura formal, a descentralização e a pouca articulação entre os subsetores favorecem diferenças regionais e descontinuidade do cuidado. No Paraguai, a literatura destaca a Atenção Primária à Saúde e as Unidades de Saúde da Família como estratégias de ampliação do acesso. Apesar dos avanços obtidos por programas específicos e investimentos direcionados, permanecem limitações associadas à distribuição dos profissionais e à disponibilidade de recursos, sobretudo em áreas rurais. A comparação evidenciou que a garantia pública do atendimento, a descentralização argentina e a organização territorial paraguaia apresentam aproximações com o modelo brasileiro. Em ambos os contextos, a previsão legal da cobertura não garante, isoladamente, atendimento equitativo e integral. **Conclusão:** Embora apresentem configurações distintas, Argentina e Paraguai incorporam elementos que dialogam com os fundamentos do SUS. Essas aproximações não tornam os modelos equivalentes, pois persistem barreiras ao acesso integral e equitativo. A comparação evidencia que a universalidade depende de redes articuladas, financiamento público e distribuição adequada dos recursos.

Palavras-chave: **COBERTURA EM SAÚDE; EQUIDADE; POLÍTICA DE SAÚDE**

DOI: 10.51161/iv-conasus/88913

SAÚDE PÚBLICA: CONHECIMENTO, PRÁTICA E ATITUDE FRENTE À DENGUE EM UMA LOCALIDADE NO PARAGUAI

RAFAELLA SANTACRUZ ASSMANN; REINALDO ANTONIO SILVA-SOBRINHO

Introdução: A dengue é uma arbovirose de grande relevância epidemiológica em diversas regiões do globo. Na América Latina em 2025, registrou-se uma redução na taxa de incidência cumulativa em comparação com o ano anterior, encerrando o período com aproximadamente 406 casos por 100.000 habitantes. No Paraguai foram registrados mais de 451 casos por 100.000 habitantes. **Objetivo:** Examinar o conhecimento, as atitudes e as práticas de moradores de uma comunidade periurbana em Cidade de Leste- Paraguai. **Metodologia:** Conduziu-se um estudo descritivo-exploratório-quantitativo. Um questionário padronizado e semiestruturado sobre Conhecimento, Atitudes e Práticas foi utilizado para entrevistar voluntários. **Resultados:** Os participantes tinham média de idade de 37 anos, variando de 14 a 69 anos. O tempo médio de residência na comunidade era de 25 anos. A média de acertos nas respostas foi de 83%. Os resultados da análise foram confirmados segundo clusters e indicaram que o cluster 1 foi composto por indivíduos com maior capital informacional e comportamental positivo em relação à dengue, diferentemente do cluster 2, que inclui indivíduos com menor adesão às práticas preventivas. **Discussão:** A análise de agrupamento revelou grupos distintos: um que segue mais de perto as recomendações do Ministério da Saúde do Paraguai e apresenta condições sociodemográficas e de habitação mais favoráveis, e outro que adota em menor medida práticas preventivas e demonstra maior vulnerabilidade. No desenvolvimento da investigação, verificou-se que o combate à dengue e a educação em saúde no Paraguai são similares às recomendadas no Sistema Único de Saúde brasileiro, aspecto positivo quanto à uniformidade de ações de saúde pública na região de fronteira com o Brasil. Informa-se ainda que os desafios frente às práticas e atitudes das comunidades como atores sociais no contexto da dengue também são parecidos com os encontrados no Brasil.

Palavras-chave: **DENGUE; REGIÃO DE FRONTEIRA INTERNACIONAL; EDUCAÇÃO EM SANITÁRIA**

DOI: 10.51161/iv-conasus/88915

A SEMANA DA SAÚDE UNILASALLE-RJ COMO ESTRATÉGIA DE EDUCAÇÃOTRANSVERSAL NA FORMAÇÃO EM FISIOTERAPIA

VANESSA PAES FERNANDES; ANA BEATRIZ RODRIGUES SANTOS RUIZ; JESSICA KELI COSTA PEREIRA; KAROLLINE DOS SANTOS BIEBE; MARYANA RAMALHO AZEVEDO; DIANNA VIEIRA REBELLO ABREU; ROBERADE SOUZA TEIXEIRA RIBEIRO

Introdução: A Semana da Saúde UniLaSalle-RJ configura-se como uma estratégia de educação transversal na formação acadêmica em Fisioterapia, ao possibilitar a aproximação entre estudantes, docentes e profissionais de diferentes áreas de atuação. **Objetivo**: O objetivo deste trabalho é relatar a experiência de organização e realização da Semana da Saúde UniLaSalle-RJ, destacando sua contribuição para a formação acadêmica e para a ampliação do conhecimento acerca das possibilidades de atuação profissional em Fisioterapia. **Relato de experiência:** Trata-se de um relato de experiência desenvolvido a partir da participação de docentes e discentes no planejamento e nas atividades realizadas durante o evento. A organização ocorreu por meio de reuniões destinadas à definição da programação e das estratégias de participação dos estudantes, sendo convidados profissionais com diferentes trajetórias acadêmicas e profissionais. Durante a programação, foram realizadas palestras e momentos de discussão sobre diferentes áreas da Fisioterapia, incluindo Neurologia, Fisioterapia Esportiva, Respiratória, Dermatofuncional, Terapia Intensiva e Atenção Básica, além de temas relacionados à atuação profissional e às atribuições do Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 2ª Região (CREFITO-2). Também foram desenvolvidas atividades de integração, sorteios de materiais relacionados à área da saúde e da Fisioterapia, além de oportunidades de participação em visitas técnicas. A experiência possibilitou aos estudantes o contato com diferentes realidades profissionais, favorecendo a troca de conhecimentos, a compreensão das competências necessárias ao exercício da profissão e a reflexão sobre as diversas possibilidades de inserção no mercado de trabalho. A diversidade de profissionais convidados contribuiu ainda para aproximar os acadêmicos das experiências vivenciadas após a graduação e ampliar sua compreensão sobre a atuação fisioterapêutica. **Conclusão**: Conclui-se que a Semana da Saúde UniLaSalle-RJ constituiu um importante espaço de integração entre formação acadêmica e realidade profissional, favorecendo a construção da identidade profissional e uma formação mais crítica, diversificada e preparada para os diferentes campos de atuação da Fisioterapia.

Palavras-chave: **DESENVOVIMENTO PROFISSIONAL; EXPERIENCIA ACADEMICA; ENSINOEM SAUDE**

DOI: 10.51161/iv-conasus/88933

EXPRESSÕES DO RACISMO INSTITUCIONAL E POSSIBILIDADES DE ENFRENTAMENTO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UMA REVISÃO NARRATIVA

NICOLAS DOUGLAS MONTEIRO SOARES, VITÓRIA GABRIELA DE LIMA LÉLES, MARIA CLARA MUNHOZ CARDOSO DE OLIVEIRA, PEDRO AFONSO DE TOLEDO KOUNARIS.

RESUMO

O racismo institucional constitui importante determinante das desigualdades em saúde da população negra, atravessando o acesso aos serviços, a organização dos processos de trabalho e as práticas de cuidado na Atenção Primária à Saúde (APS). Este estudo teve como objetivo analisar como a literatura científica aborda as expressões do racismo institucional nas práticas de cuidado da APS da população negra e as possibilidades de enfrentamento por meio de práticas antirracistas. Trata-se de uma revisão narrativa da literatura, de abordagem qualitativa e caráter descritivo-analítico. Foram considerados artigos científicos publicados entre 2021 e 2026, em língua portuguesa, localizados nas bases SciELO, LILACS e Google Scholar, a partir de combinações dos descritores "Atenção Primária à Saúde", "população negra", "racismo institucional", "racismo" e "práticas antirracistas". O corpus analisado foi composto por estudos que abordaram desigualdades raciais, acesso, práticas de cuidado, formação profissional e enfrentamento do racismo institucional na APS. Os resultados indicaram que o racismo se manifesta tanto nas desigualdades de acesso e qualidade da assistência quanto na formação profissional, na organização dos fluxos e nas condições de trabalho. Em contraposição, os estudos apontaram a necessidade de práticas antirracistas articuladas à formação e educação permanente, à reorganização dos processos de trabalho, à gestão, à produção de informações e à participação social. Conclui-se que o enfrentamento do racismo institucional na APS requer superar intervenções exclusivamente individuais, incorporando a equidade racial como princípio estruturante da organização institucional e da produção do cuidado

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; População Negra; Práticas Antirracistas.

1 INTRODUÇÃO

A população negra brasileira vivencia desigualdades no acesso e na utilização dos serviços de saúde que não podem ser compreendidas apenas a partir de condições individuais, uma vez que se articulam a processos sociais e institucionais que produzem e sustentam diferenças no cuidado em saúde. Na Atenção Primária à Saúde (APS), essas desigualdades assumem particular relevância, considerando o papel desse nível de atenção na organização do cuidado e sua inserção nos territórios. Cobo, Cruz e Dick (2021), ao analisarem dados da Pesquisa Nacional de Saúde de 2019, identificaram desigualdades de raça e gênero no acesso e na utilização dos serviços de saúde, destacando, entre outros aspectos, a maior dependência do Sistema Único de Saúde pela população preta e parda. Esses achados evidenciam que a

DOI: 10.51161/iv-conasus/88978

universalidade formal dos serviços de saúde não é suficiente para eliminar desigualdades produzidas por relações raciais.

Nesse contexto, o racismo institucional constitui uma dimensão importante para compreender as barreiras enfrentadas pela população negra na Atenção Primária à Saúde. Bittencourt, Santana e Santos (2023) apontam que a própria compreensão da APS por gestores, profissionais e usuários pode contribuir para a manutenção de iniquidades, especialmente quando as especificidades da população negra e os determinantes sociais do processo saúde-doença não são incorporados ao planejamento e às práticas de saúde. De modo semelhante, Tochetto et al. (2023) identificaram, a partir da avaliação de usuários negros, limitações dos serviços de APS para responder adequadamente às suas necessidades, destacando barreiras relacionadas à renda e à escolaridade e a necessidade de acolhimento, escuta qualificada e práticas de cuidado que considerem aspectos culturais e raciais. Assim, a existência de um sistema orientado pelo princípio da universalidade não garante, por si só, a produção de um cuidado equânime.

As manifestações do racismo, entretanto, não se restringem à relação estabelecida entre usuários e profissionais ou às situações explícitas de discriminação. Elas também podem estar inscritas na própria organização e funcionamento das instituições de saúde, incluindo os processos de formação profissional, os fluxos assistenciais e as condições de trabalho. Silva et al. (2024), ao investigarem a experiência de médicas negras na APS, demonstram que o racismo atravessa o trabalho em saúde e se expressa em diferentes dimensões institucionais. Essa compreensão permite deslocar a análise de práticas exclusivamente individuais para os modos pelos quais as instituições organizam o cuidado e podem reproduzir desigualdades raciais. Nesse sentido, o enfrentamento do racismo institucional demanda estratégias que envolvam não apenas mudanças nas condutas individuais, mas também processos de formação e educação permanente, reorganização do trabalho, qualificação da gestão e transformação das práticas institucionais. Santos et al. (2026) destacam, nessa direção, a importância de ações antirracistas articuladas à formação e ao letramento racial dos trabalhadores, à produção de informações e à transformação estrutural do cuidado, da gestão e da produção de conhecimento.

Diante desse cenário, torna-se relevante compreender de que maneira o racismo institucional se expressa no cotidiano da Atenção Primária à Saúde e quais estratégias vêm sendo apontadas pela literatura para seu enfrentamento. Considerando a posição estratégica da APS na organização do cuidado no Sistema Único de Saúde e a persistência de desigualdades raciais no acesso e na qualidade da assistência, a análise das práticas antirracistas pode contribuir para o fortalecimento de uma atenção comprometida com a equidade racial. Assim, este estudo tem como objetivo analisar como a literatura científica aborda as expressões do racismo institucional nas práticas de cuidado da Atenção Primária à Saúde da população negra e as possibilidades de enfrentamento por meio de práticas antirracistas.

2 MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de uma revisão narrativa da literatura, de abordagem qualitativa e caráter descritivo-analítico. A busca bibliográfica foi realizada nas bases SciELO, LILACS e Google Scholar, utilizando combinações dos descritores “Atenção Primária à Saúde”, “população negra”, “racismo institucional”, “racismo” e “práticas antirracistas”. Foram considerados artigos científicos publicados entre 2021 e 2026, em língua portuguesa, que abordassem a população negra no contexto da Atenção Primária à Saúde e apresentassem discussões relacionadas ao racismo, às desigualdades raciais, às práticas de cuidado ou ao enfrentamento do racismo institucional. Foram excluídos estudos duplicados e aqueles que, após leitura dos títulos, resumos e textos, não apresentassem relação direta com a questão norteadora. O corpus analisado foi composto pelos estudos de Cobo, Cruz e Dick (2021), Bittencourt, Santana e

Santos (2023), Silva et al. (2024) e Santos et al. (2026), selecionados por sua pertinência à questão investigada. A análise do material foi realizada de forma qualitativa, buscando identificar e organizar os principais sentidos produzidos pela literatura acerca das expressões do racismo institucional nas práticas de cuidado e das estratégias antirracistas propostas para seu enfrentamento.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise dos estudos selecionados evidenciou que o racismo institucional atravessa diferentes dimensões da Atenção Primária à Saúde (APS), manifestando-se tanto nas desigualdades de acesso e utilização dos serviços quanto na organização dos processos de trabalho, na formação profissional e nas práticas de cuidado. Cobo, Cruz e Dick (2021), a partir dos dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2019, identificaram desigualdades raciais e de gênero no acesso e utilização dos serviços de saúde, destacando que pessoas pretas e pardas apresentavam maior dependência do SUS em comparação às pessoas brancas. Os autores também demonstram que raça e gênero não devem ser analisados isoladamente, uma vez que sua articulação produz diferentes experiências de acesso e utilização dos serviços.

Esses achados permitem compreender que a universalidade formal do SUS não elimina, por si só, as desigualdades racialmente produzidas. Bittencourt, Santana e Santos (2023) apontam, nesse sentido, que a própria compreensão da APS entre gestores, profissionais e usuários pode constituir um obstáculo à efetivação de um cuidado equânime. A literatura analisada pelos autores indica a necessidade de considerar os determinantes sociais e as especificidades da população negra no planejamento e na execução das ações de saúde.

A inadequação das práticas de cuidado também aparece na avaliação realizada por Tochetto et al. (2023), na qual usuários negros identificaram limitações dos serviços de APS para responder às suas necessidades. O estudo destaca barreiras relacionadas à renda e à escolaridade e aponta a necessidade de acolhimento efetivo, escuta qualificada e utilização de uma linguagem que reconheça e integre aspectos culturais da população negra. Nesse sentido, a incorporação da discussão racial às práticas da APS aparece como condição para a desconstrução de estruturas opressoras e para a promoção da equidade.

As desigualdades, contudo, não se restringem à relação entre usuários e serviços. Silva et al. (2024) demonstram que o racismo também atravessa a experiência de trabalho de mulheres negras na APS, manifestando-se na formação profissional, na organização dos fluxos assistenciais e nas condições de trabalho. Tal resultado amplia a compreensão do racismo institucional, indicando que sua reprodução não depende exclusivamente de atitudes discriminatórias individuais, mas também de formas de organização e funcionamento das instituições.

A partir desse conjunto de achados, observa-se que o enfrentamento do racismo institucional exige ultrapassar intervenções centradas exclusivamente na mudança de condutas individuais. As experiências analisadas apontam para a necessidade de transformações nos processos de formação, organização do trabalho, gestão e produção do cuidado. Essa perspectiva é reforçada por Santos et al. (2026), para quem a consolidação de práticas antirracistas na APS demanda a transformação estrutural do cuidado, da gestão e da produção de conhecimento, tendo a equidade racial como princípio estruturante.

Nesse sentido, os estudos identificam diferentes possibilidades de enfrentamento. A formação e a educação permanente dos profissionais aparecem como estratégias fundamentais para ampliar o reconhecimento do racismo e de suas implicações sobre o processo saúde-doença. Santos et al. (2026) destacam a necessidade de formação e letramento racial dos trabalhadores da saúde, enquanto Silva et al. (2024) evidencia que a ausência de conteúdos

antirracistas na formação constitui uma das dimensões pelas quais o racismo se reproduz no trabalho em saúde.

Outra dimensão diz respeito à própria organização do cuidado. A territorialização, a longitudinalidade, a coordenação do cuidado e a participação comunitária são apresentadas como elementos capazes de fortalecer práticas antirracistas na APS, sobretudo quando articulados ao reconhecimento das desigualdades produzidas pelo racismo e às necessidades específicas dos diferentes grupos populacionais.

A produção e utilização das informações em saúde também aparecem como estratégias relevantes. O registro e a análise da variável raça/cor podem contribuir para tornar visíveis desigualdades historicamente invisibilizadas e subsidiar o planejamento de intervenções mais adequadas aos territórios. Entretanto, Santos et al. (2026) ressaltam que a existência de normas e instrumentos não garante, por si só, sua efetiva incorporação às práticas cotidianas: a obrigatoriedade do registro de raça/cor pode ser reduzida a um procedimento burocrático quando não acompanhada de transformação da cultura organizacional.

Assim, os resultados indicam uma tensão entre o reconhecimento normativo da equidade racial e sua efetivação no cotidiano da APS. Embora existam políticas, programas e diretrizes voltados ao enfrentamento do racismo, persistem desigualdades no acesso, na qualidade do cuidado e na organização dos serviços. A literatura analisada sugere, portanto, que práticas antirracistas não devem ser compreendidas como ações pontuais ou exclusivamente individuais, mas como parte de um processo de transformação institucional capaz de articular formação profissional, organização do trabalho, gestão, produção de informações, participação social e cuidado integral. Essa transformação é particularmente relevante na APS, considerando sua inserção territorial, seu potencial de vínculo longitudinal e sua posição estratégica na organização do cuidado no SUS.

Desse modo, o enfrentamento do racismo institucional na APS implica deslocar a equidade racial de uma diretriz normativa para um princípio efetivamente incorporado às práticas institucionais e aos processos de produção do cuidado. Mais do que reconhecer a existência das desigualdades, trata-se de produzir condições para que os serviços identifiquem como essas desigualdades são reproduzidas e desenvolvam estratégias capazes de transformá-las.

4 CONCLUSÃO

Este estudo buscou analisar como a literatura científica aborda as expressões do racismo institucional nas práticas de cuidado da Atenção Primária à Saúde (APS) voltadas à população negra e as possibilidades de seu enfrentamento por meio de práticas antirracistas. Os resultados evidenciam que esse fenômeno não se manifesta de forma isolada, mas atravessa diferentes dimensões da atenção à saúde, incluindo o acesso aos serviços, a organização dos processos de trabalho, a formação profissional e as práticas cotidianas de cuidado.

As desigualdades de acesso e utilização dos serviços, evidenciadas por Cobo, Cruz e Dick (2021), somam-se à compreensão limitada da APS por gestores, profissionais e usuários, apontada por Bittencourt, Santana e Santos (2023), e às fragilidades na qualidade da assistência identificadas por Tochetto et al. (2023). Silva et al. (2024) ampliam essa compreensão ao demonstrar que o racismo também atravessa a experiência de trabalho de mulheres negras na APS, manifestando-se na formação profissional, na organização dos fluxos assistenciais e nas condições de trabalho. Em conjunto, esses achados indicam que sua reprodução não depende exclusivamente de atitudes discriminatórias individuais, mas também está relacionada às formas de organização e funcionamento das instituições de saúde.

Diante desse cenário, o enfrentamento do racismo institucional na APS requer a superação de intervenções pontuais e centradas exclusivamente no indivíduo. Torna-se

DOI: 10.51161/iv-conasus/88978

necessário articular formação e educação permanente, reorganização dos processos de trabalho, qualificação da gestão, produção e utilização de informações em saúde e fortalecimento da participação social. Essas estratégias contribuem para que a equidade racial ultrapasse o campo normativo e seja incorporada de forma efetiva à organização institucional e à produção do cuidado.

Como limitação, destaca-se que esta revisão narrativa foi baseada em um corpus reduzido de estudos, publicados em língua portuguesa e delimitados temporalmente, o que restringe a abrangência dos achados.

Sugere-se, para pesquisas futuras, a realização de estudos empíricos que avaliem a efetividade das práticas antirracistas implementadas na APS, bem como investigações que acompanhem, a partir do registro qualificado da variável raça/cor, os efeitos dessas ações sobre as desigualdades raciais em saúde. A ampliação dessas investigações pode contribuir para o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento mais consistentes e para o fortalecimento de uma APS comprometida com a equidade racial.

REFERÊNCIAS

BITTENCOURT, L. de J.; SANTANA, K. de S. O.; SANTOS, D. S. M. Saúde da população negra na atenção primária: incompreensão que legitima iniquidade em tempos de Covid-19. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 47, n. 137, p. 31-41, abr. 2023.

COBO, B. Desigualdades de gênero e raça no acesso e uso dos serviços de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 9, p. 4021-4032, 2021.

SANTOS, R. C. dos; SANTOS, L. M. dos; BATISTA, L. D.; AVELAR, G. G. de; SILVA, A. F. L. da; ARAÚJO, E. M. de. Ações antirracistas na Atenção Primária à Saúde: práticas para o enfrentamento ao racismo institucional. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 35, n. 2, e260214pt, 2026.

SILVA, L. B. et al. “Mesmo que a gente seja a mão que cuida”: médicas negras e racismo estrutural no contexto da atenção primária à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 3, e07622023, 2024.

TOCHETTO, E. B. et al. Avaliação da Atenção Primária à Saúde pela população negra: facetas do racismo institucional. **Revista de APS**, v. 26, 2023.

GESTÃO DE RISCO PSICOSSOCIAIS NO SUS: UMA REVISÃO SOBRE ASSÉDIO MORAL EM ORGANIZAÇÕES PÚBLICAS DE SAÚDE SOB A PERSPECTIVA DA NR-1

RODRIGO CORREA FERNANDES; HELEN AKSENOW AFFONSO

Introdução: O assédio moral nas organizações públicas caracteriza-se por condutas abusivas e reiteradas que afetam a dignidade e a integridade psicológica do servidor público. No contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), o adoecimento ocupacional oriundo dessas práticas impacta diretamente a prestação dos serviços. A recente atualização da Norma Regulamentadora nº 1 (NR-1), que instituiu o Gerenciamento de Riscos Ocupacionais (GRO), passou a exigir das instituições a identificação e mitigação dos riscos à saúde, incluindo os fatores psicossociais. **Objetivo:** Analisar na literatura científica as evidências sobre o assédio moral nas organizações públicas de saúde e os desafios da Gestão de Recursos Humanos para a incorporação dos riscos psicossociais previstos na NR-1 no âmbito do SUS. **Metodologia:** Revisão bibliográfica narrativa realizada nas bases de dados SciELO, LILACS e PubMed/Medline, contemplando publicações entre 2015 e 2025. Utilizou-se os descritores indexados no DeCS: "Assédio Moral", "Saúde do Trabalhador", "Gestão de Recursos Humanos em Saúde" e "Sistema Único de Saúde". Foram selecionados artigos que abordavam o ambiente do serviço público e a gestão de saúde ocupacional. **Resultados:** A literatura demonstra que a dinâmica de assédio moral no setor público decorre da rigidez hierárquica, sobrecarga de trabalho e descontinuidade de políticas de gestão. O assédio culmina no aumento de afastamentos por transtornos mentais e sofrimento ético. Os estudos indicam que a adequação à NR-1 enfrenta gargalos na gestão de pessoas, como a ausência de mapeamento preventivo de riscos psicossociais, canais frágeis de denúncia e o predomínio de ações reativas em detrimento de uma cultura preventiva de saúde do trabalhador. **Conclusão:** A implementação efetiva das diretrizes da NR-1 no SUS exige aprimoramento das abordagens gerenciais e normativas. Cabe à gestão de recursos humanos adotar estratégias preventivas para a identificação de riscos psicossociais, garantindo a proteção da saúde mental dos trabalhadores e o fortalecimento do ambiente organizacional na saúde pública.

Palavras-chave: **ASSÉDIO MORAL; SAÚDE DO TRABALHADOR; SISTEMA UNICO DE SAÚDE**

DOI: 10.51161/iv-conasus/88990

A REVOLUÇÃO DO PRATO: A EDUCAÇÃO EM SAÚDE COMO FORÇA TRANSFORMADORA DA NUTRIÇÃO E PREVENÇÃO DE DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSIVEIS EM POPULAÇÕES VULNERÁVEIS

VANESSA BOÊTA HONÓRIO; RODRIGO CORREA FERNANDES

Introdução A vulnerabilidade social e a insegurança alimentar não representam apenas a escassez de recursos, mas a negação do direito à vida plena. A má nutrição é um dos principais fatores de risco modificáveis para Doenças Crônicas Não Transmissiveis (DCNT) , e transformar essa realidade exige superar velhos modelos prescritivos e punitivos. A educação em saúde para a população propõe uma força viva, humanizada e emancipatória. Ela conecta o saber científico à sabedoria popular, convertendo o ato de comer em um gesto diário de dignidade, autocuidado e soberania alimentar. **Objetivo** Analisar evidências científicas sobre intervenções inovadoras em educação em saúde voltadas à construção de hábitos alimentares protetores contra as DCNT em comunidades sob vulnerabilidade social. **Metodologia** Revisão bibliográfica integrativa realizada nas bases SciELO, LILACS e PubMed. Foram selecionados estudos de alto impacto que avaliaram estratégias educativas comunitárias, acesso a alimentos in natura e impacto no estilo de vida. **Resultados** Os dados comprovam que a educação em saúde possui um efeito multiplicador potente. Intervenções baseadas em oficinas culinárias de aproveitamento integral, hortas comunitárias e valorização da cultura alimentar local não apenas aumentaram o consumo de alimentos protetores (como frutas, legumes e fibras), mas também reduziram a dependência de ultraprocessados. Mais do que mudar hábitos, essas ações fortaleceram laços comunitários, geraram autonomia e demonstraram ser investimentos públicos de alto custo-benefício para a prevenção primária em DCNT. **Conclusão** Garantir nutrição adequada na vulnerabilidade é a mais urgente e viável estratégia de justiça social. A educação em saúde é a ponte que transforma o conhecimento técnico em ação política e cidadã, oferecendo ao governo e à sociedade um caminho concreto, esperançoso e comprovado para salvar vidas e construir uma nação verdadeiramente saudável.

Palavras-chave: **EDUCAÇÃO EM SAÚDE; NUTRIÇÃO; EQUIDADE EM SAÚDE**

SALA LILÁS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: RELATO DE EXPERIÊNCIA MULTIPROFISSIONAL NO ENFRENTAMENTO À VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES

MARIA EDUARDA SOUZA DE MACÊDO; MARLUCIA OLIVEIRA LUZ

Introdução: A violência contra as mulheres constitui problema de saúde pública e exige atuação articulada dos serviços e profissionais envolvidos em seu atendimento. Nesse contexto, a implantação da Sala Lilás representa uma estratégia de organização do cuidado voltada ao acolhimento, à proteção e à garantia de privacidade às mulheres em situação de violência. Sua efetivação demanda, além da organização do espaço, preparação da equipe e articulação entre profissionais e setores. **Objetivo:** Relatar a experiência de uma residente multiprofissional durante uma reunião de equipe destinada à apresentação e discussão da implantação da Sala Lilás em uma unidade de saúde do munícipio de Belém-PA. **Relato de experiência:** A experiência ocorreu no contexto da residência multiprofissional, durante uma reunião voltada à apresentação e discussão da implantação da Sala Lilás. Participaram profissionais de diferentes categorias, como médico, enfermeiro, cirurgião-dentista, assistente social, psicólogo, nutricionista e agente comunitário de saúde. Uma representante responsável pela implantação apresentou a proposta, explicando sua finalidade e funcionamento. A reunião também contou com a participação de uma delegada da mulher da região, que discutiu a violência contra as mulheres, seus direitos e a atuação da Delegacia da Mulher em articulação com os serviços de saúde. O encontro possibilitou a discussão de situações vivenciadas pela equipe e de dúvidas relacionadas à condução dos casos, especialmente quando a mulher não deseja realizar denúncia, além de questionamentos sobre notificação e encaminhamentos. Também foi abordada a insegurança dos profissionais diante de ameaças decorrentes do acolhimento dessas situações. O diálogo favoreceu a troca de experiências entre as categorias e aproximou as perspectivas da saúde e da segurança pública. Os relatos dos profissionais possibilitaram perceber situações presentes no território e refletir sobre as possibilidades de atuação da equipe diante dessas demandas, contribuindo para uma visão mais abrangente do cuidado às mulheres em situação de violência. **Conclusão:** A experiência evidenciou a importância da reunião como espaço de aprendizagem e articulação multiprofissional e intersetorial, contribuindo para a preparação da equipe para a implantação da Sala Lilás e para o fortalecimento de uma abordagem integrada no atendimento às mulheres em situação de violência.

Palavras-chave: **ACOLHIMENTO; ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE; HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA**

DOI: 10.51161/iv-conasus/88999

RESPONSABILIDADE CIVIL E ÉTICA NA SALA DE VACINAS: A ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM FRENTE À RECUSA PARENTAL E O DIREITO À SAÚDE DA CRIANÇA

DANIEL EDUARDO GOMES DE LANES; YASMIN LEMOS PRADO

Introdução: A vacinação infantil constitui um direito fundamental resguardado pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e pelo Código Civil, alinhado às diretrizes do Programa Nacional de Imunizações (PNI). Todavia, o aumento dos casos de recusa vacinal por parte dos pais ou responsáveis legais impõe dilemas ético-jurídicos complexos à equipe de enfermagem na Atenção Primária à Saúde (APS). Na sala de vacinas, o enfermeiro vivencia o conflito entre a autonomia parental e a proteção do interesse superior da criança, devendo atuar respaldado pela legislação vigente e pelo Código de Ética de Enfermagem para assegurar a cobertura imunológica. **Objetivo:** Analisar os aspectos éticos e jurídicos da atuação da enfermagem diante da recusa vacinal infantil na APS, destacando o respaldo legal do profissional e as estratégias de mediação para a garantia do direito à saúde. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão integrativa da literatura desenvolvida mediante consulta às bases de dados científicas da área da saúde e repositórios de legislação sanitária e do direito da criança. Foram selecionados artigos e dispositivos normativos que abordam a responsabilidade profissional do enfermeiro, a obrigatoriedade vacinal infantil e o manejo da hesitação parental no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).Resultados: Os achados indicam que a recusa vacinal injustificada afronta o princípio da proteção integral à infância. A atuação da enfermagem fundamenta-se na busca por consensos mediante a educação em saúde e a comunicação empática. Contudo, persistindo a negação, o enfermeiro possui o dever ético-legal de notificar o Conselho Tutelar e registrar detalhadamente a recusa no prontuário, resguardando sua responsabilidade civil e assegurando a intervenção protetiva do Estado em defesa do menor. **Conclusão:** A garantia da saúde da criança se sobrepõe ao pátrio poder quando a imunização é negligenciada. O enfermeiro desempenha papel crucial ao conciliar a sensibilidade no diálogo com o rigor ético-legal, utilizando a notificação compulsória e a articulação intersetorial como instrumentos legítimos de defesa da vida e do direito à imunização na APS.

Palavras-chave: **BIOÉTICA; DEFESA DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE; LEGISLAÇÃO SANITÁRIA.**

DOI: 10.51161/iv-conasus/89009

AUTONOMIA DO IDOSO E MAUS-TRATOS AMBIENTAIS: ASPECTOS ÉTICO-LEGAIS DA VISITA DOMICILIAR DA ENFERMAGEM NA APS

DANIEL EDUARDO GOMES DE LANES; YASMIN LEMOS PRADO

Introdução: O envelhecimento populacional acarreta o aumento de vulnerabilidades sociais e de saúde na população idosa, exigindo intervenções qualificadas da Atenção Primária à Saúde (APS). Durante a visita domiciliar, a equipe de enfermagem depara-se frequentemente com cenários complexos de maus-tratos ambientais, negligência e riscos à integridade física do idoso. Nesses contextos, sobressaem-se dilemas éticos e legais entre o respeito à autonomia da pessoa idosa e a necessidade de intervenção protetiva respaldada pelo Estatuto da Pessoa Idosa e pelo Código de Ética de Enfermagem. **Objetivo:** Analisar os aspectos ético-legais da atuação da enfermagem na visita domiciliar da APS frente a situações de maus-tratos ambientais e violação da autonomia do idoso. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, realizada através de busca em bases de dados científicas da área da saúde e do direito. Foram selecionados artigos científicos e normas jurídicas vigentes que abordassem a visita domiciliar, a vulnerabilidade do idoso, os maus-tratos ambientais e o manejo ético-legal da enfermagem comunitária no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Resultados:** Os achados demonstram que a visita domiciliar constitui uma ferramenta singular de diagnóstico territorial, permitindo a identificação de ambientes insalubres, ausência de segurança e maus-tratos. O enfermeiro vivencia um impasse bioético ao balizar a capacidade decisória da pessoa idosa e o dever de proteção comunitária. Evidencia-se que, diante de violações graves de direitos ou risco iminente, o dever ético-legal de notificação aos órgãos de proteção, como o Ministério Público e o Conselho Municipal do Idoso, prevalece como garantia da dignidade humana, devendo ser acompanhado do registro minucioso em prontuário para resguardo profissional. **Conclusão:** A visita domiciliar da enfermagem na APS exige uma postura articulada entre a sensibilidade no acolhimento familiar e o rigor ético-jurídico. A atuação do enfermeiro consolida-se como elo fundamental para proteger a autonomia do idoso, intervir contra maus-tratos ambientais e assegurar o cumprimento dos direitos fundamentais garantidos pela legislação sanitária e social.

Palavras-chave: **BIOÉTICA; SAÚDE PÚBLICA; MAUS-TRATOS A IDOSOS**

DOI: 10.51161/iv-conasus/89011

SISTEMATIZAÇÃO DO PROCESSO EDUCATIVO PARA O CUIDADO EM ENFERMAGEM A PACIENTES ESTOMIZADOS

SIMONE POLICIANO DELGADO; LUCRÉCIA HELENA LOUREIRO; VICTOR HUGO MACEDO GOMES

Introdução: A construção de uma estomia provoca mudanças na percepção que o paciente possui sobre si mesmo e sua relação com o mundo. Nesse contexto, a equipe de Enfermagem exerce papel fundamental na assistência contínua, contribuindo para a adaptação do paciente e de seus familiares e preparando-os para o cuidado e o autocuidado. **Objetivos**: Este estudo teve como objetivo analisar a produção científica nacional sobre o conhecimento dos enfermeiros e a sistematização do processo educativo relacionado aos cuidados com estomias, bem como compreender quais ferramentas podem auxiliar o enfermeiro na elaboração do plano de alta hospitalar. **Metodologia:** Foi realizada uma revisão integrativa da literatura, com seleção de periódicos classificados como A2, B1 e B2 pelo Qualis CAPES, considerando o quadriênio de 2013-2016. As buscas foram realizadas nos portais CAPES, BVS, SciELO e LILACS, utilizando os descritores “Estomia e Educação em Saúde” e “Estomia e Teoria de Enfermagem”. A questão norteadora investigou as deficiências na sistematização das orientações aos pacientes estomizados e seus familiares que podem interferir no autocuidado após a alta hospitalar. Foram incluídos artigos, dissertações e teses disponíveis na íntegra, em português e publicados nos últimos dez anos. Inicialmente, foram identificadas 66 publicações, das quais 28 foram lidas integralmente e, após a aplicação dos critérios de análise, 24 compuseram a amostra final. **Resultados:** Os resultados demonstraram predominância de estudos publicados em 2017 e 2019, com maior utilização da abordagem qualitativa. A amostra foi composta principalmente por artigos, além de três teses e uma dissertação, destacando-se a participação de enfermeiros. A análise evidenciou três principais aspectos: a promoção do autocuidado por meio da educação em saúde; os fatores estruturais dos serviços que interferem no processo educativo; e a importância da sistematização do cuidado e da educação em saúde na prática de enfermagem. **Conclusão:** Conclui-se que a educação em saúde efetiva está diretamente relacionada à promoção do autocuidado. Para isso, é fundamental investir na atualização e qualificação dos profissionais, além de desenvolver uma prática educativa baseada no diálogo, na participação e na individualização das orientações, envolvendo pacientes e familiares no processo de cuidado.

Palavras-chave: **EDUCAÇÃO EM SAÚDE; ENFERMAGEM; ESTOMAS CIRÚRGICOS**

DOI: 10.51161/iv-conasus/89012

DIREITO À SAÚDE E JUDICIALIZAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: O PAPEL DA ENFERMAGEM NA GARANTIA DO ACESSO A MEDICAMENTOS E INSUMOS

DANIEL EDUARDO GOMES DE LANES; YASMIN LEMOS PRADO

Introdução: A judicialização da saúde configura-se como um fenômeno crescente no Brasil, decorrente da busca pela efetivação do direito fundamental à saúde assegurado pela Constituição Federal de 1988. No âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), a escassez ou descontinuidade no fornecimento de medicamentos e insumos essenciais impacta diretamente a continuidade da assistência. Nesse cenário, a equipe de enfermagem atua no acolhimento de demandas complexas e na mediação entre as necessidades dos usuários e a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), desempenhando papel central no fortalecimento da equidade e no fluxo de acesso. **Objetivo:** Analisar as contribuições da enfermagem na garantia do acesso a medicamentos e insumos na APS, destacando o papel profissional na orientação ao usuário e na mitigação dos impactos da judicialização da saúde. Metodologia: Trata-se de uma revisão integrativa da literatura desenvolvida por meio de buscas em bases de dados científicas nas áreas da saúde pública e do direito. Foram incluídos artigos e normativas sanitárias recentes que abordassem a judicialização da saúde, a organização da assistência farmacêutica na APS e as intervenções da enfermagem no direcionamento de usuários aos fluxos oficiais do SUS. **Resultados:** Os achados apontam que a atuação da enfermagem reduz a necessidade de demandas judiciais desnecessárias ao promover a alfabetização em saúde e orientar sobre as vias administrativas cabíveis. O enfermeiro identifica desfalques no tratamento, atua na articulação com a assistência farmacêutica municipal para adequação à Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) e orienta sobre o acesso a programas de fornecimento de insumos. A conduta preventiva e informativa da enfermagem assegura o suporte terapêutico e orienta o cidadão quanto aos procedimentos legais quando os caminhos administrativos se esgotam. **Conclusão:** A enfermagem destaca-se como agente fundamental na consolidação do direito à saúde e na gestão de conflitos de acesso na APS. Ao articular orientação técnica, acolhimento humanizado e navegação pelos fluxos do SUS, o enfermeiro viabiliza a garantia de insumos essenciais, promovendo a justiça distributiva e minimizando a sobrecarga judicial no sistema de saúde.

Palavras-chave: **ASSISTÊNCIA; EQUIDADE; SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.**

DOI: 10.51161/iv-conasus/89014

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E DISTRIBUIÇÃO TEMPORAL DOS CASOS DE CÂNCER RELACIONADO AO TRABALHO NO BRASIL, NO PERÍODO DE 2015 A 2025

LARISSA DAGUER PERGHER BORGES; VALENTINA DI DOMENICO CUSIN

Introdução: O câncer relacionado ao trabalho constitui um importante problema de saúde pública, considerando a exposição dos trabalhadores a diferentes agentes potencialmente carcinogênicos nos ambientes laborais. Essas exposições podem contribuir para o desenvolvimento de neoplasias, tornando sua identificação e acompanhamento relevantes para a saúde do trabalhador. Nesse contexto, a vigilância permite identificar a ocorrência dos casos, reconhecer os grupos mais afetados e subsidiar ações de prevenção e proteção. **Objetivo:** Analisar a ocorrência dos casos de câncer relacionado ao trabalho no Brasil, descrevendo sua evolução ao longo do período estudado e seu perfil segundo características sociodemográficas e epidemiológicas. **Metodologia:** Estudo epidemiológico, descritivo e retrospectivo, de abordagem quantitativa, realizado a partir de dados secundários do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), disponibilizados pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Foram analisados os registros de câncer relacionado ao trabalho no Brasil, no período de 2015 a 2025, considerando as variáveis ano de notificação, faixa etária, sexo, raça, região de residência e ocorrência de óbito. Os dados foram analisados por meio de estatística descritiva, utilizando frequências absolutas e relativas para caracterizar a distribuição dos casos. **Resultados:** Foram identificados 11.488 casos de câncer relacionado ao trabalho no período analisado. Observou-se um aumento expressivo das notificações a partir de 2022, com maior concentração dos casos na faixa etária de 60 a 69 anos, correspondente a 28,54% (3.279) dos registros. O sexo masculino apresentou maior proporção de notificações, representando 62,56% (7.187) das notificações, enquanto a raça branca foi predominante, correspondendo a 77,01% (8.848) casos. Quanto à região de residência, o Sudeste apresentou o maior número de casos, com 5.950 notificações (51,79%), enquanto a região Norte apresentou a menor proporção, com 0,61% (71 casos). No período analisado, ocorreram 477 óbitos por câncer relacionado ao trabalho, correspondendo a 4,15% dos casos notificados. **Conclusão:** Os resultados reforçam a importância da vigilância do câncer relacionado ao trabalho para identificar grupos vulneráveis e monitorar sua ocorrência. Essas informações são fundamentais para orientar ações de prevenção, proteção e fortalecer as políticas de saúde dos trabalhadores.

Palavras-chave: **CÂNCER OCUPACIONAL; SAÚDE DO TRABALHADOR; VIGILÂNCIA EM SAÚDE**

DOI: 10.51161/iv-conasus/89020

EDUCAÇÃO EM SAÚDE E PROMOÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

JÉSSICA DAIANE PEREIRA DANTAS; ANA BEATRIZ BESERRA LUCENA; ÁRIKA JÚLIA HEYDMANN GURGEL

Introdução: No primeiro período do curso de Medicina, a imersão na Unidade de Saúde da Família Parque de Exposições II/Vida Nova, em Parnamirim/RN, proporcionou o reconhecimento do território por meio de visitas domiciliares e da integração com a equipe de saúde. Durante a vivência, constatou-se uma expressiva prevalência de hipertensão arterial e diabetes mellitus entre os residentes, evidenciando o impacto negativo dessas condições crônicas na qualidade de vida local. **Objetivo:** Descrever a experiência de estudantes de Medicina no planejamento e na execução de uma ação comunitária de educação em saúde voltada à promoção do bem-estar e à prevenção de doenças crônicas na Atenção Primária. **Relato de experiência:** A intervenção ocorreu em junho de 2026, com duração de três horas e a participação de 37 adultos e idosos. Desenvolveu-se uma exposição dialogada sobre alimentação equilibrada, atividade física, higiene do sono, saúde mental e adesão medicamentosa. O espaço de escuta qualificada permitiu a troca de relatos sobre mudanças de hábitos. A programação incluiu alongamento guiado, que estimulou a percepção de funcionalidade em um casal de idosos, e estações de aferição de pressão arterial e glicemia capilar com distribuição de carteirinhas de acompanhamento. Na triagem, detectou-se alteração glicêmica acentuada em uma participante assintomática, encaminhada prontamente para conduta médica na unidade. O encontro encerrou-se com um café da manhã saudável e o planejamento de materiais educativos para suporte domiciliar. **Conclusão:** A ação evidenciou o impacto da educação em saúde na promoção do autocuidado, na prevenção de complicações e no fortalecimento do vínculo comunitário. Para os graduandos, o contato territorial precoce consolidou a importância de uma prática médica humanizada, preventiva e integrada.

Palavras-chave: **ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE; EDUCAÇÃO EM SAÚDE; QUALIDADE DE VIDA**

DOI: 10.51161/iv-conasus/89034

TELEFISIOTERAPIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: UMA ANÁLISE SOBRE A AMPLIAÇÃO DO ACESSO À REABILITAÇÃO

CHRISTIAN LINDEBERGUE DOS SANTOS ROCHA

Introdução: Na Atenção Primária à Saúde (APS), o acesso aos serviços de reabilitação enfrenta barreiras complexas como limitações de mobilidade dos usuários, longas distâncias geográficas, dificuldades de transporte e escassez de profissionais especializados na rede pública. Nesse cenário, a telefisioterapia, integrada às Tecnologias Digitais de Informação e Comunicação, surge como uma estratégia inovadora e complementar ao atendimento presencial. Essa ferramenta possui um papel promissor na otimização do acompanhamento fisioterapêutico contínuo e na expansão do cuidado em saúde para populações vulneráveis. **Objetivo:** Analisar o potencial, as aplicações práticas, os benefícios e as principais limitações da telefisioterapia como ferramenta complementar para a ampliação do acesso à reabilitação no âmbito da Atenção Primária à Saúde. **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo e reflexivo, desenvolvido a partir de um levantamento bibliográfico nas plataformas SciELO e Google Acadêmico, somado à análise de documentos normativos e institucionais sobre telessaúde e atenção básica. A investigação buscou mapear os ganhos terapêuticos, os desafios operacionais e a viabilidade técnica da integração entre as modalidades remota e presencial. **Resultados:** A literatura aponta que a telefisioterapia favorece diretamente a adesão e a continuidade do tratamento, sobretudo para usuários acamados, idosos ou residentes em áreas periféricas e rurais. A estratégia destaca-se na educação em saúde, na orientação e prescrição de exercícios terapêuticos domiciliares e no monitoramento constante da evolução funcional. Contudo, observaram-se limitações importantes relacionadas à desigualdade de acesso à internet, escassez de dispositivos adequados, baixa literacia digital dos usuários e à impossibilidade de realizar o exame físico presencial, o que exige triagem criteriosa. **Conclusão:** A telefisioterapia apresenta elevado valor como recurso complementar para fortalecer a reabilitação na APS, devendo funcionar articulada ao cuidado presencial. Sua implementação efetiva requer investimentos em infraestrutura, capacitação profissional e protocolos claros de segurança.

Palavras-chave: **TELESSAÚDE; FISIOTERAPIA; ASSIS DOM**

DOI: 10.51161/iv-conasus/89041

PRESCRIÇÃO RACIONAL DE MELATONINA NA ATENÇÃO BÁSICA: EVIDÊNCIAS CLÍNICAS E DESAFIOS NA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA DO SUS

KATIA FLÁVIA ROCHA

Introdução: A melatonina é um hormônio fundamental na modulação do ciclo vigília-sono. Na Atenção Primária à Saúde (APS), as queixas relacionadas ao sono são rotineira. No Brasil, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) autorizou fo uso de a melatonina como ingrediente de suplementos alimentares por meio da Instrução Normativa IN nº 102/2021, vinculada à Resolução da Diretoria Colegiada RDC nº 243/2018. Nesse contexto, os suplementos de melatonina representam uma alternativa para o manejo clínico dos disturbios do sono e a desprescrição racional de psicotrópicos no Sistema Único de Saúde (SUS).**Objetivo:** Analisar as evidências científicas nacionais sobre a prescrição e a utilização da melatonina no manejo de distúrbios do sono na Atenção Básica brasileira, destacando os desafios regulatórios, clínicos e da Assistência Farmacêutica. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão integrativa da literatura focada exclusivamente no cenário brasileiro, realizada nas bases SciELO, LILACS e no Portal de Periódicos CAPES (2018–2026). Utilizaram-se os descritores DeCS em português: "Melatonina", "Atenção Primária à Saúde" e "Distúrbios do Início e da Manutenção do Sono", combinados pelos operadores booleanos AND e OR. Foram selecionados 5 estudos nacionais: 2 revisões de literatura sobre diretrizes brasileiras de sono, 1 estudo transversal em serviços de saúde da família e 2 artigos de análise regulatória e farmacoeconômica no SUS. **Resultados:** Os estudos nacionais apontam o uso de suplemento alimentar de melatonina como adjuvante promissor no desmame de benzodiazepínicos e no tratamento de idosos e crianças com alterações de neurodesenvolvimento na APS. Entretanto, a ausência desses suplementos na relação da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) geram barreiras de acesso da população, gerando custo ao usuário, aumentando o risco a automedicação e em alguns casos a judicialização em municípios. A literatura também aponta que sua prescrição na APS deve priorizar doses baixas e estar vinculada à higiene do sono e à educação em saúde, seguindo as orientações da ANVISA. **Conclusão:** A melatonina desponta como alternativa relevante para a desprescrição de hipnóticos na APS brasileira. Contudo, sua incorporação segura e efetiva ao SUS depende da criação de um protocolos clínicos padronizados e do fortalecimento de políticas de assistência farmacêutica.

Palavras-chave: **ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE; DISTÚRBIOS DO INÍCIO E DA MANUTENÇÃO DO SONO; MELATONINA**

DOI: 10.51161/iv-conasus/89049

DENGUE NO BRASIL: ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DOS CASOS NOTIFICADOS ENTRE 2015 E 2025

PATRICIA LAGO COELHO IZZO; LARISSA DAGUER PERGHER BORGES

Introdução: A dengue representa um dos principais desafios relacionados a arboviroses no Brasil, devido a sua ampla distribuição territorial e ocorrência de epidemias. Transmitida principalmente pelo mosquito *Aedes aegypti*, sua incidência está relacionada a fatores ambientais, sociais e epidemiológicos, que favorecem a circulação do vírus. Além disso, a doença pode evoluir para formas graves e resultar em óbitos, gerando impactos significativos para a saúde da população e serviços de saúde. **Objetivo:** Analisar a ocorrência dos casos de dengue no Brasil, descrevendo sua evolução ao longo do período estudado e seu perfil segundo características sociodemográficas e epidemiológicas. **Metodologia:** Estudo epidemiológico, descritivo e retrospectivo, de abordagem quantitativa, realizado a partir de dados secundários do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), disponibilizados pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Foram analisados os registros de dengue no Brasil de 2015 a 2025, considerando as variáveis: ano de notificação, faixa etária, sexo, raça, hospitalização e ocorrência de óbito. Os dados foram analisados por estatística descritiva, utilizando frequências absolutas e relativas para caracterizar a distribuição dos casos. **Resultados:** No período de 2015 a 2025, foram notificados 17.888.931 casos de dengue no Brasil, com oscilação das notificações ao longo dos anos, sendo 2024 o ano com maior número de casos, sendo 6.567.122, e, 2021 o menor, com 539.988. A região Sudeste apresentou maior concentração, com 10.281.565 notificações (57,47%), enquanto a região Norte apresentou o menor número, com 386.431 (2,16%). Em relação as características sociodemográficas, houve predominância no sexo feminino (54,75%), sendo a faixa etária mais acometida de 20 a 39 anos (36,13%), seguida por 40 a 59 anos (26,5%). Além disso, houve maior frequência de casos entre pessoas brancas (38,5%) e pardas (33,76%). Quanto à evolução dos casos, 78,74% evoluíram para cura, 63,36% dos casos não foram hospitalizados e 0,08% evoluíram para óbito pelo agravo. **Conclusão:** A análise evidencia a relevância da dengue como problema de saúde pública no Brasil, com distribuição heterogênea entre as regiões e grupos populacionais. Os achados reforçam a necessidade de fortalecer a vigilância epidemiológica, implementar estratégias de prevenção e direcionar ações de saúde conforme as características locais.

Palavras-chave: **ARBOVIROSE; SAÚDE PÚBLICA; VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA**

DOI: 10.51161/iv-conasus/89060

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA MORTALIDADE POR DOENÇAS CRÔNICAS POTENCIALMENTE ELEGÍVEIS PARA CUIDADOS PALIATIVOS NO BRASIL, 2015-2024.

JULIANE FRANCINE VAZ ABUSSAMRA; LILIAN YUMI DE LUCCA MYAZI; ROSANGELA VILLA MARIN MIO

Introdução: O envelhecimento populacional e a crescente prevalência de doenças crônicas não transmissíveis ampliam a necessidade de cuidados paliativos. Neoplasias, insuficiência cardíaca, doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) e doença de Alzheimer apresentam evolução progressiva, perda funcional e elevada carga de sintomas, configurando condições relevantes para essa abordagem. No Brasil, a oferta de cuidados paliativos permanece desigual, tornando necessários dados epidemiológicos para subsidiar o planejamento assistencial. **Objetivo**: Analisar o perfil epidemiológico da mortalidade por neoplasias, insuficiência cardíaca, DPOC e doença de Alzheimer no Brasil, entre 2015 e 2024, segundo características demográficas, temporais e geográficas, discutindo suas implicações para o planejamento dos cuidados paliativos. **Métodos**: Estudo epidemiológico, observacional, ecológico, descritivo e de série temporal, realizado com dados secundários do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM/DataSUS), obtidos pela plataforma TabNet. Foram analisados óbitos registrados no Brasil entre 2015 e 2024, segundo sexo, faixa etária, raça/cor, escolaridade, estado civil, região geográfica e local de ocorrência. **Resultados**: Foram registrados 3.273.050 óbitos por condições potencialmente elegíveis para cuidados paliativos. As neoplasias corresponderam a 71,5%, seguidas por DPOC (12,3%), insuficiência cardíaca (8,9%) e doença de Alzheimer (7,3%). Observou-se aumento dos óbitos por neoplasias e Alzheimer, concentração em faixas etárias avançadas, baixa escolaridade e raça/cor branca. Sudeste e Nordeste concentraram o maior número de óbitos, com predomínio de ocorrência hospitalar. **Conclusão**: A elevada mortalidade por condições potencialmente elegíveis para cuidados paliativos evidencia importante demanda assistencial no Brasil. As diferenças demográficas e regionais reforçam a necessidade de planejamento baseado em evidências. O monitoramento epidemiológico pode contribuir para dimensionar necessidades, direcionar recursos e ampliar a organização e a equidade dos cuidados paliativos, contemplando doenças oncológicas e não oncológicas.

Palavras-chave: **CUIDADOS PALIATIVOS; MORTALIDADE; DOENÇAS CRÔNICAS**

DOI: 10.51161/iv-conasus/89096

TRAÇO FALCIFORME E EXERCÍCIO INTENSO: COMPLICAÇÕES CLÍNICAS E ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO

LILIAN YUMI DE LUCCA MYAZI; JULIANE FRANCINE VAZ ABUSSAMRA; ROSÂNGELA VILLA MARIN MIO

Introdução: O traço falciforme (HbAS) é uma condição hereditária caracterizada pela heterozigose para a hemoglobina S, tradicionalmente considerada benigna. Entretanto, durante exercício físico intenso associado à hipóxia, desidratação, hipertermia e acidose metabólica, pode ocorrer polimerização transitória da hemoglobina S, favorecendo complicações como rabdomiólise por esforço, lesão renal aguda, hematúria, infarto esplênico em altitude e tromboembolismo venoso. **Objetivo:** Descrever, por meio de revisão integrativa, as evidências sobre complicações clínicas relacionadas ao traço falciforme durante exercício físico intenso, enfatizando mecanismos fisiopatológicos, manifestações e estratégias de prevenção. **Material e Métodos:** Realizou-se revisão integrativa nas bases PubMed, LILACS e SciELO, incluindo publicações em português e inglês entre 2000 e 2026. Foram utilizados descritores relacionados ao traço falciforme, exercício, atletas, militares, rabdomiólise, morte súbita, infarto esplênico, lesão renal aguda e trombose. Foram identificados 1.474 registros, dos quais sete estudos foram incluídos após aplicação dos critérios de elegibilidade. **Resultados:** Indivíduos com HbAS permanecem predominantemente assintomáticos em condições habituais, porém apresentam maior suscetibilidade a complicações durante exercício intenso quando expostos a fatores desencadeantes. As principais complicações foram rabdomiólise por esforço, lesão renal aguda, hematúria e infarto esplênico em altitude. Hidratação adequada, aclimatação progressiva, adaptação da carga de treinamento e reconhecimento precoce dos sinais de exaustão estiveram associados à redução de eventos. A associação entre HbAS e morte súbita permanece controversa. **Conclusão:** Embora predominantemente benigno, o traço falciforme pode aumentar a suscetibilidade a complicações durante exercício intenso associado a fatores desencadeantes. A adoção de medidas preventivas e o aconselhamento dos portadores são fundamentais para reduzir eventos adversos. São necessários estudos prospectivos para definir com maior precisão os riscos e as melhores estratégias preventivas.

Palavras-chave: **TRAÇO FALCIFORME; EXERCÍCIO FÍSICO INTENSO; RABDOMIÓLISE**

DOI: 10.51161/iv-conasus/89099

A INICIAÇÃO CIENTÍFICA, APRESENTAÇÕES DE ESPECIALISTAS E DEMONSTRAÇÕES TÉCNICAS COMO ESTRATÉGIAS DE INTEGRAÇÃO ENTRE ENSINO E PRÁTICA

ANA BEATRIZ RODRIGUES SANTOS RUIZ; DIANNA VIEIRA REBELLO ABREU; JÉSSICA KELI COSTA PEREIRA; KAROLLINE DOS SANTOS BIEBE; MARYANA RAMALHO AZEVEDO; LUIZ CARLOS OLIVEIRA; CARLA PORTO LOURENÇO

RESUMO

O presente relato de experiência descreve as atividades desenvolvidas durante a Semana da Saúde UniLaSalle-RJ, com enfoque na integração entre ensino, pesquisa e prática na formação acadêmica em Fisioterapia. A experiência teve como objetivo promover a divulgação da produção científica dos estudantes, ampliar o contato com recursos e técnicas utilizados na prática profissional e favorecer a articulação entre conhecimentos teóricos e experiências práticas. A organização das atividades ocorreu previamente ao evento, por meio de reuniões entre docentes e discentes, nas quais foram definidas estratégias para valorização da produção acadêmica e participação dos estudantes. Durante a programação, foram realizadas exposições de trabalhos científicos elaborados por acadêmicos que participaram de projetos de iniciação científica (IC) e apresentaram seus estudos em congressos, além de apresentações sobre temáticas contemporâneas, como a utilização da inteligência artificial na área da saúde. Também foram desenvolvidas demonstrações práticas de técnicas e recursos aplicados à Fisioterapia, incluindo osteopatia, agulhamento a seco (dry needling) e termografia infravermelha. As atividades possibilitaram aos estudantes observarem a aplicação de conhecimentos em contextos práticos, acompanhar profissionais experientes e participar ativamente das demonstrações, favorecendo a aproximação entre conhecimento científico e realidade profissional. A exposição dos trabalhos contribuiu para ampliar a visibilidade das pesquisas desenvolvidas pelos acadêmicos, estimular a troca de conhecimentos e fortalecer a divulgação científica no ambiente universitário. A participação nas demonstrações práticas proporcionou maior compreensão sobre técnicas específicas e possibilitou a vivência de diferentes recursos utilizados na atuação fisioterapêutica. Observou-se, ainda, que a participação dos estudantes como autores, promotores e participantes das atividades favoreceu o desenvolvimento de autonomia, comunicação, responsabilidade e protagonismo acadêmico. Conclui-se que a experiência contribuiu para fortalecer a formação acadêmica em Fisioterapia ao integrar produção científica, aprendizagem prática e contato com diferentes possibilidades de atuação profissional

DOI: 10.51161/iv-conasus/89141

demonstrando a relevância de estratégias educacionais que aproximem o estudante da pesquisa e da realidade clínica.

Palavras-chave: Produção Acadêmica; Aprendizagem Experiencial; Formação Profissional.

1 INTRODUÇÃO

A formação em Fisioterapia envolve, além da aquisição de conhecimentos teóricos e técnicos, o desenvolvimento da capacidade de analisar situações, buscar informações e tomar decisões fundamentadas. Nesse processo, a aproximação do estudante com diferentes experiências ao longo da graduação contribui para que o conhecimento construído em sala de aula seja relacionado às demandas da prática profissional. A iniciação científica constitui uma dessas experiências, ao inserir o acadêmico no processo de produção do conhecimento e no ambiente da pesquisa. A participação em projetos científicos pode contribuir para o desenvolvimento da escrita acadêmica, da autonomia, da organização e do pensamento crítico, além de favorecer o contato com habilidades que podem ser utilizadas ao longo da formação e da vida profissional (Micheletti et al., 2022). Da mesma forma, a iniciação científica pode ampliar a compreensão do estudante sobre o papel da pesquisa na formação universitária e sua relação com a sociedade (Fernandes; Barbosa, 2022).

A formação, entretanto, não se restringe ao contato com a pesquisa. A vivência de situações práticas também é relevante para que o acadêmico compreenda a aplicação dos conhecimentos adquiridos durante a graduação. Na Fisioterapia, a prática clínica permite relacionar conhecimentos teóricos às intervenções realizadas, contribuindo para o desenvolvimento de confiança, habilidades e competências profissionais (Oliveira et al., 2023). Essa aproximação pode ser fortalecida quando o ensino é associado à prática baseada em evidências, que contribui tanto para a qualidade da formação quanto para o desenvolvimento de conhecimentos e habilidades aplicáveis à atuação profissional (Boshnjaku et al., 2023).

A aproximação entre produção científica e experiências práticas, portanto, pode ampliar as possibilidades de aprendizagem durante a graduação. Espaços que permitem ao estudante conhecer pesquisas, compartilhar conhecimentos e acompanhar demonstrações relacionadas à atuação profissional favorecem a troca entre acadêmicos, docentes e profissionais e tornam possível observar diferentes formas de construção e aplicação do conhecimento.

Nesse contexto, a Semana da Saúde do Centro Universitário La Salle do Rio de Janeiro (UniLaSalle-RJ) reuniu atividades relacionadas à produção científica e à prática profissional, com participação de estudantes, docentes e profissionais. A experiência possibilitou diferentes formas de envolvimento dos acadêmicos, desde o contato com trabalhos científicos até a participação em demonstrações práticas. Assim, o presente trabalho tem como objetivo relatar a experiência das atividades desenvolvidas durante a Semana da Saúde, com enfoque na iniciação científica e nas demonstrações práticas como estratégias de integração entre ensino, pesquisa e prática profissional.

2 RELATO DE CASO/EXPERIÊNCIA

A organização das atividades científicas e práticas da Semana da Saúde UniLaSalle-RJ teve início previamente ao evento, por meio de reuniões entre docentes e discentes da instituição. Durante esses encontros, foram discutidas estratégias para valorizar a produção acadêmica dos estudantes e proporcionar experiências práticas relacionadas à formação em Fisioterapia. A partir dessas discussões, foi definida a realização de uma exposição de trabalhos científicos produzidos pelos acadêmicos, bem como a realização de demonstrações práticas de técnicas e recursos utilizados na área da Fisioterapia.

Uma das propostas desenvolvidas foi a exposição de trabalhos acadêmicos elaborados por estudantes que já haviam participado de projetos de iniciação científica e apresentado seus estudos em congressos científicos. A iniciativa teve como objetivo proporcionar visibilidade à produção científica desenvolvida pelos próprios acadêmicos e possibilitar que outros estudantes, docentes e membros da comunidade acadêmica tivessem contato com diferentes pesquisas e experiências relacionadas à iniciação científica. Dessa forma, a atividade favoreceu a divulgação dos trabalhos desenvolvidos pelos estudantes e o intercâmbio de conhecimentos no ambiente universitário.

Para a exposição, foram selecionados trabalhos científicos previamente desenvolvidos pelos estudantes e apresentados em formato de banner. Os materiais foram organizados nos corredores da instituição durante o evento, permitindo que os participantes tivessem contato com diferentes produções acadêmicas ao longo do dia. Dessa maneira, a produção científica dos estudantes permaneceu acessível aos participantes durante a programação, favorecendo a divulgação dos trabalhos e o intercâmbio de conhecimentos dentro do ambiente universitário.

Além da exposição dos banners, a programação contemplou atividades relacionadas à iniciação científica, com apresentações realizadas por estudantes acerca de seus projetos e resultados. Ademais, foram abordadas temáticas contemporâneas relacionadas à utilização da inteligência artificial na área da saúde, proporcionando um espaço de discussão sobre novas possibilidades e desafios relacionados às tecnologias no contexto acadêmico e profissional.

As atividades práticas inicialmente planejadas em formato de oficinas foram adaptadas para demonstrações devido ao grande número de estudantes interessados em participar. A aplicação de oficinas baseadas em metodologias ativas possibilita aos discentes vivenciar situações relacionadas ao desenvolvimento dessas competências, demonstrando potencial para ampliar a aprendizagem e promover a transferência do conhecimento para além do ambiente acadêmico. Entre as experiências realizadas, destacou-se a demonstração de osteopatia conduzida por Philippe Manuard, profissional com experiência na área. A atividade possibilitou aos estudantes observarem a aplicação prática de conhecimentos relacionados à técnica e acompanhar a atuação do profissional durante a demonstração.

Para além disso, foi realizada uma demonstração de agulhamento a seco (dry needling), conduzida pelo professor Luiz Carlos Soares. Durante essa atividade, estudantes que já possuíam capacitação relacionada à técnica participaram como auxiliares, contribuindo para a realização da demonstração e possibilitando uma participação mais ativa dos acadêmicos. A atividade favoreceu a aproximação entre conhecimento teórico e aplicação prática, além de possibilitar a observação da técnica em um contexto supervisionado. Outra atividade prática realizada durante o evento foi uma demonstração relacionada à termografia infravermelha aplicada à Fisioterapia, ampliando o contato dos estudantes com diferentes recursos e tecnologias utilizados na área profissional. A experiência com diferentes técnicas e recursos também pode ampliar o contato dos estudantes com possibilidades de atuação e cuidado em saúde. Dessa forma,

DOI: 10.51161/iv-conasus/89141

a realização de demonstrações práticas no ambiente acadêmico pode representar uma estratégia relevante para ampliar o conhecimento dos estudantes, além de contribuir para a compreensão da importância das intervenções fisioterapêuticas, o contato com demonstrações práticas também pode favorecer a compreensão dos conteúdos e contribuir para o desenvolvimento da confiança e das habilidades necessárias à formação profissional.

A realização conjunta da exposição científica, das apresentações de iniciação científica e das demonstrações práticas possibilitou que os estudantes assumissem diferentes papéis durante a Semana da Saúde, tanto como participantes quanto como produtores e divulgadores de conhecimento. Assim, o evento proporcionou um espaço de integração entre a produção acadêmica, a aprendizagem prática e a experiência profissional.

3 DISCUSSÃO

A iniciação científica contribui para a formação acadêmica ao favorecer o desenvolvimento do pensamento crítico, da capacidade investigativa e da aproximação dos estudantes com a produção do conhecimento científico. Segundo Micheletti et al. (2022), a participação em atividades de iniciação científica pode ampliar a autonomia, a organização e as experiências acadêmicas dos estudantes, além de favorecer o contato com o ambiente de pesquisa. Nesse contexto, a participação dos acadêmicos em atividades científicas durante a Semana da Saúde possibilitou a valorização da produção acadêmica e o compartilhamento de conhecimentos com outros estudantes e membros da comunidade universitária.

Nesse contexto, a apresentação dos trabalhos em formato de banners constituiu uma estratégia de divulgação científica durante a Semana da Saúde, possibilitando que pesquisas desenvolvidas pelos próprios acadêmicos fossem compartilhadas com outros estudantes, docentes e participantes do evento. Essa experiência favoreceu a troca de conhecimentos, a valorização da produção científica discente e o desenvolvimento de habilidades relacionadas à comunicação e à divulgação do conhecimento.

Da mesma forma, as demonstrações práticas desempenham um papel importante no processo de ensino, ao aproximarem os conteúdos teóricos da realidade profissional. A aproximação dos estudantes com diferentes contextos de atuação também pode contribuir para a compreensão ampliada do papel do fisioterapeuta e de sua responsabilidade profissional e social. Pereira Neto et al. (2016) destacam a relevância de experiências que aproximam os estudantes da realidade social e profissional, ampliando a compreensão sobre o cuidado em saúde. Nesse sentido, a observação da aplicação de técnicas e recursos fisioterapêuticos possibilitou aos estudantes compreender, de maneira mais concreta, conteúdos discutidos em sala de aula, favorecendo a integração entre conhecimento científico e prática profissional.

Além disso, a participação ativa dos estudantes tanto na organização quanto na execução das atividades contribui para uma aprendizagem mais significativa. Ao assumirem o papel de produtores, divulgadores e mediadores do conhecimento, os acadêmicos desenvolvem competências relacionadas ao trabalho em equipe, à comunicação, à responsabilidade e ao protagonismo em sua própria formação, aspectos também relacionados ao uso de metodologias ativas no processo educativo (Gonçalves, 2025).

Dessa forma, a integração entre iniciação científica, divulgação do conhecimento por meio de banners e demonstrações práticas evidencia a relevância de estratégias educacionais que aproximem os estudantes da produção científica e da realidade profissional, contribuindo para uma formação mais crítica, participativa e baseada em evidências.

4 CONCLUSÃO

A experiência vivenciada permitiu concluir que a associação entre demonstrações práticas e exposição da produção científica constituiu uma estratégia relevante para a formação acadêmica em Fisioterapia. A integração entre a produção científica e as atividades práticas favoreceu a aproximação entre ensino, pesquisa e prática profissional, contribuindo para uma formação acadêmica mais integrada.

A exposição dos trabalhos de iniciação científica possibilitou maior visibilidade à produção acadêmica dos discentes, além de estimular a troca de conhecimentos e o contato dos estudantes com diferentes experiências de pesquisa. Paralelamente, as demonstrações práticas de técnicas e recursos fisioterapêuticos favoreceram a aproximação dos acadêmicos com diferentes possibilidades de atuação profissional e com a aplicação de conhecimentos em contextos supervisionados.

Portanto, ao posicionar o estudante como participante ativo na produção, promoção e vivência do conhecimento, a experiência contribuiu para aproximar a formação universitária da realidade profissional. A integração entre pesquisa e prática reforça a importância de estratégias educacionais que estimulem o protagonismo acadêmico, a comunicação, o pensamento crítico e a formação baseada em evidências.

REFERÊNCIAS

BOSHNJAKU, A.; ARNADOTTIR, S. A.; PALLOT, A.; WAGENER, M.; ÄIJÖ, M. Improving the evidence-based practice skills of entry-level physiotherapy students through educational interventions: a scoping review of literature. International Journal of Environmental Research and Public Health, v. 20, n. 16, p. 6605, 2023.

FERNANDES, Helder Matheus Alves; BARBOSA, Elane da Silva. Pesquisa na formação do universitário: iniciação científica como espaço de possibilidades entre os acadêmicos da área da saúde. *Revista Thema*, v. 21, n. 4, p. 1110–1121, 2022.

GONÇALVES, Cíntia dos Santos. Desenvolvimento de oficina educacional, baseada em metodologias ativas, para sensibilização de discentes de Fisioterapia para prática do atendimento humanizado. 2025. Disponível em: https://repositorio.uscs.edu.br/handle/123456789/1546. Acesso em: 11 ago. 2026.

MICHELETTI, Vânia Celina Dezoti; BRITO, Jéssica Rosiane de; BONIN, Maria Eduarda Martins; MAI, Scheila; DIPP, Taís. As contribuições da iniciação científica para a formação profissional de acadêmicas da área da saúde: um relato de experiência. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DA REDE UNIDA, 15., 2022, Vitória. *Anais do 15º Congresso Internacional da Rede Unida*. Vitória, 2022. Disponível em: http://conferencia2018.redeunida.org.br/ocs2/index.php/15CRU/15CRU/paper/view/15147. Acesso em: 11 ago. 2026.

OLIVEIRA, Thalita Fonseca Alencar; SOUZA, Isa Clara Andrade; RIBEIRO, Mayale Silva; CERQUEIRA, Poliana Santos; JESUS, Cleber Souza de. Importância da prática clínica para acadêmicos de Fisioterapia: um relato de experiência. 2023. Disponível em: https://anais2.uesb.br/index.php/sebfisio/article/view/134. Acesso em: 11 ago. 2026.

PEREIRA NETO, Elísio Alves et al. Saúde na escola: reflexões a partir das vivências dos estudantes de Fisioterapia. *Tempus Actas de Saúde Coletiva*, v. 10, n. 1, p. 231-239, 2016.

A ASSEMBLEIA DE USUÁRIOS COMO ESPAÇO DE ESCUTA E PARTICIPAÇÃO NA CONSTRUÇÃO DO CUIDADO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

JAIRO JUAREZ PORTO JÚNIOR; LAURA SCHNEIDERS IRIGOYEN; LUMA DOS SANTOS OLIVEIRA; MARIA ALICE BRUNO; MARIA AUGUSTA CARVALHO DE MEDEIROS SANTOS; ROSANE GREFF; MARINA CORBETTA BENEDET

RESUMO

O presente relato de experiência descreve a implementação de assembleias como dispositivos grupais no Serviço-Escola de Psicologia da Universidade do Vale do Itajaí (UNIVALI), com foco na promoção da autonomia, cidadania e corresponsabilização dos usuários dos serviços de saúde mental. Inseridas no contexto da Reforma Psiquiátrica brasileira, tais práticas visam à desinstitucionalização e à construção coletiva do cuidado, alinhando-se aos princípios da atenção psicossocial. A experiência relatada compreendeu a realização de duas assembleias, em diferentes turnos, conduzidas por estagiários vinculados ao Serviço-Escola e supervisionadas por psicólogos responsáveis. A proposta foi organizada como um espaço coletivo de escuta, diálogo e participação, possibilitando aos usuários a expressão de percepções, sugestões e demandas relacionadas ao funcionamento do serviço.A metodologia adotada envolveu a atuação de estagiários dos períodos finais do curso de Psicologia, organizados em grupos responsáveis por registros, comunicação e sistematização das informações produzidas durante a experiência. Foram coletadas sugestões dos usuários para qualificar a dinâmica das assembleias, considerando as demandas apresentadas pelos participantes e a importância da participação dos usuários na construção de espaços de cuidado. A realização da atividade também se articulou ao processo formativo dos estagiários, possibilitando experiências relacionadas à escuta, à organização coletiva e à construção de práticas participativas.Os resultados indicaram o fortalecimento dos vínculos entre usuários e profissionais, a ampliação da escuta qualificada e a valorização da participação ativa dos sujeitos no processo de cuidado. Destacaram-se, ainda, demandas por maior continuidade no atendimento e pelo aprimoramento da comunicação institucional. Conclui-se que as assembleias configuram-se como dispositivos potentes de humanização, participação e construção coletiva do cuidado, contribuindo também para a formação crítica dos futuros psicólogos e reafirmando o compromisso com práticas éticas, democráticas e orientadas pelos direitos humanos.

Palavras-chave: Saúde Mental;Participação dos usuários;Serviço-escola.

1 INTRODUÇÃO

A realização de assembleias de usuários em serviços de saúde, especialmente no campo da saúde mental, representa uma prática voltada ao fortalecimento de processos

DOI: 10.51161/iv-conasus/89142

coletivos e democráticos de cuidado. No contexto da Reforma Psiquiátrica brasileira e da luta antimanicomial, tais práticas contribuem para a ruptura com modelos centrados na institucionalização, valorizando a singularidade, a autonomia e a participação dos sujeitos (Silva et al., 2022). Nesse sentido, as assembleias configuram-se como dispositivos que promovem a circulação da palavra, a corresponsabilização e o protagonismo dos usuários na construção das práticas que os envolvem (Amarante & Torre, 2021; Nicácio et al., 2021).

As assembleias favorecem a escuta qualificada, o fortalecimento dos vínculos e a construção de práticas de cuidado mais éticas e humanizadas. Ao possibilitarem espaços de diálogo e participação, permitem que os usuários expressem suas experiências, sugestões e demandas, contribuindo para o fortalecimento de sua autonomia e protagonismo nos processos de cuidado (Dias et al., 2023; Formiga et al., 2023; Barcelos et al., 2024).No Serviço-Escola de Psicologia da Universidade do Vale do Itajaí (UNIVALI), a realização das assembleias configura-se como um espaço coletivo de diálogo entre usuários e profissionais, promovendo a escuta ativa e a participação dos usuários. A prática também se constitui como uma experiência formativa para os acadêmicos envolvidos, possibilitando a vivência de práticas de cuidado e o desenvolvimento de competências éticas, políticas e relacionais (Brasil, 2011; Costa-Rosa et al., 2023).

Assim, a realização das assembleias contribui para a criação de espaços de expressão, compartilhamento de experiências e proposição de mudanças no contexto institucional. Diante disso, este trabalho teve como objetivo desenvolver e analisar a Assembleia Geral para Usuários do Serviço-Escola do curso de Psicologia da UNIVALI como uma estratégia de cuidado coletivo, visando à promoção da inclusão social, da escuta ativa e do fortalecimento dos vínculos dos usuários do Serviço-Escola.

2 RELATO DE EXPERIÊNCIA

A experiência foi realizada no Serviço-Escola de Psicologia da Universidade do Vale do Itajaí (UNIVALI), a partir da organização da Assembleia dos Usuários no primeiro semestre de 2025. A proposta foi desenvolvida por estagiários do curso de Psicologia, sob supervisão dos psicólogos responsáveis pelo Serviço-Escola, com o objetivo de criar um espaço coletivo de escuta, diálogo e participação dos usuários, possibilitando a expressão de percepções, sugestões e demandas relacionadas ao funcionamento do serviço.

Para a realização da Assembleia, os estagiários foram organizados em grupos de trabalho responsáveis por diferentes etapas da atividade, incluindo a organização e acolhimento dos participantes, a comunicação e divulgação do evento, a condução das atividades com adultos, crianças e adolescentes, a elaboração de instrumentos de avaliação e o registro da experiência. A divulgação ocorreu por meio de mensagens via WhatsApp, materiais impressos disponibilizados nas dependências do Serviço-Escola, postagens nas redes sociais e convites realizados pelos próprios estagiários durante os atendimentos.

Foram realizadas duas assembleias no dia 21 de maio de 2025, no Auditório III do Bloco F2 da UNIVALI, uma no período matutino, das 10h às 12h, e outra no período noturno, das 19h30 às 21h30. Os encontros foram organizados de forma a contemplar diferentes públicos do Serviço-Escola, incluindo usuários adultos, crianças e adolescentes. A Assembleia destinada aos usuários adultos teve duração de duas horas e foi organizada em diferentes momentos. Inicialmente, foi realizada uma contextualização sobre a proposta da Assembleia e apresentadas mudanças observadas após a edição realizada no semestre anterior.

Em seguida, foi desenvolvida a dinâmica “Troca de Papéis”, na qual os participantes foram organizados em duplas para se conhecerem e, posteriormente, apresentarem seus colegas ao grupo.

Os momentos seguintes foram destinados à escuta e à discussão coletiva sobre a

experiência dos usuários no Serviço-Escola. Para isso, foram propostas questões como "O que o Serviço-Escola representa para você?" e "Como é ser usuário da clínica?", possibilitando que os participantes expressassem suas percepções por meio de materiais gráficos, como papel kraft, giz de cera, tintas e canetinhas. Posteriormente, a discussão foi direcionada à reflexão sobre possíveis mudanças e melhorias no serviço, a partir de questões relacionadas ao conhecimento sobre o Serviço-Escola, formas de deslocamento até o local, estrutura física, atividades oferecidas e demandas ainda não contempladas. As sugestões levantadas foram registradas e encaminhadas à coordenação do Serviço-Escola.

Para crianças e adolescentes, foram planejadas atividades específicas, considerando as particularidades de cada faixa etária. Para as crianças, foram propostas atividades de contação de histórias e rodas de conversa, enquanto, para os adolescentes, foi planejada uma atividade de feedback anônimo, na qual poderiam registrar aspectos de que gostavam ou não no Serviço-Escola, bem como apresentar sugestões. No entanto, nenhuma criança ou adolescente compareceu ao evento, impossibilitando a realização das atividades planejadas para esse público.

A experiência também contou com instrumentos de avaliação elaborados para usuários e estagiários. Os formulários buscaram reunir percepções sobre a experiência da Assembleia, a oportunidade de expressão dos participantes e sugestões para futuros encontros. Além disso, integrantes responsáveis pela avaliação realizaram registros sobre a quantidade de participantes, horários de entrada e saída e principais tópicos discutidos durante os encontros.

A escuta dos usuários evidenciou sugestões relacionadas principalmente ao espaço físico, à comunicação institucional e à ampliação das atividades oferecidas pelo Serviço-Escola. Entre as demandas apresentadas, destacaram-se sugestões para tornar o ambiente mais acolhedor, como a inclusão de plantas e produções dos próprios usuários nos espaços, além da melhoria da comunicação sobre atividades e serviços disponíveis. Os participantes também manifestaram interesse em outras possibilidades de atividades, como grupos de jardinagem ou horta terapêutica, práticas ao ar livre e musicoterapia.

3 DISCUSSÃO

A realização da Assembleia dos Usuários possibilitou a criação de um espaço coletivo de escuta, diálogo e participação no cotidiano do Serviço-Escola. As sugestões e reflexões apresentadas pelos participantes evidenciam a importância de incluir os usuários nos processos que envolvem o funcionamento do serviço e a construção das práticas de cuidado. Nesse sentido, Junqueira, Carniel e Mantovani (2015) compreendem as assembleias como um recurso terapêutico produtor de autonomia e como espaços potenciais para a mediação de conflitos e para a comunicação institucional. A experiência também se aproxima das discussões de Amarante e Torre (2021) e Nicácio et al. (2021), ao evidenciarem o potencial desses dispositivos para promover a circulação da palavra, a corresponsabilização e o protagonismo dos sujeitos na construção das práticas que os envolvem.

DOI: 10.51161/iv-conasus/89142

A possibilidade de os usuários expressarem suas percepções, sugestões e demandas reforça a compreensão da escuta como elemento importante na produção do cuidado. Cecílio e Merhy (2022) apontam a necessidade de reconhecer as experiências e os saberes dos usuários como fundamentais para a construção de processos de cuidado coerentes com suas necessidades. Na Assembleia, as manifestações relacionadas ao espaço físico, à comunicação e às atividades oferecidas permitiram que os participantes contribuíssem com a reflexão sobre o funcionamento do Serviço-Escola. Tal aspecto também se articula às discussões de Dias et al. (2023) e Formiga et al. (2023), que destacam a importância dos espaços de diálogo e comunicação para o fortalecimento da participação e da corresponsabilização dos sujeitos.

As sugestões relacionadas ao espaço físico evidenciaram o desejo dos usuários por um ambiente mais acolhedor e com maior possibilidade de identificação pessoal. A inclusão de plantas, desenhos e produções dos próprios usuários foi apontada como uma possibilidade de tornar o espaço mais próximo daqueles que o frequentam. Essa percepção encontra aproximação com o estudo de Sui et al. (2023), que destaca a relevância de elementos como plantas, arte e luz natural nos ambientes de tratamento em saúde mental. Além disso, a possibilidade de os usuários deixarem suas próprias marcas no espaço pode ser relacionada à construção de vínculos e ao sentimento de pertencimento ao serviço, aspecto discutido por Franco e Franco (2022) ao abordarem práticas pautadas na ética do encontro e no reconhecimento da singularidade do outro.

Outro aspecto relevante foi a comunicação institucional e a manifestação de interesse dos usuários por outras atividades, como grupos de horta ou jardinagem terapêutica, musicoterapia e atividades ao ar livre. A necessidade de ampliar o acesso às informações sobre as atividades e serviços disponíveis evidencia a importância da comunicação na relação entre usuários e instituição. Junqueira, Carniel e Mantovani (2015) apontam que as assembleias podem funcionar como canais de comunicação institucional, enquanto Dias et al. (2023) destacam seu potencial como espaços nos quais os participantes podem relatar experiências, sugerir mudanças, esclarecer dúvidas e refletir sobre seus processos de cuidado. Dessa forma, as demandas apresentadas possibilitaram a identificação de aspectos do cotidiano institucional e de possibilidades de práticas que poderiam ser consideradas pelo Serviço-Escola.

Por fim, a experiência também apresentou uma dimensão formativa importante para os estagiários envolvidos em sua organização. As Diretrizes Curriculares Nacionais para a formação em Psicologia orientam a preparação de profissionais de forma crítica, ética e socialmente comprometida com os direitos humanos (Brasil, 2011). Nesse sentido, a participação na organização e realização da Assembleia possibilitou vivências relacionadas à escuta, à organização coletiva e à compreensão das dinâmicas institucionais. Essa experiência se articula à reflexão de Costa-Rosa et al. (2023), segundo a qual a formação dos futuros psicólogos demanda sensibilidade para as vulnerabilidades sociais e comprometimento com a transformação das práticas, contribuindo para uma formação vinculada à participação, à escuta e à construção coletiva do cuidado.

4 CONCLUSÃO

A realização da Assembleia dos Usuários no Serviço-Escola de Psicologia da Universidade do Vale do Itajaí revelou-se uma experiência significativa tanto para os usuários quanto para os estagiários envolvidos em sua organização. Ao criar um espaço de escuta e diálogo, a proposta possibilitou que diferentes vozes fossem ouvidas e que os usuários expressassem percepções, críticas e sugestões relacionadas ao funcionamento do Serviço-Escola. Questões como a comunicação institucional, a rotatividade dos estagiários, a estrutura física e a oferta de atividades evidenciaram a importância do vínculo estabelecido com o espaço e com as pessoas que o compõem na experiência dos usuários.

DOI: 10.51161/iv-conasus/89142

A experiência também contribuiu para a reflexão sobre a participação dos usuários na construção e avaliação dos serviços que os acolhem. A escuta das demandas apresentadas permitiu identificar possibilidades de aprimoramento e reforçou a importância de reconhecer a experiência daqueles que utilizam o serviço como parte fundamental de seu funcionamento. Ao mesmo tempo, a participação dos estagiários na organização e realização da Assembleia possibilitou ampliar a compreensão sobre o cuidado para além da técnica, considerando o contexto, as relações e a escuta ativa como dimensões fundamentais da prática profissional.

Assim, a Assembleia constituiu-se não apenas como um momento de compartilhamento, mas também como um espaço de participação e um recurso formativo para os futuros profissionais de Psicologia. Os dados levantados nas atividades e nos formulários reforçam a importância de valorizar e sistematizar iniciativas dessa natureza, reconhecendo o protagonismo dos usuários e suas contribuições para o aprimoramento do Serviço-Escola. A continuidade de propostas voltadas à escuta e à participação pode contribuir para a construção de uma clínica-escola mais sensível às demandas da comunidade que atende e aberta às transformações produzidas por aqueles que dela fazem parte.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo; TORRE, Edison. *Dispositivos de cuidado: práticas clínicas e políticas públicas em saúde mental*. São Paulo: Hucitec, 2021.

BARCELOS, M. de S.; SILVA, I. P.; BALSINI, D. S. Assembleia de usuários no CAPS como exercício de cidadania. *APS em Revista*, v. 5, n. 3, p. 152–158, 2024.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Resolução CNE/CES nº 5, de 15 de março de 2011**. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Graduação em Psicologia e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 18 mar. 2011.

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira; MERHY, Emerson Elias. A escuta como eixo central na construção do cuidado em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 27, n. 5, p. 1625-1634, 2022.

COSTA-ROSA, Artur et al. Formação em Psicologia e reforma psiquiátrica: contribuições para práticas críticas e emancipatórias. *Revista Psicologia e Sociedade*, Belo Horizonte, v. 35, e023005, 2023.

DIAS, H. S. R. et al. Educação e saúde mental: as assembleias de usuários como espaço de diálogo e autonomia. *Anais do IX Congresso Nacional de Educação (CONEDU)*, 2023. Disponível em: https://editorarealize.com.br/artigo/visualizar/95771. Acesso em: 14 maio 2025.

FORMIGA, W. D. D. et al. O impacto das assembleias na humanização em saúde em um centro de atenção psicossocial. *Cadernos Saúde Coletiva*, v. 31, n. 1, 2023.

FRANCO, Tânia; FRANCO, Sandro. O cuidado como encontro: considerações sobre escuta, vínculo e acolhimento. *Revista Brasileira de Psicologia*, v. 11, n. 2, p. 108–121, 2022.

JUNQUEIRA, Anamélia Maria Guimarães; CARNIEL, Isabel Cristina; MANTOVANI, Alexandre. As assembleias como possibilidades de cuidado em saúde mental em um CAPS. *Vínculo*, São Paulo, v. 12, n. 1, p. 31–40, abr. 2015. Disponível em:

https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-24902015000100006.

NICÁCIO, Fábio et al. A assembleia como prática participativa em saúde mental: efeitos no cuidado e na gestão. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 45, n. 129, p. 736–748, 2021.

SILVA, Mayara Ruth Sérvolo; CAVALCANTE, Alini Pontes; VERAS, Jéssica Freire dos Santos. Assembleia de usuários: espaço de participação social no CAPS. In: *OPEN SCIENCE RESEARCH III*. Editora Científica Digital, 2022. p. 843–848. ISBN 978-65-5360-102-4.

SUI, Tiffany Y. et al. The impact of physical environments on outpatient mental health recovery: a design-oriented qualitative study of patient perspectives. *PLOS ONE*, [S.l.], v. 18, n. 4, e0283962, 19 abr. 2023. Disponível em: https://doi.org/10.1371/journal.pone.0283962. Acesso em: 29 maio 2025.

EVOLUÇÃO DAS DESIGUALDADES REGIONAIS NO CUMPRIMENTO DA LEI DOS 60 DIAS PARA O TRATAMENTO DO CÂNCER DE MAMA EM MULHERES DE 40–69 ANOS NO BRASIL, 2019–2025: ESTUDO ECOLÓGICO DE SÉRIE TEMPORAL

AMANDA GOMES SOARES; LETÍCIA GOMES SOARES; CAROLINA ALVES PEREIRA NICOLI

Introdução:O câncer de mama é a neoplasia maligna mais incidente entre mulheres brasileiras, excluindo pele não melanoma, com 73.610 casos novos estimados para 2025 pelo INCA. Estudos nacionais apontam elevada frequência de início terapêutico após 60 dias e desigualdades regionais, porém sua evolução até 2025 permanece pouco esclarecida. **Objetivo:** Analisar a evolução das desigualdades regionais no cumprimento da Lei dos 60 Dias para início do tratamento do câncer de mama em mulheres de 40–69 anos no Brasil, entre 2019 e 2025. **Metodologia:** Estudo ecológico de série temporal, nacional, com dados do PAINEL-Oncologia/DATASUS, extraídos em 15/07/2026, provenientes do SIA/SUS, SIH/SUS e SISCAN. Incluíram-se mulheres de 40 a 69 anos, com diagnóstico C50, entre 2019 e 2025. Analisaram-se ano do diagnóstico, região de residência, faixa etária e tempo diagnóstico–tratamento. Considerou-se tratamento oportuno ≤60 dias e atraso >60 dias, excluindo registros sem informação de tratamento no denominador. Calcularam-se frequências absolutas e proporções anuais e regionais. Por utilizar dados públicos, agregados e sem identificação individual, dispensa-se avaliação pelo CEP/CONEP, conforme Resolução CNS nº 510/2016. **Resultados:** Foram registrados 283.220 casos, com maior frequência entre mulheres de 55–59 anos, 52.046 (18,4%). Entre 228.351 registros com tempo conhecido e 135.353 (59,3%) iniciaram tratamento após 60 dias. O atraso variou de 17.842 casos (56,8%) em 2019 para 15.295 (53,9%) em 2020, atingiu 22.424 (62,4%) em 2024 e reduziu para 16.451 (57,9%) em 2025. O Centro-Oeste apresentou maior proporção acumulada, com 9.451 casos (63,5%), seguido do Norte, 6.619 (62,3%), Sudeste, 62.773 (61,3%), Nordeste, 31.661 (59,0%), e Sul, 24.849 (53,1%). Registros sem informações de tratamento totalizaram 54.869 (19,4%). **Conclusão:** O atraso >60 dias ocorreu em 59,3% dos casos, maior no Centro-Oeste (63,5%) e menor no Sul (53,1%), evidenciando desigualdade regional. O achado está em consonância com estudos nacionais sobre disparidades territoriais e pode refletir desigualdades na oferta e capacidade dos serviços oncológicos. Como limitação, destacam-se incompletude e possível subnotificação dos dados secundários. Conclui-se que persistem desigualdades no cumprimento da Lei dos 60 Dias, reforçando a importância de monitoramento regional e qualificação da atenção oncológica.

Palavras-chave: **ACESSIBILIDADE AOS SERVIÇOS DE SAÚDE; DISPARIDADES EM ASSISTÊNCIA À SAÚDE; EQUIDADE EM SAÚDE**

DOI: 10.51161/iv-conasus/89146

A IMPORTÂNCIA DA EDUCAÇÃO TRANSVERSAL NA FORMAÇÃO ACADÊMICA EM SAÚDE

ANA BEATRIZ RODRIGUES SANTOS RUIZ; DIANNA VIEIRA REBELLO ABREU; JÉSSICA KELI COSTA PEREIRA; KAROLLINE DOS SANTOS BIEBE; MARYANA RAMALHO AZEVEDO; V ANESSA PAES FERNANDES; ROBERTA DE SOUZA TEIXEIRA RIBEIRO.

RESUMO

A educação transversal caracteriza-se pela integração de diferentes conhecimentos, áreas de atuação e experiências ao longo da formação acadêmica, favorecendo uma aprendizagem ampla e articulada com a realidade profissional. O presente trabalho tem como objetivo relatar a experiência de organização e realização da Semana da Saúde UniLaSalle-RJ, ressaltando sua contribuição para a formação acadêmica e para a ampliação do conhecimento dos estudantes sobre as diversas possibilidades de atuação profissional na Fisioterapia. Trata-se de um relato de experiência, elaborado a partir da participação de docentes e discentes no planejamento e no desenvolvimento das atividades realizadas durante o evento. A organização foi conduzida por meio de reuniões voltadas à definição da programação e das estratégias de envolvimento dos estudantes, com a participação de profissionais convidados que apresentavam diferentes trajetórias acadêmicas e profissionais. Ao longo da programação, foram promovidas palestras e discussões sobre diferentes áreas da Fisioterapia, contemplando Neurologia, Fisioterapia Esportiva, Respiratória, Dermatofuncional, Terapia Intensiva e Atenção Básica, além de temas relacionados à atuação profissional e às atribuições do Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 2ª Região (CREFITO-2). O evento também contou com atividades de integração, sorteios de materiais relacionados à área da saúde e à Fisioterapia, bem como oportunidades de participação em visitas técnicas.A experiência proporcionou aos estudantes contato com diferentes realidades profissionais, favorecendo a troca de conhecimentos, a compreensão das competências necessárias ao exercício da profissão e a reflexão sobre as diversas possibilidades de inserção no mercado de trabalho. A participação de profissionais com diferentes experiências acadêmicas e profissionais contribuiu, ainda, para aproximar os estudantes das realidades vivenciadas após a graduação e ampliar sua compreensão acerca da atuação fisioterapêutica em diferentes contextos. Diante do exposto, a Semana da Saúde UniLaSalle-RJ constituiu um importante espaço de integração entre formação acadêmica e realidade profissional, favorecendo a construção da identidade profissional e uma formação mais crítica, diversificada e preparada para os diferentes campos de atuação da Fisioterapia.

Palavras-chave: Desenvolvimento profissional; experiência acadêmica; ensino em saúde.

1 INTRODUÇÃO

A formação do fisioterapeuta demanda de atualizações constantes diante dos avanços científicos, tecnológicos e das necessidades da população. Nesse contexto, a educação transversal em saúde (EPS) surge como estratégia de aperfeiçoamento das práticas profissionais e dos serviços de saúde, constituindo importante ferramenta para transformação do cuidado e promovendo o desenvolvimento crítico, reflexivo, técnico e propositivo dos profissionais (Ferraz et al., 2022).

A educação transversal também está relacionada à aprendizagem ao longo da vida e à necessidade de atualização dos profissionais da área da saúde (World health organization, 2024).

Ainda durante a graduação, é fundamental que os estudantes participem de atividades extracurriculares que ampliem os conhecimentos adquiridos em sala de aula e favoreçam o desenvolvimento de competências técnicas, científicas e éticas. Entre essas atividades, destacam-se as semanas acadêmicas e eventos científicos, que proporcionam contato com profissionais experientes, diferentes áreas de atuação da Fisioterapia e discussões sobre temas atuais da profissão. Além de complementar o conteúdo acadêmico, essas experiências podem aproximar os estudantes da realidade profissional e favorecer o contato com diferentes possibilidades de atuação.

Nesse cenário, a Semana da Saúde UniLaSalle-RJ foi idealizada como uma estratégia de educação transversal voltada à formação dos acadêmicos de Fisioterapia. O evento reuniu profissionais de diversas especialidades, o presidente do Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 2ª Região (CREFITO-2) e estudantes, promovendo palestras, discussões e atividades de integração que possibilitaram aos participantes a ampliação do conhecimento sobre diferentes campos de atuação profissional. Dessa forma, este relato de experiência tem como objetivo descrever a organização e a realização da Semana da Saúde UniLaSalle-RJ, destacando sua contribuição para a formação acadêmica dos estudantes de Fisioterapia e para o fortalecimento da educação transversal como ferramenta de qualificação profissional.

2 RELATO DE EXPERIÊNCIA

A organização da Semana da Saúde UniLaSalle-RJ teve início antes da realização do evento, por meio de reuniões envolvendo docentes e discentes da instituição. Esses encontros possibilitaram o planejamento das atividades e a definição de estratégias que contribuíssem para a formação acadêmica e profissional dos estudantes de Fisioterapia. A partir das discussões realizadas, foi estruturada uma programação composta por palestras com profissionais convidados de diferentes áreas de atuação da Fisioterapia, aproximando os acadêmicos de experiências profissionais diversas e com diferentes possibilidades de atuação após a graduação.

Durante o processo de organização, buscou-se reunir profissionais com diferentes trajetórias acadêmicas e profissionais, de modo a proporcionar aos estudantes uma programação diversificada. Entre os convidados, estiveram profissionais especializados em áreas como fisioterapia neurológica, esportiva, respiratória, dermatofuncional, terapia

intensiva e atenção básica, além da participação do presidente do Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 2ª Região (CREFITO-2), que abordou aspectos relacionados à atuação do Conselho e sua importância para os profissionais e acadêmicos de Fisioterapia.

No dia do evento, as atividades tiveram início desde as primeiras horas do dia, com a participação dos estudantes na organização do espaço e recepção dos participantes. Ao longo da programação, foram realizadas palestras voltadas à apresentação de diferentes campos de atuação profissional. Entre as atividades, destacou-se a participação de Roberta Mendonça, que apresentou aspectos relacionados à sua experiência profissional na área da Fisioterapia, além da palestra ministrada pelo presidente do CREFITO-2, Wilen Heil e Silva, que possibilitou aos estudantes conhecerem melhor as atribuições do Conselho, sua função na profissão e sua relevância para a formação acadêmica.

Também foram realizadas palestras relacionadas à Fisioterapia Esportiva, com a participação de profissional atuante no contexto esportivo, possibilitando aos estudantes conhecer aspectos da atuação fisioterapêutica no esporte de alto rendimento. Durante a programação, foram ainda abordadas áreas como Fisioterapia em Unidade de Terapia Intensiva e Fisioterapia na Atenção Básica, incluindo relatos relacionados à inserção profissional no serviço público e à experiência de ingresso por meio de concurso.

Além das palestras relacionadas às diferentes áreas da Fisioterapia, a programação contou com momentos destinados à discussão de temas atuais e à aproximação dos estudantes com profissionais que já atuam no mercado de trabalho. A diversidade de convidados permitiu que os acadêmicos tivessem contato com diferentes trajetórias profissionais, experiências e perspectivas sobre a atuação fisioterapêutica. Como parte das atividades de integração e participação dos acadêmicos, também foram realizados sorteios de livros e materiais relacionados à área da saúde e à Fisioterapia, além de brindes institucionais e oportunidades de participação em visitas técnicas. Essas ações contribuíram para ampliar o envolvimento dos estudantes durante a programação e proporcionar experiências complementares à formação acadêmica.

A realização da Semana da Saúde possibilitou, portanto, um espaço de troca de conhecimentos entre estudantes e profissionais de diferentes áreas da Fisioterapia, favorecendo o contato com experiências profissionais diversificadas e contribuindo para a ampliação da visão dos acadêmicos sobre as possibilidades de atuação profissional.

3 DISCUSSÃO

A análise da Semana da Saúde UniLaSalle-RJ permite identificar o evento como uma experiência complementar ao processo de formação em Fisioterapia. A articulação entre o planejamento docente e a participação discente possibilitou a construção de um ambiente de aprendizagem que transcende a sala de aula convencional, promovendo a integração entre teoria e prática profissional (Silva et al., 2019).

As palestras ministradas durante o evento proporcionaram contato com conhecimentos relacionados à prática profissional e aos aspectos éticos da profissão. A participação de profissionais experientes, como Roberta Mendonça, forneceu aos acadêmicos uma visão realística das competências necessárias no cotidiano da profissão. Além disso, a interlocução com o presidente do CREFITO-2, Wilen Heil e Silva, contribuiu para a compreensão das atribuições do Conselho e da importância dos aspectos éticos e legais da atuação profissional, elementos relevantes para a formação do fisioterapeuta.

Outro aspecto relevante foi a aproximação dos acadêmicos com diferentes trajetórias profissionais. Os relatos apresentados durante o evento permitiram conhecer experiências relacionadas à inserção no mercado de trabalho, incluindo a atuação no setor público e o

ingresso por meio de concursos. Esse contato pode favorecer uma compreensão mais concreta sobre os caminhos profissionais possíveis após a graduação.

A experiência também favoreceu a reflexão sobre a construção da identidade profissional. O contato direto com profissionais em diferentes momentos de suas trajetórias permitiu aos estudantes observar aspectos da profissão que vão além dos conteúdos desenvolvidos em sala de aula, aproximando a formação acadêmica das demandas encontradas na prática.O evento também contou com atividades de integração, como sorteios de livros, materiais relacionados à área da saúde e da Fisioterapia, brindes institucionais e oportunidades de participação em visitas técnicas. Essas ações complementam a programação e contribuíram para o envolvimento dos acadêmicos durante a realização do evento.

Dessa forma, a Semana da Saúde mostrou-se uma experiência que ultrapassou a transmissão de conteúdos, ao proporcionar interação, troca de experiências e aproximação com a realidade profissional. A iniciativa reforça a importância de atividades acadêmicas que complementem a formação e estimulem o desenvolvimento contínuo dos futuros fisioterapeutas.

4 CONCLUSÃO

A realização da Semana da Saúde UniLaSalle-RJ demonstrou sua relevância como estratégia de educação transversal na formação acadêmica em Fisioterapia. A diversidade de temas abordados e a participação de profissionais com diferentes experiências possibilitaram aos estudantes ampliar seus conhecimentos sobre as áreas de atuação, as competências profissionais e as exigências do mercado de trabalho.

A aproximação entre acadêmicos e profissionais favoreceu a articulação entre teoria e prática, além de estimular reflexões sobre a atuação ética, técnica e social do fisioterapeuta. As atividades de integração e as experiências complementares também contribuíram para o maior envolvimento dos estudantes e para a construção de uma visão mais ampla sobre a profissão.

REFERÊNCIAS

FERRAZ, E. M.; MENDONÇA, F. F.; CARVALHO, B. G.; SANTINI, S. M. L.; ALMEIDA, E. F. P. de; SILVA, J. F. M. da; ANDRADE, S. K. A. V. A interdisciplinaridade na construção da Educação transversal em Saúde com equipes gestoras. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 46, n. especial 6, p. 217-227, dez. 2022. DOI: 10.1590/0103-11042022E619.

HIGASHIJIMA, M. N. S.; SLOMP JUNIOR, H. Princípios e características da Educação transversal em Saúde: resgate e resistência em favor de um SUS potente e em defesa da vida. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, 2025. DOI: 10.1590/1413-812320242911.05902023.

NEMETH, T.; LAMERS, I.; MEESEN, R. Continuing professional development for physiotherapists: An organisational overview of frameworks in the European Region of World Physiotherapy. Physiotherapy, v. 132, p. 102336, 2026. DOI: 10.1016/j.physio.2026.102336.

SILVA, Erisvan Vieira da; GIONGO, Camila Laís Menegazzi; ROCHA, Verginia Margareth Possatti. Importância da participação em eventos científicos para a formação em Fisioterapia: relato de experiência. Cadernos de Educação, Saúde e Fisioterapia, v. 6, n. 12, 2019

SILVA, M. R.; FERRETTI, F.; FERNANDES, P. Atividades práticas no processo de formação em Fisioterapia no Brasil e em Portugal: olhar de docentes e gestores. Interface - Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu, v. 27, e210817, 2023. DOI: 10.1590/interface.210817.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. The WHO Academy Strategy 2024–2026: leading lifelong learning for a healthier world. Geneva: World Health Organization, 2024.

BUSCA ATIVA E CUIDADO LONGITUDINAL DA HIPERTENSÃO ARTERIAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: DESAFIOS NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

LILIAN YUMI DE LUCCA MYAZI; JULIANE FRANCINE VAZ ABUSSAMRA; ROSÂNGELA VILLA MARIN MIO

Introdução: A hipertensão arterial sistêmica (HAS) constitui importante problema de saúde pública e um dos principais fatores de risco modificáveis para doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais. Por apresentar evolução frequentemente assintomática, seu enfrentamento requer diagnóstico oportuno, adesão terapêutica e acompanhamento longitudinal. Nesse contexto, a Atenção Primária à Saúde (APS), como porta de entrada preferencial do Sistema Único de Saúde (SUS) e coordenadora do cuidado, desempenha papel estratégico na prevenção de complicações. Em São Paulo, estratégias territorializadas podem fortalecer o cuidado. **Objetivo:** Analisar, por revisão bibliográfica e documental, o papel da APS no diagnóstico, acompanhamento e controle da HAS, com enfoque na busca ativa e longitudinalidade do cuidado no município de São Paulo. **Métodos:** Realizou-se revisão narrativa da literatura, complementada por análise documental de publicações oficiais. Foram consultados estudos indexados nas bases SciELO e LILACS, sobre hipertensão, atenção primária, saúde da família e busca ativa. A análise qualitativa sintetizou evidências sobre diagnóstico, adesão e acompanhamento. **Resultados:** Evidências nacionais apontam prevalência relevante de HAS e participação das Unidades Básicas de Saúde no acompanhamento. Em São Paulo, estudos identificam desafios relacionados ao controle pressórico e à adequação do cuidado. A busca ativa possibilita identificar usuários sem acompanhamento regular, atualizar cadastros, favorecer o diagnóstico precoce e reinserir usuários no cuidado. Entretanto, o diagnóstico isolado não assegura controle adequado, sendo necessária integração entre acompanhamento clínico, educação em saúde, adesão terapêutica, monitoramento pressórico e articulação com a Rede de Atenção à Saúde. **Conclusão:** O fortalecimento da APS, associado à busca ativa e ao cuidado longitudinal, é fundamental para qualificar o manejo da HAS em São Paulo. Estratégias territorializadas e multiprofissionais podem ampliar o acesso, reduzir desigualdades e prevenir complicações evitáveis, fortalecendo a integralidade e a coordenação do cuidado no SUS.

Palavras-chave: **HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA; ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE; BUSCA ATIVA**

DOI: 10.51161/iv-conasus/89205

PROGRAMA NACIONAL DE HUMANIZAÇÕES

GUSTAVO ANTONIO MOURA SOARES; ANA FLÁVIA FONSECA GUIMARÃES; ANA LUIZA DA SILVA SOUSA; AMANDA GABRIELLY PEREIRA MENESES; KAYLA RAFAELA PAZ; MAISA MARCOS DA SILVA

Introdução: A Política Nacional de Humanização (PNH**)**, instituída em 2003 pelo Ministério da Saúde, representa um marco ético e político estruturante no Sistema Único de Saúde (SUS). Seu propósito central é qualificar a assistência ao romper com o modelo estritamente biomédico, promovendo o respeito incondicional à dignidade humana, a integralidade do cuidado e a indissociabilidade entre atenção e gestão. Para alcançar esse cenário, a política preconiza a valorização e o protagonismo de todos os sujeitos envolvidos no ecossistema de saúde: usuários, trabalhadores e gestores. **Objetivo:** Neste contexto, este estudo tem como objetivo analisar a produção científica sobre a humanização da assistência em saúde. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, construída a partir da análise de artigos publicados no período de 2009 a 2022. O levantamento foi realizado em bases de dados de referência na área, incluindo a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), a Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e a Base de Dados de Enfermagem (BDENF). **Resultado:** Os resultados da revisão evidenciam uma dualidade na prática clínica. Se por um lado os profissionais reconhecem amplamente a relevância da humanização, por outro, sua aplicação esbarra em gargalos sistêmicos profundos. Os múltiplos obstáculos identificados incluem a insuficiência de recursos materiais e estruturais, a escassez de capacitação específica e, de forma muito expressiva, a sobrecarga de trabalho. Essa exaustão é impulsionada por longas jornadas e pela desvalorização profissional, fatores que geram sofrimento e limitam a capacidade de ofertar um cuidado empático. Como potencialidades, a literatura destaca o acolhimento com classificação de risco, a comunicação efetiva, a escuta qualificada e a construção de vínculos de confiança como ferramentas fundamentais e transformadoras da realidade hospitalar e ambulatorial. **Conclusão:** Conclui-se que a efetivação da humanização exige transformações que vão muito além da simples mudança de postura individual. O processo demanda a valorização real da força de trabalho, a garantia de condições laborais adequadas, o investimento em educação permanente e, sobretudo, a gestão participativa. Somente por meio da construção coletiva entre usuários, trabalhadores e gestores será possível reorganizar os processos de cuidado e consolidar um SUS verdadeiramente humano e resolutivo.

Palavras-chave: **HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA; POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO; ACOLHIMENTO**

DOI: 10.51161/iv-conasus/89216

"Perfil demográfico e epidemiológico dos casos de sífilis adquirida no Brasil e tendências temporais entre 2012 e 2023."

LARISSA DAGUER PERGHER BORGES; PATRÍCIA LAGO COELHO IZZO

RESUMO

A sífilis adquirida constitui uma epidemia persistente no Brasil, vítima de estigmas e preconceitos que limitam seu controle. Além disso, a extensão territorial e a diversidade socioeconômica e demográfica do país obstaculizam o enfrentamento da doença. Dessa forma, é necessário o monitoramento de sua distribuição e evolução temporal no território nacional, visando subsidiar estratégias de prevenção e controle da disseminação da sífilis. Este estudo objetivou analisar o perfil dos casos e a tendência temporal das taxas de detecção de sífilis adquirida nas macrorregiões brasileiras entre 2012 e 2023. Foram utilizados dados provenientes do DATASUS e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), além de análises estatísticas realizadas no sistema RStudio. Foram analisadas taxas de deteção por 100.000 habitantes, calculadas a partir dos casos notificados e das populações correspondentes ao período, bem como características sociodemográficas dos casos, como sexo, raça, nível de escolaridade e faixa etária. A tendência temporal foi avaliada por meio de regressão sobre o logaritmo natural das taxas, com posterior estimativa da variação percentual anual (APC) e respectivos intervalos de confiança de 95%. A análise revelou que todas as macrorregiões apresentaram um aumento das taxas de detecção de sífilis adquirida. A região Sul apresentou as maiores taxas nos anos finais da série, enquanto o Norte apresentou maior aumento anual estimado (APC=30,8%; IC95%: 21,6-40,7) e o Sudeste o menor (APC=16,6%; IC95%: 8,4-25,5). A interação entre ano e macrorregião no modelo GLS-AR(1) não apresentou significância estatística (p=0,1715), não havendo evidência suficiente de diferença entre as velocidades de crescimento das taxas nas macrorregiões. Conclui-se que houve crescimento das taxas de detecção de sífilis adquirida em todas as macrorregiões brasileiras, reforçando a necessidade de intensificação das ações de vigilância, prevenção, diagnóstico e tratamento.

Palavras-chave: Infecções sexualmente transmissíveis; Saúde pública; SINAN

1 INTRODUÇÃO

A sífilis, causada pelo *Treponema pallidum*, permanece como um importante problema de saúde pública no Brasil, apesar dos aprimoramentos tecnológicos no diagnóstico e tratamento. Esse cenário é agravado pela extensão territorial do país e por sua diversidade socioeconômica e demográfica, que contribuem para desigualdades no acesso aos serviços de saúde (Ramos Jr., 2022). Nesse esse contexto, dificuldades no diagnóstico e tratamento adequado na rede de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS), associados a desinformação da população e a limitações no abastecimento de fármacos, constituem obstáculos adicionais ao controle da doença (Pereira; Luiza, 2026; Ramos Jr., 2022). Assim, a sífilis permanece como uma condição de relevância epidemiológica, cuja ocorrência e distribuição no território brasileiro refletem a complexidade dos fatores envolvidos em seu controle.

A distribuição da sífilis adquirida no território brasileiro não ocorre de forma homogênea, apresentando diferenças entre as regiões (Ministério da Saúde, 2025). Essas diferenças podem estar relacionadas às características socioeconômicas e demográficas de cada

DOI: 10.51161/iv-conasus/89241

território, bem como à organização dos serviços de saúde, acesso à testagem e ao tratamento, limitando o enfrentamento efetivo da infecção (Almeida et al, 2025). Além disso, diferenças na capacidade de vigilância e notificação podem influenciar os padrões observados, de modo que maiores taxas de detecção isoladamente não necessariamente representam maior ocorrência da infecção. Nesse sentido, a qualidade e completude dos dados disponíveis constituem desafios para a vigilância epidemiológica, podendo limitar a interpretação dos padrões observados e o adequado direcionamento das políticas públicas de saúde (Soares e Aquino, 2021)

A análise temporal e territorial dos casos permite reconhecer diferenças na ocorrência da doença e identificar maiores concentrações de registros, contribuindo para compreensão do cenário nacional e direcionamento de estratégias de vigilância e controle. Nesse sentido, a realização desse estudo justifica-se pela necessidade de ampliar o conhecimento acerca da distribuição da sífilis adquirida no território brasileiro e suas variações ao longo do período de 2012 a 2023.

2 MATERIAL E MÉTODOS

Foi realizado um estudo ecológico, retrospectivo e descritivo, com abordagem quantitativa, envolvendo todos os novos casos de sífilis adquirida no Brasil entre 2012 e 2023. Foram consideradas todas as notificações registradas no território nacional, sendo analisadas as características epidemiológicas e demográficas, além da distribuição temporal e regional dos casos.

Os dados foram obtidos a partir do Sistema de Informação e Agravos de Notificação (SINAN), presente na plataforma do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), além de dados populacionais do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Foram avaliadas as seguintes variáveis: faixa etária, raça/cor, nível de escolaridade e sexo. Os casos foram agrupados segundo as cinco regiões geográficas: Norte, Nordeste, Sudeste, Sul e Centro-Oeste.

Por fim, foi realizada análise da tendência temporal das notificações de sífilis, buscando identificar padrões de crescimento, redução ou estagnação ao longo dos anos. Foram utilizadas as taxas de detecção por 100.000 habitantes para Norte, Nordeste, Sudeste, Sul e Centro-Oeste, entre 2012 e 2023, permitindo a comparação entre regiões com populações de diferentes tamanhos. Para a população, foram utilizadas as estimativas populacionais anuais de 2012 a 2021 e de 2023. Para o ano de 2022, foi utilizada a população recenseada pelo Censo Demográfico 2022, por se tratar de uma contagem de população efetiva. Todas as informações foram retiradas do site do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Para a análise de tendência temporal, foi adotado um modelo de Mínimos Quadrados Generalizados (GLS), com estrutura de correlação autorregressiva de primeira ordem [AR(1)], considerando a dependência entre as observações consecutivas no tempo. Os resultados do modelo GLS-AR(1) foram utilizados como estimativas de inferências finais.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

No período de 2012 a 2023, foram registrados 1.489.914 casos de sífilis no Brasil. Observou-se uma variação no número de notificações ao longo dos anos, evidenciando uma tendência crescente das taxas de sífilis. Em 2012, a taxa era de 13,52 casos por 100 mil habitantes, enquanto, em 2013, passou para 115,16 casos por 100 mil habitantes, com redução em 2020 e posterior retomada do crescimento nos anos seguintes.

A distribuição dos casos de acordo com o ano de notificação e região de ocorrência demonstrou diferenças entre as áreas geográficas analisadas. Pode-se identificar maior concentração de registros na região sudeste, com 743.565 dos casos (49,9%), seguida pelas regiões Sul, com 328.203 (22%), Nordeste, com 215.383 (14,5%), Centro-Oeste, com 108.386 (7,3%) e Norte, com 94.377 (6,3%). Quanto à evolução temporal, verificou-se crescimento no

DOI: 10.51161/iv-conasus/89241

número de registros, passando de 26.811 em 2012 para 249.082 em 2023. Destaca-se que houve uma exceção no crescimento em 2020, que apresentou uma redução em relação ao ano anterior, passando de 166.312 para 128.299 registros, conforme apresentado na Tabela 1.

Tabela 1 - Número total de casos de sífilis notificados por ano de notificação/região de residência (2012-2023)

Ano notificação	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste	Total
TOTAL	94.377	215.383	743.565	328.203	108.386	1.489.914
2012	859	2.408	18.639	3.715	1.190	26.811
2013	1.459	3.411	25.983	6.020	1.698	38.571
2014	1.701	4.329	31.354	9.832	2.049	49.265
2015	2.118	6.739	39.080	17.146	3.495	68.578
2016	4.068	10.215	49.063	21.806	5.498	90.650
2017	6.018	15.290	63.591	28.874	7.863	121.636
2018	9.926	26.900	72.875	37.909	12.876	160.486
2019	11.188	28.119	77.022	37.429	12.554	166.312
2020	8.590	17.453	62.486	29.587	10.183	128.299
2021	13.665	27.698	80.343	36.469	13.015	171.190
2022	16.795	32.990	104.758	47.900	16.591	219.034
2023	17.990	39.831	118.371	51.516	21.374	249.082

Fonte: Ministério da Saúde - DATASUS. Elaborado pelos autores.

Conforme o apresentado, a taxa de sífilis apresentou um aumento percentual de 829,03%. Esse cenário evidencia um aumento expressivo dos casos, constituindo um importante sinal de alerta epidemiológico e sugerindo ampla circulação da infecção na população sexualmente ativa (Ferreira, 2025). A distribuição dos casos de sífilis adquirida entre as macrorregiões brasileiras não acompanha proporcionalmente a distribuição populacional, pois, embora o Sudeste concentre a maior parcela da população e apresente o maior número de notificações, o Sul ocupa a segunda posição no número de casos, apesar de o Nordeste ser a segunda região mais populosa do país (Oliveira et al., 2025).

Tabela 2 - Características prevalentes dos casos de sífilis adquirida notificados por região de residência (2012-2023)

Região de residência	Idade prevalente	Nível de escolaridade prevalente	Raça prevalente	Sexo Prevalente
Norte	20-39 (57,54%)	Ensino Médio Completo (25,45%)	Parda (72,70%)	Masculino (59,72%)

Nordeste	20-39 (56,16%)	Ensino Médio Completo (15,85%)	Parda (57,81%)	Masculino (59,02%)
Sudeste	20-39 (58,11%)	Ensino Médio Completo (22,28%)	Parda (36,98%)	Masculino (62,63%)
Sul	20-39 (58,27%)	Ensino Médio Completo (18,14%)	Branca (65,84%)	Masculino (56,24%)
Centro-Oeste	20-39 (61,17%)	Ensino Médio Completo (18,92%)	Parda (52,49%)	Masculino (64,79%)

Fonte: Ministério da Saúde - DATASUS. Elaborado pelos autores.

A análise das características prevalentes da população com sífilis adquirida entre 2012-2023 apresentou homogeneidade entre as cinco macrorregiões. Destaca-se a diferença de raça prevalecente apenas no Sul, que apresentou maior número de pacientes brancos (65,84%), afastando-se do padrão observado no resto do território nacional. Isso se deve pela prevalência da população branca na região Sul, que contempla 72,6% dos habitantes, de acordo com o Censo de 2022.

Em relação à distribuição por faixa etária, os registros de sífilis apresentaram maior concentração em indivíduos de 20 a 39 anos, com 864.911 registros (58,1%), seguidos pelas faixas de 40 a 59 anos, com 347.209 (23,3%) e 15 a 19 anos, com 137.147 (9,2%). As demais faixas etárias apresentaram proporções inferiores, sendo a menor frequência identificada entre indivíduos de 5 a 9 anos, com 655 (0,04%). Destacam-se as faixas de 20 a 39 anos e de 40 a 59 anos, que, conjuntamente, concentraram 81,4% dos registros analisados.

O padrão associado à alta incidência de casos de sífilis em jovens pode estar associado a fatores comportamentais e sexuais, como a multiplicidade de parceiros e baixo uso de preservativos (Kops et al., 2019). Além disso, Cunha et al. (2024) observaram uma tendência de aumento na detecção da infecção entre pessoas idosas no Brasil, com maiores proporções nas regiões Sul e Sudeste. Esse resultado se aproxima do apresentado entre 2012 e 2023, no qual o Sudeste concentrou o maior número de notificações entre indivíduos com 60 anos ou mais, seguido pela região Sul.

Quanto às características sociodemográficas, a escolaridade apresentou elevada proporção de informações classificadas como ignoradas/brancas, correspondendo a 538.924 casos (36,2%) do total. Entre os registros informados, predominou o ensino médio completo, correspondente a 303.887 registros (20,4%). Um estudo realizado por Pereira et al. investigou o impacto da escolaridade na transmissão de sífilis e HIV, na cidade de Juíz de Fora, MG. Os resultados encontraram uma prevalência na população com Ensino Médio e Fundamental completo (86,48% em conjunto), semelhante aos resultados encontrados no presente estudo. Esse achado pode estar relacionado à distribuição etária e sociodemográfica da população acometida, especialmente por sua prevalência em adultos jovens, não sendo suficiente isoladamente para caracterizar a escolaridade como fator de risco.

A análise da raça/cor revelou predominância de indivíduos pardos, correspondendo a 562.233 registros (37,7%), seguidos por indivíduos brancos, com 537.368 (36,1%). A categoria ignorado/branco representou 211.552 registros (14,2%), enquanto indivíduos pretos corresponderam a 157.522 (10,6%).

O Brasil é considerado um país extremamente miscigenado, com influências de diversas etnias decorrentes do seu processo histórico. A predominância de pessoas pardas entre os casos

de sífilis adquirida (SA) pode estar relacionada à própria composição étnico-racial da população brasileira, uma vez que, segundo o Censo Demográfico de 2022, 45,3% dos brasileiros se autodeclararam pardos (IBGE, 2023). Esse perfil também foi observado em um estudo epidemiológico sobre SA, que identificou maior frequência de indivíduos pardos entre os casos analisados (Cabral; Antero, 2026)

No que se refere ao sexo, houve predominância de indivíduos do sexo masculino, com 904.066 registros (60%), enquanto o sexo feminino correspondeu a 584.563 (39,2%). Os casos notificados como ignorados representaram 1.285 casos (0,1%) do total analisado.

A queda na razão entre os sexos biológicos demonstra predominância histórica masculina,mas com tendência de estreitamento dessa diferença, podendo indicar aumento proporcional dos diagnósticos entre as mulheres ou menor procura dos serviços de saúde pela população masculina (Ferreira, 2025).

A análise temporal avaliou a tendencia das taxas de detecção entre 2012 e 2023, estimando a magnitude da tendência anual e verificando sua significância estatística. Em conjunto, foi explorada a possibilidade de diferenças entre as tendências regionais.

Tabela 3 - Taxa de incidência do total de casos de sífilis adquirida, por macrorregião, entre 2012-2023

Ano	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste
2012	5,264	4,467	22,851	13,396	8,25
2013	8,591	6,113	30,762	20,906	11,325
2014	9,872	7,705	36,837	33,885	13,463
2015	12,122	11,918	45,577	58,658	22,633
2016	22,972	17,947	56,814	74,0699	35,106
2017	35,552	26,705	73,135	97,399	49,528
2018	54,592	47,392	83,084	127,408	80,045
2019	60,702	49,2696	87,157	124,863	77,032
2020	46,002	30,419	70,199	97,995	61,699
2021	72,275	48,05	89,656	119,954	72,8999
2022	96,802	60,372	123,467	160,022	101,861
2023	97,059	69,315	133,922	166,7	126,485

Fonte: Ministério da Saúde - DATASUS. Elaborado pelos autores.

Foi adotado um modelo de Mínimos Quadrados Generalizados (GLS), com estrutura auto-regressiva de primeira ordem [AR(1)], cujos resultados são apresentados na Tabela 4.

Tabela 4: Análise estatística por região

DOI: 10.51161/iv-conasus/89241

Macrorregião	APC (%/ano)	IC95% do APC	p-valor	Tendência
Norte	30,80%	21,6-40,7	<0,0001	Crescente
Nordeste	28,50%	19,5-38,2	<0,0001	Crescente
Sudeste	16,60%	8,4-25,5	0,0003	Crescente
Sul	24,50%	15,7-33,9	<0,0001	Crescente
Centro-Oeste	27,90%	18,9-37,6	<0,0001	Crescente

Fonte: Ministério da Saúde - DATASUS. Elaborado pelos autores.

No modelo GLS-AR(1), todas as macrorregiões apresentaram tendência estatisticamente significativa e crescente. O Norte apresentou maior aumento anual estimado (APC=30,8%; IC95%: 21,6-40,7), enquanto a região Sudeste apresentou menor aumento (APC=16,6; IC95%: 15,7-33,9). As tendências foram estatisticamente significativas em todas as regiões (p<0,0001 para Norte, Nordeste, Sul e Centro-Oeste; p=0,0003 para o Sudeste).

Por fim, a interação entre ano e macrorregião no modelo GLS-AR(1) não apresentou significância estatística (p=0,1715), não sendo observada evidência suficiente de que as velocidades de crescimento das taxas diferiram entre as macrorregiões, após considerar a autocorrelação temporal.

4 CONCLUSÃO

O presente estudo permitiu caracterizar a evolução temporal das taxas de detecção de sífilis adquirida nas macrorregiões brasileiras entre 2012 e 2023, evidenciando tendência crescente ao longo do período analisado. Os achados reforçam a importância do monitoramento epidemiológico da doença para o planejamento de estratégias de diagnóstico, tratamento, controle e prevenção, especialmente diante da persistência de desigualdades entre as macrorregiões.

Entre 2012 e 2014, o Sudeste possuía a maior taxa de detecção de sífilis adquirida, mas a partir de 2015, a região Sul passou a apresentar a maior taxa e permaneceu em liderança até 2023. Em relação ao perfil dos casos notificados, destacam-se homens pardos, com Ensino Médio Completo e faixa etária entre 20 e 39 anos.

Quanto à tendência temporal, todas as macrorregiões apresentaram aumento estatisticamente significativo das taxas durante o período, reforçando a necessidade de intensificar ações de vigilância epidemiológica, diagnóstico precoce, prevenção e tratamento, considerando às características e necessidades específicas das diferentes populações regionais.

Dentre as limitações do estudo, destaca-se a utilização da população recenseada pelo Censo Demográfico de 2022 como denominador para o cálculo da taxa daquele ano, em contraste com as estimativas populacionais anuais para os demais anos da série (2012-2021 e 2023). Essa discrepância na fonte dos dados populacionais pode introduzir uma descontinuidade no denominador utilizado na análise temporal e, consequentemente, influenciar a estimativa da tendência observada.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Daniel. **View of Sífilis congênita como indicador de desigualdade: estudo epidemiológico no Brasil por escolaridade materna, raça/cor e região (2010–2023)**. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/79046/54672>. Acesso

em: 25 ago.. 2026.
AVELLEIRA, João Carlos Regazzi; BOTTINO, Giuliana. **Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle. Anais Brasileiros de Dermatologia**, v. 81, n. 2, p. 111–126, 2006.
Doenças e Agravos de Notificação – 2007 em diante (SINAN) – DATASUS. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/acesso-a-informacao/doencas-e-agravos-de-notificacao-de-2007-em-diante-sinan/>. Acesso em: 25 ago. 2026.
CABRAL, Rodrigo de Lima; ANTERO, Leandro. *Dinâmica territorial da sífilis adquirida no Corredor Bioceânico de Mato Grosso do Sul, 2010–2023.* Interações, Campo Grande, v. 27, n. 1, 2026. DOI: 10.20435/inter.v27iesp.5120.
Boletim Epidemiológico de Sífilis 2025 — Ministério da Saúde
CUNHA, Josiane Araújo da; SANTOS, Marquiony Marques dos; LIMA, Kenio Costa de. *Acquired syphilis in older people in Brazil from 2010–2020.* PLOS ONE, v. 19, n. 9, e0296481, 2024. DOI: 10.1371/journal.pone.0296481.
Estimativas da população residente para os municípios e para as unidades da federação | IBGE. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9103-estimativas-de-populacao.html?edicao=17283&t=downloads>. Acesso em: 25 ago.. 2026.
FERREIRA, Lucas. Nota Epidemiológica 014/2025 - **Cenário da Sífilis no Brasil (2014–2024): Análise da Evolução Temporal da Sífilis Adquirida, em Gestantes e Sífilis Congênita, e as falhas na prevenção da transmissão vertical**. Disponível em: <https://repositoriobce.fepecs.edu.br/bitstream/123456789/1597/1/014_Cenario_da_Sifilis_no_Brasil__2014_2024__Lucas_Henrique_Batista_Ferreira.pdf>. Acesso em: 25 ago.. 2026.
KOPS, Natália Luiza et al. *Self-reported syphilis and associated factors among Brazilian young adults: findings from a nationwide survey.* Brazilian Journal of Infectious Diseases, v. 23, n. 4, p. 274–277, 2019. DOI: 10.1016/j.bjid.2019.06.009.
MOREIRA, William; NÓBREGA, Luciana. **Vista do Análise epidemiológica dos casos de sífilis adquirida em jovens de 15 a 19 anos no Brasil (2012-2021)**. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/259070/47625>. Acesso em: 25 ago.. 2026.
OLIVEIRA, Sthefany; AGUIAR, Maria Eduarda; SILVA, Jaqueline. **SÍFILIS ADQUIRIDA 2017 - 2021: PANORAMA NACIONAL E UMA ANÁLISE COMPARATIVA DAS NOTIFICAÇÕES DAS MACRORREGIÕES DO BRASIL**. Disponível em: <https://novosdesafios.inf.br/index.php/revista/article/download/175/143>. Acesso em: 25 ago.. 2026.
PEREIRA, Allana Lopes et al. *Impacto da escolaridade na transmissão do HIV e da sífilis.* Revista Interdisciplinar de Ciências Médicas, v. 6, n. 1, 2022.
PEREIRA, Esdras Daniel dos Santos; LUIZA, Vera Lucia. *Sífilis e desabastecimento de penicilinas: vigilância, assistência farmacêutica e a resposta federal (2014-2023).* Ciência & Saúde Coletiva, v. 31, n. 1, e14022025, 2026. DOI: 10.1590/1413-81232026311.14022025.
RAMOS JR., Alberto Novaes. **Persistência da sífilis como desafio para a saúde pública no Brasil: o caminho é fortalecer o SUS, em defesa da democracia e da vida**. Cadernos de Saúde Pública, v. 38, n. 5, 2022.
SOARES, Maria Auxiliadora Santos; AQUINO, Rosana. **Completude e caracterização dos registros de sífilis gestacional e congênita na Bahia, 2007-2017. Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 30, n. 4, 2021.
TAMPA, M et al. **Brief History of Syphilis**. Journal of Medicine and Life, v. 7, n. 1, p. 4, 25 mar. 2014.

SAÚDE DO IDOSO NO SUS: COMPOSIÇÃO CORPORAL E PREVENÇÃO DE DOENÇAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE — RELATO DE EXPERIÊNCIA

JOSE AUGUSTO BOLZANI; YAN CHAVES DE MORAES; DENY ALVES MACEDO NOGUEIRA

Introdução: O envelhecimento populacional representa um importante desafio para o Sistema Único de Saúde (SUS), especialmente para a Atenção Primária à Saúde (APS), diante das alterações da composição corporal e do aumento da ocorrência de doenças crônicas não transmissíveis. Nesse contexto, a avaliação da composição corporal e a promoção de hábitos de vida saudáveis são estratégias importantes para a prevenção de agravos e a manutenção da qualidade de vida da pessoa idosa. **Objetivo:** Relatar a experiência de uma ação extensionista voltada à avaliação da composição corporal e à promoção da saúde e prevenção de doenças em pessoas idosas, articulada aos princípios da Atenção Primária à Saúde. **Relato de experiência:** Trata-se de um relato de experiência de uma ação extensionista desenvolvida por acadêmicos da área da saúde, sob supervisão docente, com a participação de aproximadamente 50 idosos. Durante a atividade, foi realizada avaliação da composição corporal por meio de bioimpedância, seguida de orientações em saúde relacionadas à hidratação adequada, alimentação equilibrada e prática de atividade física, com enfoque na promoção do autocuidado durante o processo de envelhecimento. A ação possibilitou a integração entre acadêmicos e comunidade, proporcionando aos idosos um momento de avaliação da composição corporal e de educação em saúde, além de reforçar a importância da hidratação, da alimentação equilibrada e da prática regular de atividade física para a promoção da saúde e a prevenção de doenças. Para os acadêmicos, a experiência possibilitou a aplicação prática de conhecimentos relacionados à avaliação da composição corporal, à educação em saúde e ao cuidado integral à pessoa idosa, contribuindo para o desenvolvimento de habilidades de comunicação e de atuação junto à comunidade. **Conclusão:** A ação extensionista mostrou-se relevante para a promoção da saúde e prevenção de doenças na população idosa, fortalecendo a integração entre universidade e comunidade. A realização de atividades educativas associadas à avaliação da composição corporal pode contribuir para ampliar o conhecimento dos idosos sobre o autocuidado e estimular hábitos de vida saudáveis, em consonância com as estratégias de cuidado integral da Atenção Primária à Saúde no SUS.

Palavras-chave: **ATIVIDADE FISICA; NUTRIÇÃO; SARCOPENIA**

DOI: 10.51161/iv-conasus/89244

DO POTENCIAL AO EFETIVO: ANÁLISE DAS CAUSAS DE NÃO EFETIVAÇÃO DA DOAÇÃO DE ÓRGÃOS NO RIO GRANDE DO SUL EM 2025

ELOIZA DO CANTO GASPERIN; LUISA FIDELLIS SANTOS COSTA; MARIA EDUARDA MARCOLIN BATISTA; VALENTINA BERNARDI CAOVILLA; SOPHIA ZANOLLA MANOZZO; MANUELA TIMM

Introdução: Embora o Rio Grande do Sul tenha apresentado crescimento na notificação de potenciais doadores e tenha alcançado, em 2025, a marca de 24,7 doadores efetivos por milhão de população, uma parcela expressiva dos potenciais doadores não chega à efetivação, evidenciando perdas ao longo do processo de doação e desafios relacionados à recusa familiar, contra indicações médicas e demais fatores que limitam a efetivação dos potenciais doadores. **Objetivos**: Analisar as principais causas de não efetivação da doação de órgãos entre os potenciais doadores notificados no Rio Grande do Sul em 2025, identificando os fatores que contribuíram para a perda de potenciais doadores. **Metodologia**: A presente pesquisa trata-se de um estudo ecológico, descritivo e retrospectivo, de abordagem quantitativa, com dados secundários do Registro Brasileiro de Transplantes de Órgãos disponibilizados pela Associação Brasileira de Transplante de Órgão, referentes às notificações de potenciais doadores de órgãos no estado do Rio Grande do Sul, entre janeiro e dezembro de 2025. **Resultados**: Em 2025, o Rio Grande do Sul registrou 841 potenciais doadores, dos quais 277 foram efetivados como doadores, correspondendo a 32,9% das notificações. Entre os 564 casos de não concretização, destacaram-se 267 por recusa familiar (31,7% das notificações; 46% das 581 entrevistas realizadas), 148 por contraindicação médica (17,6%), 107 por morte encefálica não confirmada (12,7%), 36 por outras causas (4,3%) e 6 por parada cardíaca (0,7%). A recusa familiar constituiu, portanto, o principal motivo registrado para a não efetivação da doação no estado. **Conclusão**: Os resultados evidenciam que, apesar do aumento no número de potenciais doadores no Rio Grande do Sul, ainda existem perdas importantes ao longo do processo de doação. A recusa familiar destacou-se como principal fator de não efetivação, reforçando a necessidade de ampliar ações de conscientização e educação da população sobre a doação de órgãos. O fortalecimento do diálogo familiar e das estratégias de acolhimento às famílias pode contribuir para reduzir as recusas e, consequentemente, aumentar os doadores efetivos no estado.

Palavras-chave: **POTENCIAIS DOADORES; DOADORES EFETIVOS; RECUSA FAMILIAR**

DOI: 10.51161/iv-conasus/89254

USO RACIONAL DE CHÁS EM PACIENTES NA MELHOR IDADE: RISCOS, CUIDADOS E ORIENTAÇÕES PRÁTICAS

JOSE AUGUSTO BOLZANI; CRISTIANE DE ABREU BOLZANI; DENY ALVES MACEDO NOGUEIRA

Introdução: O uso de chás e de plantas medicinais constitui uma prática cultural amplamente difundida na população brasileira, sendo frequentemente associado à promoção da saúde, ao alívio de sintomas e à prevenção de diferentes problemas de saúde. Entretanto, apesar de serem considerados produtos naturais, os chás não são isentos de riscos, especialmente quando utilizados de maneira inadequada, em excesso ou sem orientação de profissionais de saúde. Na população idosa, essa preocupação torna-se ainda mais relevante devido às alterações fisiológicas próprias do processo de envelhecimento, à presença de doenças crônicas e ao uso frequente de medicamentos de uso contínuo. Nesse contexto, podem ocorrer interações entre determinadas plantas medicinais e medicamentos, além de alterações na pressão arterial, glicemia, coagulação sanguínea e funcionamento de órgãos como fígado e rins. No âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) do Sistema Único de Saúde (SUS), a educação em saúde apresenta papel fundamental na orientação dos idosos quanto ao uso racional e seguro dessas substâncias, contribuindo para a prevenção de complicações e para a promoção do autocuidado responsável. **Objetivo:** Orientar idosos sobre o uso racional, seguro e moderado de chás na APS, prevenindo complicações decorrentes da automedicação. **Relato de experiência:** Trata-se do relato de experiência de uma ação extensionista, descritiva e educativa, promovida no contexto da Atenção Primária no Sistema Único de Saúde (SUS) e realizada na Faculdade Unopar no primeiro semestre de 2026, por acadêmicos da área de Farmácia sob supervisão docente. A atividade contou com a participação de aproximadamente 50 idosos e abordou o consumo consciente de plantas medicinais, possíveis riscos, interações medicamentosas e cuidados no preparo e uso. **Conclusão:** A conscientização sobre o uso racional de chás na terceira idade é indispensável para garantir a segurança dos pacientes e fortalecer as práticas de promoção da saúde no SUS. Ações educativas na APS devem enfatizar que substâncias naturais demandam equilíbrio no consumo e necessitam de acompanhamento profissional constante.

Palavras-chave: **USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS; SAUDE DO IDOSO; PLANTAS MEDICINAIS**

DOI: 10.51161/iv-conasus/89262

ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL E PREVENÇÃO DE DOENÇAS EM PESSOAS IDOSAS

JOSE AUGUSTO BOLZANI; DENY ALVES MACEDO NOGUEIRA; MICHHAEL AUGUSTO DE ABREU BOLZANI

Introdução: O envelhecimento populacional é acompanhado de alterações fisiológicas que impactam o estado nutricional, a imunidade e a autonomia da pessoa idosa. Diante disso, ações educativas voltadas à promoção da alimentação saudável configuram-se como estratégias essenciais na atenção primária para a prevenção de agravos e manutenção da qualidade de vida nessa fase. **Objetivo:** Relatar a experiência de acadêmicos de Farmácia na condução de uma atividade educativa direcionada à orientação alimentar para a prevenção de doenças e promoção da saúde em idosos. **Relato de experiência**: Trata-se de um relato de experiência sobre uma ação extensionista desenvolvida por acadêmicos do curso de Farmácia da Faculdade Unopar, no primeiro semestre de 2025. As atividades abordaram a importância da redução de alimentos ultraprocessados (refrigerantes, embutidos e biscoitos), destacando suas relações com o aumento da pressão arterial, dislipidemias e diabetes. Incentivou-se o consumo diário de fibras (frutas, legumes, aveia e cereais integrais) para a saúde intestinal e prevenção da constipação. Ademais, foram discutidos o manejo adequado da hidratação, a mastigação correta, o impacto do excesso de açúcares e gorduras na gordura visceral e as possíveis interações entre medicamentos e o apetite do idoso. **Conclusão:** A vivência permitiu integrar a teoria à prática acadêmica no âmbito do SUS, reforçando o papel do futuro farmacêutico na educação em saúde. Constatou-se que orientações voltadas ao uso de alimentos in natura otimizam a absorção de nutrientes, fortalecem a imunidade e promovem a autonomia e o bem-estar da população idosa. A experiência também evidenciou a relevância da atuação multiprofissional na Atenção Primária à Saúde, especialmente na prevenção de agravos e na promoção de um envelhecimento mais saudável.

Palavras-chave: **ALIMENTAÇÃO SAUDAVEL; SAUDE DO IDOSO; PREVENÇAO DE DOENÇAS**

DOI: 10.51161/iv-conasus/89267

ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA CONTRA MULHERES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

RAINARA NASCIMENTO SOARES; JAQUELINE RODRIGUES STEFANINI; LETICIA PEREIRA DE MATOS ARAÚJO; THALITA CRUZ QUERINO

Introdução: A violência é um fenômeno complexo e multifacetado, com impacto relevante na saúde e na qualidade de vida, sendo a violência contra mulheres estruturada historicamente por relações desiguais. A Atenção Primária à Saúde (APS) configura-se como estratégia fundamental de cuidado integral para mulheres que sofrem com a violência, atuando sobre a determinação social do processo saúde-doença. **Objetivo:** Analisar evidências científicas sobre intervenções na Atenção Primária à Saúde para o enfrentamento da violência contra a mulher sob a perspectiva da determinação social do processo saúde-doença no Sul Global. **Metodologia:** Trata-se de um estudo de revisão de escopo, com abordagem descritiva. A busca pelos estudos foi realizada nas bases de dados BVS, PubMed e SciELO, resultando em 68 artigos. Como critérios de refinamento, foram selecionados os publicados entre os anos de 2021 a 2026, dentre eles, foram analisados 28 estudos primários que responderam à questão de pesquisa: Quais intervenções têm sido desenvolvidas por profissionais da Atenção Primária à Saúde para o enfrentamento da violência contra a mulher nos países do Sul Global? **Resultados:** A análise das evidências científicas demonstra que as intervenções desenvolvidas na APS para o enfrentamento da violência contra a mulher nos países do Sul Global concentram-se, predominantemente, na educação permanente em saúde, na organização dos serviços, no fortalecimento da identificação e manejo dos casos e na articulação intersetorial. **Conclusão:** Embora essas estratégias reconheçam fatores sociais, econômicos e culturais relacionados à violência, observou-se que a determinação social do processo saúde-doença não é abordada de forma explícita como eixo teórico, analítico ou orientador das intervenções. Esse achado evidencia uma lacuna importante na produção científica, uma vez que a compreensão da violência contra a mulher como fenômeno socialmente determinado pode ampliar a capacidade da APS de desenvolver respostas mais integrais, críticas e contextualizadas às realidades dos territórios.

Palavras-chave: **DETERMINAÇÃO SOCIAL; VIOLÊNCIA CONTRA MULHER; ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

DOI: 10.51161/iv-conasus/89281

UMA SÓ SAÚDE NO SUS: INTEGRAÇÃO ENTRE SAÚDE HUMANA, ANIMAL E AMBIENTAL NO CONTEXTO DOS DESASTRES CLIMÁTICOS

THAÍS RÚBIA ROQUE; MARISTELA CÁSSIA DE OLIVEIRA PEIXOTO

Introdução: A intensificação dos eventos climáticos extremos evidencia a interdependência entre a saúde humana, animal e ambiental. As inundações ocorridas no Rio Grande do Sul, em 2024, atingiram milhões de pessoas e animais, comprometeram serviços essenciais e ampliaram os riscos relacionados à contaminação da água, zoonoses e às condições sanitárias dos abrigos. Esse cenário evidenciou a necessidade de respostas integradas e intersetoriais, fundamentadas na abordagem de Uma Só Saúde, especialmente no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Objetivo:** Analisar as contribuições da abordagem de Uma Só Saúde para o fortalecimento das ações do SUS na prevenção e no enfrentamento dos impactos dos desastres climáticos sobre a saúde humana, animal e ambiental, com ênfase na experiência do RS. **Metodologia:** Trata-se de pesquisa descritiva, exploratória e qualitativa, fundamentada em revisão bibliográfica e documental. Foram analisados estudos, normas jurídicas e diretrizes nacionais e internacionais relacionadas à saúde pública, às zoonoses, ao bem-estar animal, à proteção ambiental e à gestão de desastres. **Resultados:** A análise demonstrou que a fragmentação entre os setores de saúde, meio ambiente, proteção animal e defesa civil constitui um obstáculo à prevenção, à preparação e à resposta integrada aos desastres. As inundações ocorridas em 2024 evidenciaram fragilidades no monitoramento da qualidade da água, na vigilância de doenças e vetores, nas condições sanitárias dos abrigos e na integração e compartilhamento de informações. Nesse contexto, a Lei nº 15.355/2026, que instituiu a Política de Acolhimento e Manejo de Animais Resgatados representa um avanço normativo ao incorporar a proteção animal ao planejamento de emergências e desastres. Os achados reforçam a necessidade de fortalecer a atuação intersetorial do SUS, articulando vigilância em saúde, assistência, gestão ambiental, defesa civil e proteção animal por meio de protocolos integrados, fluxos de atuação e compartilhamento de dados. **Conclusão:** A abordagem de Uma Só Saúde constitui estratégia para o fortalecimento do SUS diante dos desastres climáticos, ao promover a integração entre vigilância em saúde, assistência, proteção animal, gestão ambiental e defesa civil. Sua efetivação requer políticas públicas preventivas, intersetoriais e permanentes, articuladas à gestão de riscos e desastres, reconhecendo a interdependência entre a tríade.

Palavras-chave: **UMA SÓ SAÚDE; SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE; DESASTRES CLIMÁTICOS**

DOI: 10.51161/iv-conasus/89288

VIVÊNCIAS E SIGNIFICADOS DO SOFRIMENTO PSÍQUICO EM CONTEXTO INSTITUCIONAL

MICHELE PATRICIA CORRÊA; ADRIANA PEREIRA DE NASCIMENTO RIBEIRO; SAMANTHA DA COSTA TELES

Introdução: A prática clínica em contextos institucionais psiquiátricos constitui um espaço fundamental para a compreensão das nuances do sofrimento psíquico grave e das práticas de cuidado. A experiência ocorreu em uma instituição filantrópica de referência regional em saúde mental, permitindo observar a dinâmica de atenção junto a pacientes em regime de internação. **Objetivo:** Analisar a vivência direta em um ambiente hospitalar psiquiátrico, compreendendo as condições estruturais, a atuação da equipe e o impacto do acolhimento na subjetividade dos pacientes. **Relato de caso/experiência:** A atividade consistiu em uma visita a um hospital psiquiátrico localizado no interior paulista, em outubro de 2025. Foram percorridas alas particulares e do Sistema Único de Saúde (SUS), observando-se a organização institucional baseada na severidade dos quadros. O ambiente alterna entre o rigor custodial das alas de maior gravidade e a busca pela autonomia nas alas privadas. Durante a interação, destacou-se o relato de um paciente, internado voluntariamente após tentativa de suicídio. Sua fala revelou a complexidade da depressão, persistente mesmo em contextos de vida estáveis, evidenciando que o sofrimento transcende fatores socioeconômicos. A observação permitiu constatar que, enquanto a equipe demonstra compromisso, empatia e dedicação, a instituição enfrenta precariedade estrutural significativa, com dependência de apoio comunitário e carência de espaços terapêuticos especializados, o que limita as ações de reabilitação psicossocial plena. **Conclusão:** A experiência evidenciou que a atuação do psicólogo clínico em instituições psiquiátricas exige sensibilidade para integrar o manejo de sintomas e a escuta subjetiva das experiências individuais. Foi possível concluir que o sofrimento psíquico é multideterminado e que o ambiente institucional atua como um elemento estruturante. Contudo, a precariedade observada destaca a urgente necessidade de políticas públicas mais robustas para a saúde mental. Durante a visita, percebeu-se a existência de áreas amplas subutilizadas, que poderiam ser aproveitadas em oficinas e vivências coletivas ao ar livre. Evidencia-se, portanto, que transformar esses locais em zonas de convivência é essencial para que os pacientes, mesmo confinados durante o tratamento, sintam-se pertencentes à sociedade, superando o modelo puramente custodial em direção a um cuidado que vá muito além da remediação medicamentosa, garantindo dignidade e reabilitação integral.

Palavras-chave: **PSICOLOGIA CLÍNICA; HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS; SAÚDE MENTAL**

DOI: 10.51161/iv-conasus/89297

PREVALÊNCIA DE DISTÚRBIOS OSTEOMUSCULARES E FATORES PSICOSSOCIAIS RELACIONADOS AO TRABALHO EM AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA EM DIAMANTINA

THALITA MOREIRA BATALHA

RESUMO

Os Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT) constituem importante problema de saúde ocupacional, especialmente entre trabalhadores expostos a demandas físicas e psicossociais, como os Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Este estudo teve como objetivo avaliar a prevalência de sintomas osteomusculares e fatores psicossociais relacionados ao trabalho entre ACS da Atenção Básica de Diamantina, Minas Gerais. Trata-se de um estudo observacional, transversal e quantitativo, realizado com 33 ACS vinculados a nove equipes da Estratégia Saúde da Família. Para a coleta de dados, foram utilizados um Questionário Sociodemográfico e de Saúde Ocupacional, o Questionário Nórdico de Sintomas Osteomusculares e o Inventário de Mal-Estar Percebido no Ambiente de Trabalho (IMPAL), sendo os dados analisados por estatística descritiva. A amostra foi predominantemente feminina (93,9%), com idade média de 41,33 ± 9,91 anos e tempo médio de atuação na Estratégia Saúde da Família de 10,85 ± 7,26 anos. Nos últimos 12 meses, as maiores frequências de sintomas osteomusculares ocorreram em tornozelos/pés (72,7%), ombros (66,7%), região lombar (63,6%) e joelhos (60,6%). Quanto aos fatores psicossociais, destacaram-se a preocupação de que erros profissionais possam prejudicar outras pessoas (8,39), a percepção de exigências excessivas (6,91), a alta rotatividade das equipes (6,64) e o conflito entre aquilo que o trabalhador considera correto e o que é exigido pela instituição (6,45). Conclui-se que os ACS avaliados apresentaram elevada frequência de sintomas osteomusculares e importantes demandas psicossociais relacionadas ao trabalho. Os resultados reforçam a importância de ações direcionadas à promoção da saúde, à prevenção de agravos osteomusculares e à melhoria das condições de trabalho desses profissionais na Atenção Básica.

Palavras-chave: Ergonomia; Saúde ocupacional; Sintomas musculoesqueléticos.

1 INTRODUÇÃO

Os Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT) constituem importante problema de saúde ocupacional, caracterizado por condições que afetam diferentes estruturas musculoesqueléticas e estão relacionadas, principalmente, a esforços repetitivos, posturas inadequadas e condições ergonômicas desfavoráveis. Essas condições estão entre as principais causas de dor e incapacidade e apresentam elevada ocorrência entre profissionais da saúde, devido às demandas físicas e psicológicas presentes no exercício de suas atividades [10].

DOI: 10.51161/iv-conasus/89306

Entre esses profissionais, destacam-se os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), que desempenham papel fundamental na integração entre a comunidade e os serviços de Atenção Básica. Sua rotina envolve visitas domiciliares, longos deslocamentos a pé, transporte de materiais e permanência em diferentes posturas, fatores que podem favorecer a sobrecarga musculoesquelética. Estudos realizados com essa categoria demonstram elevada ocorrência de DORT, com acometimento de membros inferiores e coluna [4, 12, 17].

Além das exigências físicas, o trabalho dos ACS envolve importante carga psicossocial, decorrente do contato contínuo com situações de vulnerabilidade social, envolvimento emocional com a comunidade, pressão por resultados e limitada autonomia diante de problemas do território. Esses fatores podem favorecer o estresse ocupacional e contribuir para o agravamento dos sintomas osteomusculares [3, 9]. Assim, a exposição simultânea a demandas físicas, organizacionais e psicossociais pode repercutir na saúde e na capacidade funcional desses trabalhadores.

Apesar da relevância dos DORT entre ACS, ainda existem lacunas sobre sua ocorrência e os fatores relacionados em contextos locais, uma vez que parte dos estudos disponíveis concentra-se em grandes centros urbanos. Diamantina apresenta características geográficas e socioeconômicas próprias que podem influenciar a organização do trabalho e a exposição aos riscos ocupacionais. Conhecer essa realidade pode subsidiar estratégias de prevenção, promoção da saúde e melhoria das condições laborais. Diante disso, o objetivo deste estudo foi avaliar a prevalência de sintomas osteomusculares e os fatores psicossociais relacionados ao trabalho entre ACS da Atenção Básica do município de Diamantina, Minas Gerais.

2 MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo observacional, de abordagem quantitativa e delineamento transversal, realizado no município de Diamantina, Minas Gerais, em Unidades Básicas de Saúde (UBS) da rede pública de atenção à saúde vinculadas à Estratégia Saúde da Família (ESF). A população do estudo foi constituída por Agentes Comunitários de Saúde (ACS) atuantes nas UBS do município. A amostra foi selecionada por conveniência e composta por 33 ACS vinculados a nove equipes da ESF: Arraial dos Forros (n=3), Bom Jesus (n=4), Palha (n=4), Rio Grande Renascer (n=2), Vila Operária (n=5), Centro (n=3), Largo Dom João (n=5), Jardim Imperial (n=3) e Bela Vista (n=4).

Foram incluídos ACS de ambos os sexos, com idade igual ou superior a 18 anos, que se encontravam em exercício regular de suas atividades laborais no período da coleta, aceitaram participar voluntariamente mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e responderam integralmente aos instrumentos propostos. Foram excluídos os profissionais afastados de suas atividades durante o período de coleta por licença médica, férias, licença-maternidade ou outras formas de afastamento.

O recrutamento foi realizado por contato direto com os ACS nas unidades da ESF, após apresentação da pesquisa às equipes. Os profissionais foram convidados individualmente durante o horário de trabalho, com esclarecimento dos objetivos e procedimentos do estudo. A coleta ocorreu nas próprias unidades, em ambiente reservado, no período das 13h às 17h, em datas previamente acordadas, com duração aproximada de 20 a 30 minutos por participante.

DOI: 10.51161/iv-conasus/89306

Foram utilizados três instrumentos: o Questionário Sociodemográfico e de Saúde Ocupacional, para caracterização dos participantes e das condições de trabalho; o Questionário Nórdico de Sintomas Osteomusculares, versão adaptada para o português do Brasil por Pinheiro et al. (2002), para identificação de sintomas em nove regiões corporais nos últimos sete dias e 12 meses, bem como suas repercussões; e o Inventário de Mal-Estar Percebido no Ambiente de Trabalho (IMPAL), validado por Figueroa et al. (2001), composto por 30 itens distribuídos nos domínios tarefa, instituição e aspectos pessoais, avaliados em escala de incômodo de 0 a 10 pontos.

Os dados foram organizados no Microsoft Excel® e analisados no SPSS, versão 21.0, por meio de estatística descritiva. As variáveis categóricas foram apresentadas em frequências absolutas e relativas, e as numéricas em média e desvio-padrão. O estudo integra o projeto "Riscos Psicossociais no Trabalho: Um Estudo com Agentes Comunitários de Saúde", aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, sob CAAE nº 94285425.6.0000.5208 e Parecer nº 8.306.019, versão 3.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram do estudo 33 Agentes Comunitários de Saúde, com idade média de 41,33 ± 9,91 anos e tempo médio de atuação na Estratégia Saúde da Família de 10,85 ± 7,26 anos. Houve predominância do sexo feminino (93,9%), enquanto 6,1% dos participantes eram do sexo masculino. Quanto à escolaridade, 57,6% possuíam ensino médio completo e 42,4% ensino superior completo. O Índice de Massa Corporal (IMC) médio foi de 29,34 ± 6,73 kg/m². A predominância feminina observada é compatível com o perfil historicamente encontrado entre os ACS, categoria em que as mulheres frequentemente representam mais de 80% dos profissionais [11, 2]. Além disso, o tempo de atuação profissional representa exposição prolongada às demandas físicas, organizacionais e psicossociais presentes no ambiente laboral, que podem contribuir para o surgimento e a manutenção de agravos musculoesqueléticos [6, 15, 8].

Em relação às condições de trabalho, os principais fatores apontados pelos participantes como causas de erros ou falhas foram problemas com equipamentos (66,7%), dependência de outros setores (66,7%), falta de material (54,5%) e problemas com a equipe de trabalho (50,0%). Esses resultados demonstram a presença de aspectos predominantemente organizacionais e estruturais na rotina dos profissionais. Achados semelhantes são descritos por Baralhas e Pereira (2013), que destacam limitações estruturais, insuficiência de recursos e dificuldades organizacionais na atuação dos ACS. Problemas relacionados à gestão, comunicação entre equipes e articulação da rede também são apontados como desafios para o processo de trabalho desses profissionais [16].

Na avaliação das condições de trabalho e saúde ocupacional, os maiores escores foram observados para exigência de rapidez na realização das tarefas (6,79 ± 3,18), realização de trabalhos que não pertencem à função (6,70 ± 3,29) e presença de dor ou desconforto durante o trabalho (5,97 ± 3,08). Esses resultados indicam que aspectos relacionados à organização e ao ritmo das atividades ocupacionais constituem fontes relevantes de incômodo entre os participantes. A intensificação do trabalho e a ampliação das atribuições profissionais podem contribuir para o aumento das demandas e do desgaste ocupacional entre trabalhadores da saúde [1, 13].

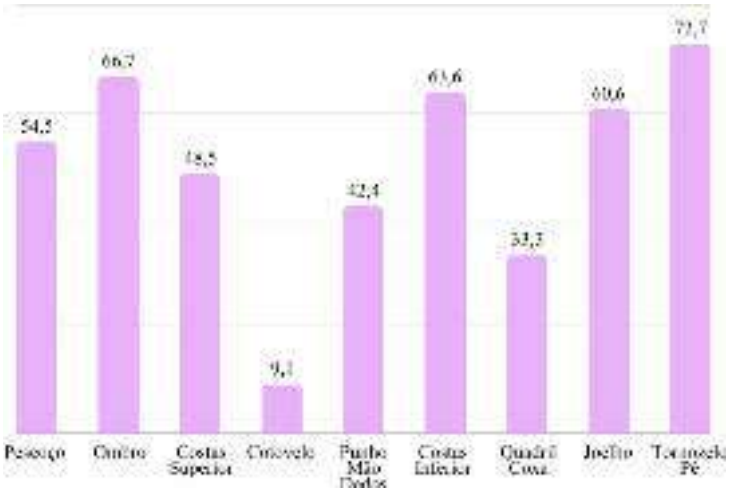


Figura 1. Frequência de sintomas osteomusculares nos últimos 12 meses por região corporal.

A ocorrência de sintomas osteomusculares foi elevada entre os ACS, com maior acometimento de tornozelos/pés, ombros, região lombar e joelhos nos últimos 12 meses. O padrão de acometimento envolve principalmente regiões relacionadas à locomoção, sustentação do peso corporal e manutenção da postura. Esses achados podem ser compreendidos considerando as características do processo de trabalho dos ACS, que incluem deslocamentos frequentes pelo território, caminhadas por longas distâncias, permanência prolongada em posição ortostática e circulação em diferentes tipos de terreno [3, 5]. A sobrecarga mecânica relacionada às posturas prolongadas, ao transporte de materiais e às exigências físicas das atividades desenvolvidas no território também pode contribuir para sintomas em coluna e membros inferiores [4].

Os resultados apresentam semelhanças como os descritos por Suyama et al. (2022), que identificaram elevada frequência de sintomas osteomusculares entre ACS, principalmente na região lombar (65,9%), seguida pelo pescoço (61,4%), ombros (47,7%) e joelhos (43,2%). Dessa forma, embora existam diferenças nas frequências e na ordem das regiões mais acometidas, os achados reforçam a ocorrência expressiva de sintomas em coluna, ombros e membros inferiores nessa categoria profissional.

Além da frequência dos sintomas, observou-se repercussão sobre as atividades habituais. As maiores frequências de limitação foram verificadas para tornozelos/pés (36,4%), região lombar (21,2%) e joelhos (18,2%). Nos sete dias anteriores à coleta, tornozelos/pés permaneceram como a região com maior frequência de sintomas (30,3%), seguidos pela região lombar (27,3%), ombros (24,2%) e joelhos (21,2%). A manutenção das mesmas regiões entre as mais acometidas nos períodos de 12 meses e sete dias sugere a presença de manifestações persistentes ou recorrentes em parte dos participantes. A limitação decorrente de sintomas musculoesqueléticos constitui importante questão de saúde ocupacional, podendo comprometer a capacidade funcional e a execução das atividades laborais [18].

Tabela 1. Principais fatores psicossociais relacionados ao trabalho entre os Agentes Comunitários de Saúde.

Domínio	Fator	Média

Características da tarefa	Sentir que exigem demais de mim	6,91
Características da tarefa	Alta rotatividade entre o pessoal da equipe	6,64
Características da tarefa	Fazer muitos trabalhos difíceis	5,27
Aspectos institucionais	Conflito entre o que considero corretor e o que é exigido	6,45
Aspectos institucionais	Falta de reconhecimento da dedicação ao trabalho	6,18
Aspectos institucionais	Saber que meus erros podem prejudicar outras pessoas	8,39
Aspectos institucionais	Perder tempo com outras atividades que não as minhas	6,12
Aspectos institucionais	Enfrentar problemas que excedem minha responsabilidade	5,58

Na avaliação dos fatores psicossociais relacionados ao trabalho, no domínio referente às características da tarefa, os maiores níveis de incômodo foram observados para a percepção de exigências excessivas (6,91), alta rotatividade entre os integrantes da equipe (6,64) e realização de trabalhos considerados difíceis (5,27). Elevadas demandas laborais são reconhecidas como importantes fatores relacionados ao estresse e ao desgaste ocupacional, principalmente quando não acompanhadas por níveis adequados de autonomia, suporte organizacional e recursos para a realização das atividades [1]. A alta rotatividade também pode comprometer a continuidade e a coesão das equipes, aumentando a sobrecarga dos profissionais remanescentes e exigindo adaptação constante à entrada de novos integrantes [19].

Entre os aspectos institucionais, os maiores níveis de incômodo foram observados para o conflito entre aquilo que o trabalhador considera correto e o que é exigido pela instituição (6,45) e para a falta de reconhecimento da dedicação ao trabalho (6,18). Esses resultados evidenciam a relevância da organização institucional e da valorização profissional na percepção dos trabalhadores sobre o ambiente laboral. Segundo Dejours (2015), o sofrimento relacionado ao trabalho pode emergir quando sua organização dificulta a articulação entre a subjetividade do trabalhador e as exigências institucionais. O reconhecimento profissional, por sua vez, constitui elemento importante para a valorização do trabalhador e para o sentido atribuído às atividades desempenhadas.

No domínio dos aspectos pessoais, o maior escore de todo o instrumento foi relacionado à preocupação de que erros profissionais possam prejudicar outras pessoas (8,39). Também se destacaram a realização de atividades que não correspondem às atribuições principais do trabalho (6,12) e a necessidade de enfrentar problemas que excedem a responsabilidade do profissional (5,58). Esses achados demonstram que a responsabilidade pelas consequências das próprias ações e a necessidade de lidar com demandas que extrapolam as atribuições habituais constituem importantes fontes de incômodo entre os participantes. Em atividades relacionadas ao cuidado e à assistência, a responsabilidade pelo

bem-estar de terceiros pode representar fonte de pressão psicológica e contribuir para o aumento da carga mental e do desgaste ocupacional [13].

Em conjunto, os resultados demonstram elevada frequência de sintomas osteomusculares e presença de importantes demandas físicas, organizacionais e psicossociais entre os ACS avaliados. O acometimento predominante de tornozelos/pés, ombros, região lombar e joelhos, associado à repercussão dos sintomas nas atividades habituais, evidencia a relevância das condições musculoesqueléticas nessa população. Paralelamente, as exigências excessivas, a rotatividade das equipes, os conflitos entre valores pessoais e exigências institucionais, a falta de reconhecimento e a responsabilidade pelas consequências das atividades desenvolvidas demonstram a complexidade das demandas presentes no processo de trabalho desses profissionais.

4 CONCLUSÃO

O estudo identificou elevada ocorrência de sintomas osteomusculares entre os Agentes Comunitários de Saúde, principalmente em tornozelos/pés, ombros, região lombar e joelhos, além de importantes demandas organizacionais e psicossociais relacionadas ao trabalho. Destacaram-se as exigências excessivas, a rotatividade da equipe, a falta de reconhecimento profissional e a responsabilidade associada às atividades desempenhadas.

Os achados reforçam a importância de ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e melhoria das condições de trabalho dos ACS. Como limitações, destacam-se o delineamento transversal, a amostra por conveniência e a realização do estudo em um único município. Estudos futuros com amostras maiores e diferentes localidades poderão ampliar a compreensão dos fatores relacionados à saúde desses trabalhadores.

REFERÊNCIAS

1. **ALMEIDA, Angélica Maria de; MACHADO, Bethania Rodrigues; SILVA, Fernanda Marcelino de Rezende e; QUADROS, Karla Amaral Nogueira.** Dificuldades dos agentes comunitários de saúde na prática diária. *Revista Médica de Minas Gerais*, v. 26, e1800, 2016. DOI: 10.5935/2238-3182.20160100.
2. **ALMEIDA, Leandro Generoso de; NASCIMENTO, Lúcio Fábio Cassiano.** Modelo Demanda–Controle de Karasek e teorias correlatas: uma revisão bibliográfica comparativa sobre estresse ocupacional. *Revista Caderno Pedagógico*, Curitiba, v. 22, n. 12, p. 1-18, 2025. DOI: 10.54033/cadpedv22n12-311.
3. **BARALHAS, M.; PEREIRA, M. A. O.** Prática diária dos agentes comunitários de saúde: dificuldades e limitações da assistência. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 66, n. 3, p. 358-365, 2013.
4. **BARBOSA, R. E. C.; ASSUNÇÃO, A. A.; ARAÚJO, T. M.** Distúrbios musculoesqueléticos em trabalhadores do setor saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 8, p. 1569-1580, 2012.
5. **BRASIL. Ministério da Saúde.** Saúde do trabalhador e da trabalhadora. *Cadernos de Atenção Básica*, n. 41. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.
6. **CONVERSO, D.; SOTTIMANO, I.; GUIDETTI, G.; LOERA, B.; CORTINI, M.; VIOTTI, S.** Aging and work ability: the moderating role of job and personal

7. resources. *Frontiers in Psychology*, Lausanne, v. 8, art. 2262, p. 1-12, 2018. DOI: 10.3389/fpsyg.2017.02262.
8. **DEJOURS, Christophe.** *A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho*. 6. ed. São Paulo: Cortez, 2015.
9. **GREGGI, Chiara et al.** Work-related musculoskeletal disorders: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Clinical Medicine*, Basel, v. 13, art. 3964, 2024. DOI: 10.3390/jcm13133964.
10. **HÄMMIG, Oliver; VETSCH, Anders.** Stress-buffering and health-protective effect of job autonomy, good working climate, and social support at work among health care workers in Switzerland. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, v. 63, n. 12, p. e918-e924, 2021. DOI: 10.1097/JOM.0000000000002404.
11. **JACQUIER-BRET, Julien; GORCE, Philippe.** Prevalence of body area work-related musculoskeletal disorders among healthcare professionals: a systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, Basel, v. 20, n. 1, art. 841, 2023. DOI: 10.3390/ijerph20010841.
12. **KRUG, Suzane Beatriz Frantz; SANTOS, Amanda Corrêa dos; HOPPE, Ariane dos Santos.** Agente comunitário de saúde: implicações dos custos humanos laborais na saúde do trabalhador. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 4, e280403, 2018. DOI: 10.1590/S0103-73312018280403.
13. **MEIRA-MASCARENHAS, Claudio H.; ORNELLAS-PRADO, Fabio; HENRIQUE-FERNANDES, Marcos.** Dor musculoesquelética e qualidade de vida em agentes comunitários de saúde. *Revista de Salud Pública*, Bogotá, v. 14, n. 4, p. 668-680, 2012.
14. **NAVAJAS-ROMERO, Virginia; ARIZA-MONTES, Antonio; HERNÁNDEZ-PERLINES, Felipe.** Analyzing the Job Demands-Control-Support Model in Work-Life Balance: a study among nurses in the European context. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, Basel, v. 17, n. 8, art. 2847, 2020. DOI: 10.3390/ijerph17082847.
15. **NYGAARD, N. P. B.; BENGTSEN, E.; BONDE, J. P.; VESTERGAARD, J. M.; THYRESTRUP, C.; KRISTENSEN, T. S.** Workability in the ageing workforce: a population-based cross-sectional study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, Basel, v. 18, n. 23, art. 12656, 2021. DOI: 10.3390/ijerph182312656.
16. **SATO, T. O. et al.** Poor health conditions among Brazilian healthcare workers: the study design and baseline characteristics of the HEROES cohort. *Healthcare*, v. 10, art. 2096, 2022.
17. **SORATTO, Jacks; PIRES, Denise Elvira Pires de; TRINDADE, Letícia Lima; OLIVEIRA, Jonas Sâmi Albuquerque de; FORTE, Elaine Cristina Novatzki; MELO, Thayse Palhano de.** Insatisfação no trabalho de profissionais da saúde na Estratégia Saúde da Família. *Texto & Contexto – Enfermagem*, v. 26, n. 3, e2500016, 2017. DOI: 10.1590/0104-07072017002500016.
18. **SUYAMA, E. H. T. et al.** Estresse ocupacional e sintomas osteomusculares em agentes comunitários de saúde. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, v. 30, e2992, 2022.
19. **WHO.** Musculoskeletal health. *World Health Organization*, 14 jul. 2022. Disponível em: WHO – Musculoskeletal health. Acesso em: 28 ago. 2026.
20. **ZHU, Xi; WHOLEY, Douglas R.; CAIN, Cindy; NATAFGI, Nabil.** Staff turnover in Assertive Community Treatment (ACT) teams: the role of team climate. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, v. 44, n. 2, p. 258-268, 2017. DOI: 10.1007/s10488-016-0740-7.

DESIGUALDADES REGIONAIS NA COBERTURA DA VACINA CONTRA INFLUENZA EM IDOSOS BRASILEIROS: ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO DE 2019 A 2023

ARTHUR VICTOR OLIVEIRA DANTAS; ANDRESSA BARROS DA SILVA; JOSÉ DAVI ARAÚJO TOMAZ DE LIMA; THIAGO RIOS BEZERRA; RAIANNE SIMÕES ALVES; AMANDA VASCONCELOS BARBOSA XAVIER; RICKSON CESAR ALVES CAVALCANTE.

RESUMO

A vacinação anual contra influenza é uma das principais estratégias do Sistema Único de Saúde para prevenir complicações, internações e óbitos de pessoas idosas no Brasil. Este estudo objetivou analisar a evolução da cobertura vacinal contra influenza em brasileiros com 60 anos ou mais entre os anos de 2019 a 2023 e descrever desigualdades territoriais no período. Realizou-se estudo epidemiológico ecológico, descritivo e retrospectivo, com dados secundários agregados do Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações, da Rede Nacional de Dados em Saúde e de relatórios oficiais do Ministério da Saúde. Calculou-se a cobertura em porcentagem pela razão entre doses únicas aplicadas e população-alvo, multiplicada por 100. Foram examinadas a série nacional anual, a amplitude entre as cinco macrorregiões em 2019 e 2020, a comparação entre Brasil e Nordeste de 2019 a 2023 e o alcance da meta de 90% nas unidades federativas em 2021 e 2022. A cobertura nacional foi de 99,4% em 2019, 120,7% em 2020, 70,9% em 2021, 70,2% em 2022 e 63,3% em 2023. Entre 2020 e 2023 houve redução de 57,4 pontos percentuais, equivalente a 47,6% do valor inicial. Em 2019, as coberturas regionais variaram de 98,29% no Nordeste a 106,94% no Centro-Oeste; em 2020, de 117,60% a 128,29%, nas mesmas regiões. Em 2021, nenhuma unidade federativa alcançou 90% entre idosos; em 2022, somente o Amapá atingiu a meta, com 94,1%. Em 2023, o Nordeste registrou 70,6%, valor 7,3 pontos percentuais superior ao nacional. Conclui-se que ocorreu queda acentuada e sustentada após 2020, acompanhada de heterogeneidade territorial. A atualização do denominador populacional em 2021 recomenda cautela na comparação, mas a persistência da redução em 2022 e 2023 indica necessidade de busca ativa, ampliação do acesso e monitoramento regional contínuo pelo SUS.

Palavras-chave: Envelhecimento; Imunização; Vigilância em saúde.

1 INTRODUÇÃO

A influenza é uma infecção respiratória aguda de elevada transmissibilidade e pode provocar formas graves, principalmente em pessoas idosas e indivíduos com doenças crônicas. O envelhecimento associa-se à redução da resposta imune e à maior probabilidade de descompensação clínica, hospitalização e morte. Por esse motivo, a vacinação anual constitui uma intervenção prioritária de saúde pública e integra as ações do Programa Nacional de Imunizações (PNI) no Sistema Único de Saúde (SUS) (Brasil, 2023; Organização Mundial da Saúde, 2023).

No Brasil, a vacinação contra influenza para pessoas idosas começou em 1999,

inicialmente para indivíduos com 65 anos ou mais, e foi ampliada em 2000 para a população a partir de 60 anos. Desde então, as campanhas anuais permitiram alcançar coberturas elevadas e contribuíram para consolidar a imunização como componente da atenção integral à pessoa idosa. Estudos nacionais que analisaram períodos anteriores a 2020 mostraram crescimento das coberturas e alcance da meta em todas as macrorregiões, embora com diferenças entre estados e limitações relacionadas às estimativas populacionais empregadas nos cálculos (Azambuja et al., 2020; Araújo et al., 2026).

A pandemia de covid-19 criou desafios para a manutenção das imunizações de rotina. Em 2020, um inquérito realizado com 8.265 pessoas idosas, residentes em 133 cidades brasileiras, encontrou cobertura autorreferida de 82,3% contra influenza. Contudo, a partir de 2021, os registros administrativos passaram a demonstrar queda acentuada da cobertura nacional, que atingiu 63,3% em 2023 (MENEZES et al., 2021; MOURA et al., 2025). A heterogeneidade observada pode estar relacionada às diferenças territoriais de acesso e organização das ações de vacinação, embora dados agregados não permitam determinar diretamente suas causas. A análise regional é, portanto, relevante para identificar territórios prioritários e orientar intervenções compatíveis com as necessidades locais.

Diante desse cenário, o objetivo deste estudo foi analisar a evolução da cobertura da vacina contra influenza em pessoas idosas no Brasil entre 2019 e 2023 e descrever as desigualdades territoriais identificadas nos dados oficiais disponíveis.

2 MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de estudo epidemiológico ecológico, descritivo, retrospectivo e de abordagem quantitativa. As unidades de análise foram os territórios, representados pelo Brasil, pelas cinco macrorregiões e, quando disponibilizado nos documentos oficiais, pelas unidades federativas. Os dados analisados referem-se às pessoas com 60 anos ou mais incluídas como grupo prioritário nas campanhas nacionais de vacinação contra influenza realizadas entre 2019 e 2023.

Foram utilizados dados secundários, públicos e agregados do Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI), da Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS), dos painéis oficiais da campanha de vacinação contra influenza e de informes técnicos do Ministério da Saúde. Para 2019 e 2020, foram extraídas do SI-PNI as coberturas das cinco macrorregiões, acompanhadas da população-alvo e do número de doses registradas quando disponíveis. Para 2021 e 2022, foram adotados os resultados consolidados nos informes oficiais de seguimento das campanhas, respectivamente com dados atualizados em 4 de fevereiro de 2022 e 13 de janeiro de 2023. Para 2023 e para a comparação entre Brasil e Nordeste no período de 2019 a 2023, utilizaram-se os resultados apresentados na Análise da Situação de Saúde de Alagoas 2024, publicação técnica baseada no SI-PNI e na RNDS, com dados obtidos em 20 de agosto de 2024 (BRASIL, 2020; BRASIL, 2022; BRASIL, 2023; ALAGOAS, 2024).

A cobertura vacinal foi adotada conforme o indicador apresentado nas fontes oficiais, definido pela razão entre o número de doses registradas no grupo de pessoas idosas e a população-alvo estimada para o mesmo território e ano, multiplicada por 100. Foram calculadas diferenças absolutas em pontos percentuais, amplitude regional e redução relativa entre 2020 e 2023. A amplitude correspondeu à diferença entre a maior e a menor cobertura regional. A redução relativa foi calculada pela fórmula: [(cobertura de 2020 − cobertura de 2023)/cobertura de 2020] × 100. A diferença entre Nordeste e Brasil foi

calculada pela subtração da cobertura nacional da cobertura nordestina, de modo que valores positivos indicaram cobertura superior no Nordeste.

Considerou-se desempenho adequado o alcance de cobertura igual ou superior à meta de 90% estabelecida pelo Ministério da Saúde. A desigualdade territorial foi examinada por três indicadores: amplitude entre as cinco macrorregiões em 2019 e 2020; diferença entre as coberturas do Nordeste e do Brasil entre 2019 e 2023; e número de unidades federativas que alcançaram a meta em 2021 e 2022. A análise foi exclusivamente descritiva, sem aplicação de testes inferenciais, e os cálculos foram conferidos em planilha eletrônica.

A comparação temporal exige cautela. Em 2021, o Ministério da Saúde atualizou a estimativa populacional do grupo de pessoas idosas, corrigindo estimativas do IBGE de 2012 que haviam sido utilizadas até 2020. Para a campanha de 2021, o denominador nacional passou a corresponder a 30.197.052 pessoas com 60 anos ou mais, com base em estimativas populacionais preliminares de 2020. Essa alteração limita a comparação direta entre 2020 e 2021, pois parte da redução observada pode estar relacionada à mudança do denominador. Da mesma forma, coberturas superiores a 100% ocorrem quando o número de doses registradas supera a população-alvo estimada e não devem ser interpretadas como proporção de indivíduos únicos vacinados. A série também reuniu dados provenientes de diferentes ambientes de consolidação, devendo seus resultados ser interpretados como indicadores administrativos.

Por terem sido utilizadas exclusivamente informações públicas, agregadas e sem possibilidade de identificação individual, o estudo foi dispensado de registro e avaliação pelo sistema CEP/Conep, conforme o artigo 1º, parágrafo único, incisos II e V, da Resolução CNS nº 510/2016 (BRASIL, 2016).

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A cobertura nacional entre pessoas idosas foi de 99,4% em 2019, 120,7% em 2020, 70,9% em 2021, 70,2% em 2022 e 63,3% em 2023. A meta de 90% foi alcançada somente nos dois primeiros anos. Entre 2019 e 2023, ocorreu redução de 36,1 pontos percentuais, equivalente a 36,3% do valor de 2019. Considerando o pico registrado em 2020, a queda até 2023 alcançou 57,4 pontos percentuais, correspondentes a uma redução relativa de 47,6%. A sequência de 70,9%, 70,2% e 63,3% demonstra que o baixo desempenho não se restringiu a 2021, mas persistiu por três campanhas consecutivas. Essa tendência também foi descrita por Moura et al. (2025), que identificaram em 2023 a menor cobertura nacional da série iniciada em 2000.

Em 2019, todas as macrorregiões ultrapassaram a meta, porém com amplitude de 8,65 pontos percentuais. O Nordeste apresentou 98,29%; o Sudeste, 98,64%; o Sul, 99,34%; o Norte, 102,98%; e o Centro-Oeste, 106,94%. Em 2020, os valores aumentaram em todas as regiões: Nordeste, 117,60%; Sul, 119,38%; Norte, 119,75%; Sudeste, 122,13%; e Centro-Oeste, 128,29%. A amplitude aumentou para 10,69 pontos percentuais. Embora todas as regiões tenham alcançado a meta, os extremos permaneceram no Nordeste e no Centro-Oeste, demonstrando que cobertura nacional elevada não representa necessariamente uniformidade territorial (BRASIL, 2020).

Os resultados por unidade federativa demonstram baixa cobertura generalizada em 2021 e recuperação limitada em 2022. Em 2021, a cobertura nacional caiu para 70,9%, e nenhuma unidade federativa atingiu 90% entre as pessoas idosas. Em 2022, o índice nacional permaneceu semelhante, em 70,2%, e somente o Amapá alcançou a meta, com

94,1% (BRASIL, 2022; BRASIL, 2023). Na série consolidada do Nordeste, com valores arredondados para uma casa decimal, as coberturas foram de 98,3% em 2019, 117,6% em 2020, 70,7% em 2021, 70,5% em 2022 e 70,6% em 2023. Em 2023, a região apresentou cobertura 7,3 pontos percentuais superior à nacional, após registrar valor 1,1 ponto percentual inferior ao Brasil em 2019. A estabilidade nordestina entre 2021 e 2023, contrastando com a nova redução nacional, sugere trajetórias territoriais distintas, sem permitir atribuição causal a fatores específicos neste desenho de estudo (ALAGOAS, 2024).

A cobertura de 120,7% em 2020 não deve ser interpretada como vacinação de toda a população idosa acrescida de uma margem real de 20,7%. O próprio Ministério da Saúde reconheceu que a utilização de estimativas populacionais de 2012 até 2020 poderia ter subestimado o denominador e superdimensionado as coberturas. Em 2021, a população-alvo foi atualizada para 30.197.052 pessoas idosas, produzindo uma ruptura na comparabilidade da série. Entretanto, também ocorreu redução no numerador: a soma das doses registradas nas faixas etárias a partir de 60 anos passou de 25.222.781 em 2020 para 21.465.820 em 2021, diferença de 3.756.961 doses, ou aproximadamente 3,76 milhões. Dessa forma, a queda não resultou exclusivamente da atualização do denominador. Entretanto, os dados administrativos não permitem diferenciar completamente a redução da vacinação de possíveis atrasos ou incompletudes dos registros (BRASIL, 2021; BRASIL, 2022).

A literatura anterior já demonstrava diferenças entre regiões e unidades federativas. Araújo et al. (2026) observaram trajetórias distintas de cobertura entre os estados na série de 2000 a 2019, enquanto Azambuja et al. (2020) destacaram limitações associadas à utilização de estimativas censitárias desatualizadas. Durante a pandemia, Menezes et al. (2021) encontraram cobertura autorreferida de 82,3% entre pessoas idosas de 133 cidades, sem diferença regional estatisticamente significativa. Esse resultado foi inferior à cobertura administrativa de 120,7% registrada em 2020. Entretanto, os indicadores não são diretamente equivalentes, pois o inquérito utilizou relato individual e amostra de cidades, enquanto o SI-PNI empregou doses registradas e população-alvo estimada. A divergência reforça a necessidade de interpretar a cobertura administrativa considerando a qualidade do numerador e do denominador.

Do ponto de vista do SUS, os resultados indicam a necessidade de ações territorializadas. Municípios e estados com menor desempenho podem combinar busca ativa pela Estratégia Saúde da Família, vacinação domiciliar de pessoas com mobilidade reduzida, ampliação de horários, oferta extramuros, comunicação local e monitoramento frequente dos registros. Essas medidas devem ser acompanhadas pela qualificação das informações e pela atualização periódica das populações-alvo. Como estudo ecológico, esta análise não permite identificar motivos individuais de não vacinação nem avaliar diretamente renda, escolaridade, hesitação vacinal ou barreiras geográficas. Outra limitação é a indisponibilidade de uma série regional completa, apresentada em formato e ambiente de consulta únicos, para todas as macrorregiões entre 2019 e 2023, diante das mudanças nos sistemas de registro e consolidação dos dados

4 CONCLUSÃO

Entre 2019 e 2023, a cobertura da vacina contra influenza em idosos brasileiros passou de nível superior à meta para 63,3%, com queda sustentada após 2020. As diferenças entre macrorregiões em 2019 e 2020, a ausência de unidades federativas na meta

em 2021, o alcance isolado do Amapá em 2022 e a vantagem do Nordeste sobre o índice nacional em 2023 demonstram que o problema não se distribuiu de forma uniforme no território.

A atualização do denominador populacional e a transição dos sistemas de informação limita comparações diretas, especialmente entre 2020 e 2021. Ainda assim, a manutenção de baixas coberturas em 2022 e 2023 indica necessidade de resposta programática. Recomenda-se fortalecer a atenção primária, ampliar estratégias extramuros e de busca ativa, qualificar o registro nominal e disponibilizar séries regionais padronizadas. Estudos futuros devem analisar dados municipais e fatores socioeconômicos para localizar desigualdades intrarregionais e avaliar quais intervenções recuperam a cobertura com maior efetividade.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, G. C.; SILVA JÚNIOR, G. S.; SANTOS JÚNIOR, C. J.; OLIVEIRA, E. C. T. Tendência temporal da cobertura vacinal contra influenza em idosos no Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 31, n. 7, 2026. DOI: 10.1590/1413-81232026317.04312024.

AZAMBUJA, H. C. S.; CARRIJO, M. F.; MARTINS, T. C. R.; LUCHESI, B. M. O impacto da vacinação contra influenza na morbimortalidade dos idosos nas regiões do Brasil entre 2010 e 2019. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 36, supl. 2, e00040120, 2020. DOI: 10.1590/0102-311X00040120.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, n. 98, p. 44-46, 24 maio 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações: cobertura vacinal da campanha contra influenza. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: https://sipni.datasus.gov.br/si-pni-web/faces/relatorio/consolidado/coberturaVacinalCampanhaInfluenza.jsf. Acesso em: 28 ago. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Informe da 24ª Campanha Nacional de Vacinação contra a Influenza. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/c/calendario-nacional-de-vacinacao/arquivos/informe-da-24a-campanha-nacional-de-vacinacao-contra-a-influenza.pdf. Acesso em: 28 ago. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Informe técnico operacional: vacinação contra a influenza. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/c/calendario-nacional-de-vacinacao/arquivos/informe-tecnico-operacional-de-vacinacao-contra-a-influenza-2023. Acesso em: 28 ago. 2026.

MENEZES, A. M. B.; HALLAL, P. C.; SILVEIRA, M. F.; WEHRMEISTER, F. C.; HORTA, B. L.; BARROS, A. J. D.; HARTWIG, F. P.; OLIVEIRA, P. D.; VIDALETTI, L. P.; MESENBURG, M. A.; JACQUES, N.; BARROS, F. C.; VICTORA, C. G. Vacinação para influenza em idosos na pandemia COVID-19: estudo de base populacional em 133 cidades brasileiras. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 26, n. 8, p. 2937-2947, 2021. DOI: 10.1590/1413-81232021268.09382021.

MOURA, E. C.; CORTEZ-ESCALANTE, J. J.; CAVALCANTE, F. V.; SANTOS, L. M.

P.; SANTOS, W. E. B. G. Influenza: temporal trends in mortality, hospitalization, and vaccination in the older adults population aged 60 and more years, Brazil, 2000-2023. Frontiers in Public Health, Lausanne, v. 13, 1615503, 2025. DOI: 10.3389/fpubh.2025.1615503.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Influenza (seasonal). Geneva: WHO, 2023. Disponível em: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/influenza-(seasonal). Acesso em: 28 ago. 2026.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE ALAGOAS. Análise das coberturas vacinais de influenza e covid-19 em pessoas idosas de Alagoas, no período de 2014 a 2023. In: ALAGOAS. Secretaria de Estado da Saúde. Análise da situação de saúde: Alagoas 2024. Maceió: SESAU, 2025. p. 173-185. Disponível em: https://www.saude.al.gov.br/wp-content/uploads/2025/06/ASIS_2024_retificado.pdf. Acesso em: 28 ago. 2026.

CENÁRIOS DE PRÁTICA NO CS CAFEZAL: INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO-COMUNIDADE E FORMAÇÃO DE PROFISSIONAIS PARA O SUS

LILIAN ALVES PEDREIRA RIBEIRO

Introdução: A educação em saúde nos cenários de prática exige compromisso com a formação em serviço. Fragilidades no planejamento assistencial alimentam o desinteresse de novos profissionais pelo SUS. A experiência no CS Cafezal, inserido em território com Índice de Vulnerabilidade Social muito elevado, evidencia ser possível qualificar os aprendizados. Cenários complexos proporcionam a vivência da Estratégia Saúde da Família como ordenadora do cuidado por meio de tecnologias leves, alinhando a prática clínica aos princípios do SUS. Um planejamento assertivo desperta a atuação no SUS como escolha profissional e qualifica a assistência. Ao final dos ciclos, as narrativas dos alunos oferecem avaliações isentas de vícios laborais, impulsionando melhorias nos processos internos.
Objetivo: Descrever o acolhimento e a construção dos campos de estágio no CS Cafezal, seus impactos assistenciais e o fortalecimento da integração ensino-serviço-comunidade, fomentando a valorização dos cenários de prática como planejamento estratégico. **Metodologia:** Frente ao cenário desafiador na fixação da força de trabalho e limitações estruturais, desenvolveu-se estratégia participativa fundamentada na busca por campos disponíveis e na sensibilização das equipes diante da sobrecarga assistencial. Pactuou-se ações operacionais divididas em quatro eixos: Infraestrutura: Otimização de consultórios, espaços coletivos e atividades comunitárias. Preceptoria: Adequação de agendas para discussões formais de casos. Processo Pedagógico: Alinhamento docente, imersão na rotina e transição do diagnóstico individual para a análise de vulnerabilidades coletivas. Vínculo: Ações territoriais e transição pactuada de casos críticos entre turmas. **Resultados:** Registrou-se a ampliação de 2 para 12 turmas de estágio em 4 cursos (aumento de 500% entre 2023 e 2026), com otimização dos fluxos internos e espaços. Houve crescimento de 33,8% de usuários participantes e de 678,95% nas ações coletivas (PSE e promoção à saúde). Consolida-se o pertencimento territorial e vínculo assistencial pelo retorno de acadêmicos em diferentes períodos. A utilização da Calculadora de Boas Práticas permitiu a identificação precoce de pendências assistenciais, fortalecendo o cuidado integral à primeira infância. **Conclusão**: O relato evidencia que a educação em saúde expande e qualifica a Atenção Primária no SUS-BH, transformando vulnerabilidade em aprendizado. A sustentabilidade dessa construção requer incentivos à preceptoria, planos de carreira e bolsas de residência, assegurando a fixação profissional.

Palavras-chave: **ATENÇÃO PRIMÁRIA; FORMAÇÃO PROFISSIONAL; INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO-COMUNIDADE**

DOI: 10.51161/iv-conasus/89328

REGULAÇÃO ÁGIL DE LEITOS NO SUS-BA: LSS EM AÇÃO

WAGNER RODRIGUES; SHEILA SANTA BÁRBARA CERQUEIRA

INTRODUÇÃO: A regulação de leitos no SUS-BA enfrenta atrasos, baixa visibilidade do fluxo e variabilidade entre plantões, prejudicando o atendimento e a alocação eficiente de vagas. Ferramentas de melhoria contínua, como Lean Six Sigma (LSS), combinam eliminação de desperdícios e controle estatístico para aumentar eficiência operacional e promover equidade no acesso. **OBJETIVO:** Descrever a experiência e os ganhos operacionais observados e projetados na regulação de leitos do SUS-BA após a aplicação de LSS, priorizando indicadores mensuráveis e sustentabilidade das ações. **METODOLOGIA:** Intervenção descritiva em três hospitais-piloto utilizando o ciclo DMAIC: mapeamento de fluxo, coleta de tempos e indicadores, análise de causas raiz, implementação de registros padronizados, dashboards em tempo real e protocolos de triagem e priorização. O controle foi mantido por monitoramento contínuo ao longo de seis meses, sem intervenções clínicas diretas. **RESULTADOS**: Após a implementação, houve redução média do tempo de regulação em cerca de 35% (120±20 → 78±15 minutos), diminuição do retrabalho em 40% e queda de 25% nas transferências inadequadas. A variabilidade entre plantões reduziu aproximadamente 30%, permitindo priorização mais precisa e realocação proativa de leitos. Projeta-se ajuste da taxa de ocupação de 92% para 85% em seis meses e economia operacional anual estimada em R$ 420.000 por rede regional, decorrente de menor mobilização, redução de transferências e melhor aproveitamento de vagas. **CONCLUSÃO:** A aplicação de LSS na regulação de leitos do SUS-BA evidenciou capacidade significativa de aumentar a eficiência, reduzir tempos e variabilidade e otimizar o uso de leitos. Recomenda-se escalonamento da iniciativa, capacitação contínua das equipes e governança de indicadores para manter e ampliar os ganhos.

Palavras-chave: **REGULAÇÃO; LEAN SIX SIGMA; LEITOS**

DOI: 10.51161/iv-conasus/89331

POLIFARMÁCIA E SEGURANÇA DO PACIENTE IDOSO: A ATENÇÃO PRIMÁRIA COMO CENÁRIO ESTRATÉGICO PARA O CUIDADO FARMACOTERAPÊUTICO

KESLEY SILVEIRA DE ALBUQUERQUE

Introdução: O envelhecimento populacional está associado ao aumento da prevalência de doenças crônicas e, consequentemente, à utilização concomitante de múltiplos medicamentos. Embora a polifarmácia possa ser necessária em determinadas condições clínicas, seu uso está relacionado ao maior risco de interações medicamentosas, reações adversas, duplicidades terapêuticas, baixa adesão e hospitalizações evitáveis. Nesse contexto, a Atenção Primária à Saúde (APS), por atuar de forma longitudinal e coordenada, apresenta papel estratégico na promoção da segurança do paciente idoso e na qualificação do tratamento farmacológico. **Objetivo:** Analisar os principais desafios relacionados à polifarmácia na população idosa e discutir o papel da APS na promoção do uso racional e seguro de medicamentos. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão de literatura, realizada a partir da consulta a publicações científicas e documentos técnico-normativos relacionados à polifarmácia, segurança medicamentosa, envelhecimento e Atenção Primária da Saúde. Foram priorizados recomendações e estudos que abordassem estratégias de avaliação e otimização da farmacoterapia em idosos. **Resultados:** A literatura evidencia que a polifarmácia constitui importante desafio para a assistência à população idosa, especialmente diante das alterações farmacocinéticas e farmacodinâmicas próprias do envelhecimento e da frequente presença de multimorbidade. A revisão periódica da farmacoterapia, a identificação de medicamentos potencialmente inapropriados, a avaliação de interações e duplicidades e a conciliação medicamentosa podem contribuir para reduzir riscos relacionados ao tratamento. Nesse cenário, a APS favorece a avaliação integral do paciente, permitindo identificar medicamentos sem indicação atual, dificuldades de adesão e barreiras relacionadas ao uso correto. A atuação multiprofissional e a comunicação entre os diferentes níveis de atenção também são fundamentais para a continuidade e segurança do cuidado. **Conclusão:** A polifarmácia exige abordagem individualizada e acompanhamento longitudinal, especialmente na população idosa. A APS constitui cenário privilegiado para revisão e otimização da farmacoterapia, prevenção de eventos adversos e promoção do uso racional de medicamentos. O fortalecimento da atuação multiprofissional e da educação em saúde pode contribuir para maior segurança, efetividade terapêutica e qualidade de vida no envelhecimento.

Palavras-chave: **POLIFARMÁCIA; IDOSOS; MEDICAMENTOS**

DOI: 10.51161/iv-conasus/89333

SAÚDE PÚBLICA NA CIDADE DE ALTAMIRA: DIFICULDADES E ENTRAVES PARA OBTENÇÃO DE DADOS DE ATENDIMENTOS PSIQUIÁTRICOS PELA POPULAÇÃO LOCAL

LOHANA SAVICZKI PINHO; ALEXANDRE DE OLIVEIRA MAGALHÃES; LAÍS SAVICZKI PINHO

Introdução: A saúde pública desempenha papel fundamental na garantia do direito à saúde da população, especialmente em municípios do interior da Amazônia, como Altamira, no estado do Pará. A percepção do cuidado e do atendimento contínuo melhorariam com o acesso fácil a informações online disponibilizadas pelos entes federativos, uma vez que essas informações garantidas os cidadãos otimizariam as orientações e os esclarecimentos sobre o sistema público de saúde. No entanto, observa-se a dificuldade para a obtenção de informações públicas pela população da cidade de Altamira, tal qual a quantidade de médicos psiquiátricos atuantes no SUS. **Objetivo**: Relatar as dificuldades enfrentadas pela população para localizar e/ou obter informações públicas sobre a oferta do serviço de psiquiatria no (SUS) no município de Altamira-Pará, mostrando os obstáculos que a população, que necessita saber onde e como buscar atendimento especializado, enfrenta**. Relato de caso**: Foram consultadas plataformas oficiais, como o DATASUS, o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e o e-Saúde Transparência, sistema disponibilizado pela gestão municipal de Altamira. A busca teve como objetivo identificar informações referentes à quantidade de médicos psiquiatras operantes, onde eles atuam e se eles têm formação adequada. Entretanto, durante o processo observamos que as informações não estavam disponíveis, assim, pudemos inferir que a nossa dificuldade na obtenção de dados públicos relacionados ao atendimento psiquiátrico no SUS se estende à população local, essa lacuna contraria o princípio de transparência pública e deixa o cidadão à mercê da ausência de respostas básicas sobre o próprio município. **Conclusão**: A experiência evidenciou, portanto, que as plataformas federais supracitadas dependem do abastecimento contínuo de dados relevantes, haja vista que tais informações facilitam à população local saber sobre os atendimentos que estão disponíveis no serviço de saúde da sua cidade. Dessa forma, entende-se que o município tem o dever de facilitar a compreensão dos cidadãos locais sobre quantos profissionais estão disponíveis e onde eles atuam, sob o risco de perpetuar cenário de falta de transparência, que compromete o controle social e torna ainda mais difícil o acesso da população aos serviços de saúde mental ofertados pelo SUS.

Palavras-chave: **OBTENÇÃO DE DADOS; POPULAÇÃO LOCAL; ATENDIMENTOS PSIQUIÁTRICOS**

DOI: 10.51161/iv-conasus/89342

O PAPEL DO ENFERMEIRO NO PROGRAMA DE PLANEJAMENTO REPRODUTIVO: UMA REVISÃO DA LITERATURA

ADINALDO MOREIRA MARTINS; JULIANE NASCIMENTO COSTA; POLLYANNA RIBEIRO DAMASCENO; GISELLY DO SOCORRO SANTOS DE OLIVEIRA; BRENDA CAROLINE DE ANDRADE CAMELO; KEISE HELAINE MOREIRA DA SILVA PINTO; MAURÍCIA MACEDO RAMALHO

Introdução: O Planejamento Reprodutivo é uma estratégia de atenção à saúde sexual e reprodutiva que garante às pessoas o direito de decidir sobre a constituição, limitação ou aumento da prole. No Brasil, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), criado em 1983, ampliou a assistência à saúde da mulher para além da gravidez e do parto. A Lei nº 9.263/1996 estabeleceu o planejamento familiar como direito de todo cidadão, assegurando acesso às informações, meios, métodos e técnicas disponíveis para a regulação da fecundidade. **Objetivo:** Descrever, com base na literatura, o papel do enfermeiro na implementação e execução do programa de Planejamento Reprodutivo na Atenção Básica. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão da literatura. A busca dos estudos foi realizada nas bases de dados Biblioteca Virtual em Saúde, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde, Medical Literature Analysis and Retrieval System Online, Scientific Electronic Library Online e PubMed. Foram utilizados descritores relacionados ao tema, selecionados a partir dos Descritores em Ciências da Saúde. **Resultados:** O Planejamento Reprodutivo contempla atividades educativas, aconselhamento e atividade clínica, incluindo informações sobre métodos contraceptivos e conceptivos, sexualidade, prevenção de infecções sexualmente transmissíveis (IST), prescrição de métodos e acompanhamento periódico. Os métodos contraceptivos podem ser hormonais, de barreira, comportamentais, definitivos e dispositivos intrauterinos. Os métodos conceptivos incluem métodos naturais e técnicas de reprodução assistida, como indução da ovulação, inseminação intrauterina e fertilização in vitro. As atividades educativas e o aconselhamento favorecem escolhas livres e informadas, autonomia e prevenção de ISTs e gestações não planejadas. O enfermeiro atua na educação, avaliação, prescrição, aconselhamento e acompanhamento de indivíduos e casais, além de desenvolver ações educativas, orientar sobre prevenção e tratamento de ISTs, realizar acolhimento e escuta qualificada, encaminhar usuários, coletar material para prevenção do câncer do colo do útero e acompanhar os retornos e métodos utilizados. **Conclusão:** O enfermeiro contribui para o acesso a informações seguras, para a autonomia dos usuários e para a promoção da saúde sexual e reprodutiva na Atenção Básica, desempenhando papel ativo na promoção da saúde e no fortalecimento do cuidado aos usuários do Programa de Planejamento Reprodutivo.

Palavras-chave: **ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE; PLANEJAMENTO FAMILIAR; SERVIÇOS DE PLANEJAMENTO FAMILIAR**

DOI: 10.51161/iv-conasus/89359

SANEAMENTO BÁSICO E INIQUIDADES EM SAÚDE: A INFLUÊNCIA DOS DETERMINANTES SOCIOAMBIENTAIS NA OCORRÊNCIA DE DOENÇAS RELACIONADAS À ÁGUA E OS DESAFIOS PARA O SUS

THALIA BORGES DE ANDRADE; ANNA KESSY LOURENÇO DANTAS DA FONSÊCA; ANA VITÓRIA SILVA DOS SANTOS; JOSÉ NOZOR AUGUSTO LIMA BRITO; RYAN EUGÊNIO DE LIMA BEZERRA.

RESUMO

O saneamento básico constitui importante determinante socioambiental do processo saúde-doença e sua distribuição desigual no território brasileiro contribui para a manutenção de iniquidades em saúde. Este estudo teve como objetivo analisar a relação entre desigualdades no acesso ao saneamento básico, determinantes socioambientais e ocorrência de doenças relacionadas à água, discutindo os desafios e possibilidades de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS) na redução dessas iniquidades. Trata-se de revisão integrativa da literatura, de caráter descritivo e abordagem qualitativa, fundamentada em literatura científica e documentos oficiais sobre saneamento, saúde ambiental, desigualdades em saúde e políticas públicas brasileiras. Foram priorizadas publicações recentes e fontes institucionais, complementadas por referências conceituais pertinentes. A análise evidenciou que condições inadequadas de abastecimento de água, esgotamento sanitário e higiene estão relacionadas à maior exposição a riscos ambientais e a agravos, embora os desfechos também sejam influenciados por fatores socioeconômicos, territoriais e culturais. Dados do Censo Demográfico 2022 demonstram desigualdades expressivas no acesso ao esgotamento sanitário entre as regiões brasileiras e entre grupos populacionais, reforçando a dimensão social da vulnerabilidade ambiental. O cenário das doenças diarreicas agudas, que registrou mais de 8 milhões de casos no Brasil em 2024, também evidencia a interação entre saneamento precário, desigualdade socioeconômica, mudanças climáticas e eventos extremos. Conclui-se que a universalização equitativa do saneamento deve ser compreendida como estratégia de promoção da saúde, prevenção de agravos e redução das iniquidades, exigindo articulação entre SUS, saneamento, meio ambiente, assistência social e planejamento territorial.

Palavras-chave: Equidade em saúde; Vulnerabilidade social; Vigilância em saúde.

1 INTRODUÇÃO

As condições de infraestrutura sanitária, quando possui uma estrutura aprimorada, apresenta grande potencial para melhorar a qualidade de vida da população de baixa renda, da qual grande parte vive em bairros precários, onde se localizam becos úmidos e sem estrutura adequada. Nesse sentido, um maior investimento nessa área faria com que o Estado gastasse menos, uma vez que estaria aplicando recursos na prevenção de doenças. Com isso, ressalta-se que, dentre as doenças mais comuns relacionadas à água, as transmitidas por mosquitos são algumas das mais evidentes em regiões tropicais do país e podem causar danos significativos às pessoas atingidas (ANIKEEVA et al., 2024).

DOI: 10.51161/iv-conasus/89363

Nesse sentido, o aumento no índice de doenças endêmicas, como as transmitidas por vetores, especialmente mosquitos, e as relacionadas à água, pode ocasionar um maior impacto social e econômico no país. Além disso, tem-se a relação entre o aumento da temperatura e a ocorrência de doenças infecciosas relacionadas à água, uma vez que as alterações nas condições ambientais podem favorecer a proliferação de vetores e microrganismos responsáveis pela transmissão de diversas enfermidades. Dessa forma, populações que vivem em locais com infraestrutura de saneamento inadequada tornam-se mais vulneráveis a esses agravos, aumentando a demanda por serviços de saúde e os gastos públicos destinados ao tratamento e controle dessas doenças (GIZAW et al., 2024).

Para além da dimensão epidemiológica, essa relação entre saneamento inadequado e adoecimento estende-se também aos custos impostos ao sistema público de saúde. Nesse contexto, estudo desenvolvido com dados de internações hospitalares no Brasil demonstrou associação entre condições socioeconômicas, sanitárias e de atenção básica e a morbidade por doenças de veiculação hídrica, estimando que parte significativa das internações poderia ser evitada com a ampliação da cobertura de esgotamento sanitário e abastecimento de água (PAIVA; SOUZA, 2018).

Diante disso, compreende-se que as iniquidades no acesso ao saneamento básico não apenas comprometem a saúde da população mais vulnerável, mas também sobrecarregam o Sistema Único de Saúde (SUS), reforçando, assim, a urgência de articulação entre políticas de saneamento, meio ambiente e saúde pública como estratégia de enfrentamento dessas desigualdades.

2 MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, de caráter descritivo e abordagem qualitativa, complementada pela análise de dados secundários de fontes oficiais. O estudo teve como objetivo analisar a relação entre condições de saneamento básico, iniquidades socioambientais e ocorrência de doenças relacionadas à água no Brasil, considerando suas implicações para a saúde pública e o Sistema Único de Saúde (SUS).

A busca bibliográfica foi realizada nas bases PubMed/MEDLINE e Scientific Electronic Library Online (SciELO), considerando publicações disponíveis entre janeiro de 2016 e agosto de 2026. Foram utilizados termos relacionados a saneamento, abastecimento de água, água potável, qualidade da água, esgotamento sanitário, higiene, doenças de veiculação hídrica, doenças diarreicas, doenças transmitidas por alimentos, determinantes sociais da saúde, saúde ambiental e iniquidades em saúde, combinados pelos operadores booleanos AND e OR. Na PubMed/MEDLINE, foram empregados os correspondentes em língua inglesa, incluindo “Sanitation”, “Water Supply”, “Drinking Water”, “Water Quality”, “Wastewater”, “Hygiene”, “Waterborne Diseases”, “Diarrhea”, “Social Determinants of Health”, “Environmental Health”, “Health Inequities” e “Health Disparities”. Na SciELO, foram utilizados os respectivos termos em português.

Foram incluídos artigos publicados entre 2016 e agosto de 2026, em português ou inglês, disponíveis em texto completo e relacionados à associação entre condições sanitárias, fatores socioambientais e indicadores de saúde. Foram excluídos estudos duplicados, publicações anteriores ao período estabelecido e trabalhos sem relação direta com o objetivo da pesquisa.

Os estudos foram avaliados por título e resumo e, posteriormente, pela leitura do texto completo. Foram extraídas informações referentes à autoria, ano, local, população ou unidade de análise, condições sanitárias avaliadas, desfechos de saúde e principais resultados. Complementarmente, foram analisados dados do Censo Demográfico 2022, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), referentes ao abastecimento de água e

DOI: 10.51161/iv-conasus/89363

esgotamento sanitário, além de dados epidemiológicos nacionais baseados em registros do Ministério da Saúde sobre surtos de doenças transmitidas pela água e por alimentos.

A análise foi descritiva e comparativa, considerando os indicadores apresentados nas fontes selecionadas. Os resultados foram interpretados de acordo com o desenho e as limitações de cada estudo, evitando-se inferências causais não sustentadas pelos dados originais.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados evidenciaram desigualdades no acesso aos serviços de saneamento básico no Brasil, especialmente entre as regiões. Segundo o Censo Demográfico 2022, 95,1% da população residia em domicílios nos quais a água chegava encanada até a residência, enquanto 2,5% tinham água encanada apenas até o terreno e 2,4% não possuíam acesso à água encanada. Regionalmente, a proporção de pessoas com água encanada até a residência foi de 99,4% na Região Sul e 87,1% na Região Norte (IBGE, 2024).

Quanto ao esgotamento sanitário, 62,5% da população residia em 2022 em domicílios atendidos por rede geral, rede pluvial ou fossa ligada à rede, enquanto 13,2% utilizava fossa séptica ou fossa-filtro não ligada à rede, modalidade considerada adequada pelo Plano Nacional de Saneamento Básico. Assim, 75,7% da população estava contemplada por essas duas modalidades. Entretanto, 19,4% utilizavam fossa rudimentar ou buraco, 2,0% apresentavam lançamento de esgoto em rio, lago, córrego ou mar, 1,5% utilizavam vala e 0,6% residiam em domicílios sem banheiro ou sanitário (IBGE, 2024). A desigualdade territorial foi expressiva: a proporção da população residente em domicílios com coleta de esgoto foi de 86,1% no Sudeste e 22,8% no Norte. Também foram observadas diferenças segundo raça/cor: entre pessoas residentes em domicílios com esgotamento por rede coletora, pluvial ou fossa séptica, os percentuais foram de 91,8% entre amarelas, 83,5% entre brancas, 75,0% entre pretas, 68,9% entre pardas e 29,9% entre indígenas (IBGE, 2024).

No campo epidemiológico, Melo et al. (2026) analisaram 11.809 surtos de doenças transmitidas pela água e por alimentos registrados no Brasil entre 2007 e 2023. Foram registradas 829.170 pessoas expostas, 199.029 casos sintomáticos, 24.926 hospitalizações e 203 óbitos, correspondendo a uma incidência média de 34,2 surtos por 10 milhões de habitantes. Do total de surtos, 41,3% ocorreram no Sudeste e 22,8% no Nordeste. A análise espacial demonstrou distribuição heterogênea, com agrupamentos de alta incidência principalmente na Região Sul e de baixa incidência no Nordeste. O índice global de Moran foi $I = 0,130$ ($p = 0,001$), indicando autocorrelação espacial positiva de baixa magnitude; na análise LISA (Local Indicators of Spatial Association), foram identificados 195 municípios classificados como alto-alto e 177 como baixo-baixo (MELO et al., 2026).

A interpretação desses dados deve considerar que notificações epidemiológicas também dependem da capacidade de investigação, diagnóstico e registro dos serviços de saúde. Dos 11.809 surtos analisados por Melo et al. (2026), 3.124 (26,5%) tiveram agente etiológico identificado. Entre esses, destacaram-se *Escherichia coli* (806; 25,8%), *Salmonella* spp. (578; 18,5%), *Staphylococcus* spp. (458; 14,7%), *Bacillus cereus* (213; 6,8%), *Clostridium* spp. (157; 5,0%), norovírus (143; 4,6%) e rotavírus (111; 3,6%). A incidência total apresentou tendência estacionária (APC = 0,61; $p = 0,763$), enquanto os surtos com agente identificado apresentaram redução (APC = −4,35; $p = 0,020$). Houve redução para *Salmonella* spp., *Staphylococcus* spp., *Bacillus cereus* e *Clostridium* spp., enquanto os surtos por norovírus apresentaram tendência crescente (APC = 48,18; $p = 0,012$) (MELO et al., 2026).

DOI: 10.51161/iv-conasus/89363

A associação entre saneamento e saúde também foi observada por Massa e Chiavegatto Filho (2020), que analisaram 27.017 adultos residentes nas 27 capitais brasileiras. Após ajustes por características individuais e renda per capita, observou-se menor chance de autoavaliação ruim da saúde entre indivíduos residentes em capitais com cobertura média (OR = 0,59; IC95%: 0,57–0,61) e alta (OR = 0,61; IC95%: 0,57–0,66) de coleta de esgoto. Para abastecimento de água, a associação foi observada na cobertura média (OR = 0,77; IC95%: 0,71–0,83), enquanto a cobertura alta não apresentou associação estatisticamente significativa (OR = 0,97; IC95%: 0,87–1,07). Na coleta de resíduos sólidos, a associação significativa ocorreu na cobertura alta (OR = 0,78; IC95%: 0,69–0,89) (MASSA; CHIAVEGATTO FILHO, 2020).

Em conjunto, os achados demonstram desigualdades importantes na distribuição dos serviços de saneamento no país e evidenciam associações entre condições sanitárias e diferentes indicadores de saúde. Entretanto, a ocorrência de doenças transmitidas pela água e por alimentos não acompanha necessariamente os indicadores de saneamento de forma linear, uma vez que os padrões observados também podem ser influenciados por fatores socioeconômicos, ambientais, comportamentais e pela capacidade de vigilância e diagnóstico. Assim, os resultados reforçam a necessidade de ações intersetoriais que articulem expansão e qualificação do saneamento, vigilância epidemiológica e sanitária, diagnóstico laboratorial e Atenção Primária à Saúde, com atenção prioritária aos territórios e grupos mais vulneráveis (IBGE, 2024; MELO et al., 2026; MASSA; CHIAVEGATTO FILHO, 2020; PAIVA; SOUZA, 2018).

4 CONCLUSÃO

Este estudo teve como objetivo analisar a relação entre as desigualdades no acesso ao saneamento básico e o processo saúde-doença. Diante dos fatos, é notório que a precariedade no abastecimento de água, no esgotamento sanitário e nas condições de higiene da população aumenta a vulnerabilidade das populações. Esse cenário favorece a ocorrência de doenças relacionadas à água.

Além disso, verificou-se que esses efeitos não ocorrem de forma isolada e que se agravam por condições como a pobreza, ocupação de áreas com infraestruturas precárias e dificuldades de acesso aos serviços públicos. Assim, os resultados indicam que o problema ultrapassa a ausência de infraestrutura sanitária e envolve desigualdades sociais e territoriais que influenciam as condições de saúde da população, reforçando o caráter multidimensional do problema.

O estudo evidenciou também o papel do Sistema Único de Saúde na redução dessas iniquidades. A Atenção Primária à Saúde e as vigilâncias em saúde permitem identificar territórios e populações mais vulneráveis. Entretanto, o enfrentamento do problema exige além do que ações do setor saúde, sendo necessárias articulações entre setores como: saúde, saneamento, meio ambiente e planejamento urbano.

Como limitação, destaca-se que o estudo se baseou em revisão bibliográfica e documental. Os dados utilizados são secundários e provêm de metodologias distintas. Essa característica limita o estabelecimento de relações causais, restringindo a generalização dos resultados.

Diante disso, para pesquisas futuras, recomenda-se aprofundar a análise das desigualdades regionais por meio da articulação de indicadores de saneamento básico, condições socioeconômicas e mudanças climáticas. Essa abordagem poderá contribuir para uma compreensão mais ampla da evolução do problema e favorecer o desenvolvimento de estratégias voltadas à redução de seus impactos negativos sobre a saúde da população.

DOI: 10.51161/iv-conasus/89363

Conclui-se, portanto, que a universalização equitativa do saneamento básico é uma medida essencial que contribui diretamente com a redução de vulnerabilidades, promovendo, também, maior equidade em saúde no Brasil.

REFERÊNCIAS

ANIKEEVA, O.; HANSEN, A.; VARGHESE, B.; BORG, M.; ZHANG, Y.; XIANG, J.; BI, P. **The impact of increasing temperatures due to climate change on infectious diseases.** BMJ, v. 387, e079343, 2024. DOI: 10.1136/bmj-2024-079343.

GIZAW, Z.; SALUBI, E.; PIETRONIRO, A.; SCHUSTER-WALLACE, C. J. **Impacts of climate change on water-related mosquito-borne diseases in temperate regions: a systematic review of literature and meta-analysis.** Acta Tropica, v. 258, 107324, 2024. DOI: 10.1016/j.actatropica.2024.107324.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo demográfico 2022: características dos domicílios: resultados do universo.** Rio de Janeiro: IBGE, 2024.

MASSA, K. H. C.; CHIAVEGATTO FILHO, A. D. P. **Saneamento básico e saúde autoavaliada nas capitais brasileiras: uma análise multinível.** Revista Brasileira de Epidemiologia, v. 23, e200050, 2020. DOI: 10.1590/1980-549720200050.

MELO, M. S.; MENEZES, J. S.; VASCONCELOS, V. V.; SANTOS, A. D.; BORGHESAN, T. C.; OLIVEIRA, R. C.; BRITO JÚNIOR, P. A.; FIGUEIREDO, J. A.; MELO, L. R. S.; CASTRO, C. O.; SANTOS, S. L. D. X.; LIMA JÚNIOR, F. E. F.; DA-CRUZ, A. M. **Spatiotemporal dynamics of waterborne and foodborne disease outbreaks in Brazil: regional inequality analysis and risk area mapping to inform public health strategies.** BMC Public Health, v. 26, 646, 2026. DOI: 10.1186/s12889-026-26223-9.

PAIVA, R. F. P. S.; SOUZA, M. F. P. **Associação entre condições socioeconômicas, sanitárias e de atenção básica e a morbidade hospitalar por doenças de veiculação hídrica no Brasil.** Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 34, n. 1, e00017316, 2018. DOI: 10.1590/0102-311X00017316.

QUANDO QUEM CUIDA TAMBÉM PRECISA DE CUIDADO: RELATO DE EXPERIÊNCIA DE UMA VISITA DOMICILIAR NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Victoria Valente Tieppo Martin

RESUMO

A atenção à saúde no domicílio constitui estratégia capaz de ampliar a compreensão do processo saúde-doença ao aproximar as equipes da realidade em que a assistência é cotidianamente construída. Este trabalho objetiva relatar uma experiência de visita domiciliar realizada no âmbito da Atenção Primária à Saúde, discutindo o reconhecimento das demandas de saúde do cuidador familiar a partir da ampliação do olhar sobre as relações estabelecidas no ambiente doméstico. Trata-se de um relato de experiência decorrente de atividade realizada, em maio de 2026, por estudantes de Medicina acompanhados por profissionais de uma Unidade Básica de Saúde, durante visita destinada à retomada do acompanhamento de um usuário com condição neurológica crônica e limitações funcionais. Foram observados aspectos clínicos, condições da moradia, rotina e dinâmica familiar e social. Embora o usuário se encontrasse clinicamente estável, adequadamente assistido e inserido em rede de apoio, a aproximação com o contexto familiar evidenciou sinais de exaustão e sarcopenia em sua cuidadora. Diante dos achados, ela foi encaminhada para acompanhamento na própria Unidade Básica de Saúde, visando à abordagem da sarcopenia e à avaliação da necessidade de suporte psicológico. A experiência deslocou o olhar inicialmente direcionado à pessoa que motivou a visita e permitiu reconhecer que aquele que sustenta cotidianamente sua assistência também pode apresentar demandas próprias. A vivência evidencia a potência da visita domiciliar como instrumento de integralidade, ao permitir que a assistência ultrapasse os limites da doença e alcance pessoas, relações e vulnerabilidades presentes no território. Reconhecer quem cuida também como sujeito de atenção constitui, portanto, elemento relevante para uma assistência verdadeiramente integral.

Palavras-chave: Abordagem familiar; Cuidador; Integralidade.

1 INTRODUÇÃO

Cuidar de uma pessoa cuja condição de saúde compromete sua independência não se restringe à realização de procedimentos ou ao auxílio em atividades cotidianas. Essa assistência se estabelece nas relações, reorganiza rotinas, distribui responsabilidades e passa a integrar a dinâmica da família. Nesse cenário, o familiar que assume tal função torna-se fundamental para a continuidade da assistência no ambiente doméstico, atuando frequentemente como elo entre as necessidades da pessoa assistida e os diferentes componentes da rede de atenção à saúde.

O Caderno de Atenção Domiciliar do Ministério da Saúde reconhece a

DOI: 10.51161/iv-conasus/89368

complexidade dessa função ao definir a relação entre família, paciente e equipe de saúde como uma tríade marcada por transformações constantes. O documento ressalta que, além de capacitar o familiar para as tarefas necessárias, as equipes devem oferecer apoio físico e psicológico, atentando-se ao desgaste que pode acompanhar o exercício continuado dessa responsabilidade (Brasil, 2012).

Essa preocupação encontra respaldo na literatura científica. Carboni-Jiménez et al. (2022), em revisão sistemática e metanálise envolvendo 97 artigos e diferentes condições crônicas, demonstraram ampla heterogeneidade na percepção de sobrecarga entre cuidadores informais e ressaltaram a associação entre maior carga percebida e piores condições de saúde física e mental. Os autores também chamam atenção para limitações metodológicas existentes nesse campo e para a necessidade de mensuração adequada do fenômeno, evitando que a sobrecarga seja presumida apenas a partir da existência de uma relação de dependência.

De forma complementar, Janson et al. (2022), ao revisarem estudos populacionais sobre morbidade e desfechos relacionados à saúde de cuidadores informais, reforçam que as repercussões dessa função devem ser compreendidas também sob a perspectiva de quem a exerce. Assim, aquele que sustenta a assistência de outra pessoa não pode ser percebido exclusivamente pela função que desempenha, mas como indivíduo cuja própria saúde também merece atenção.

No Brasil, essa perspectiva adquire significado particular no Sistema Único de Saúde (SUS), cuja Atenção Primária à Saúde permite que a assistência ultrapasse os limites físicos dos serviços e alcance os espaços nos quais a vida acontece. Nesse contexto, a visita domiciliar não representa simplesmente a transferência de uma consulta da Unidade Básica de Saúde para uma residência. Ao inserir a equipe no ambiente cotidiano do usuário, torna possível observar condições de moradia, relações familiares, redes de apoio, barreiras, potencialidades e vulnerabilidades que nem sempre se apresentam durante o atendimento realizado dentro da unidade.

Essa característica evidencia uma das potencialidades da concepção ampliada de saúde presente no SUS: aproximar o serviço da realidade concreta das pessoas e reconhecer que o processo saúde-doença também se constrói nas relações familiares, sociais e territoriais. A residência deixa, portanto, de ser apenas o local onde o usuário vive e passa a constituir espaço privilegiado para compreender como a assistência é efetivamente sustentada.

O próprio Ministério da Saúde orienta que as equipes estejam atentas às dificuldades apresentadas pelos cuidadores, escutem suas queixas e atendam às suas demandas de saúde, recomendando inclusive a criação de espaços destinados à expressão de angústias, medos e dificuldades (Brasil, 2012). Mais recentemente, a Política Nacional de Cuidados, instituída pela Lei nº 15.069/2024, ampliou essa perspectiva ao reconhecer o cuidado como direito, contemplando o direito de cuidar, de ser cuidado e ao autocuidado (Brasil, 2024).

Diante disso, o presente trabalho tem como objetivo relatar uma experiência de visita domiciliar realizada no âmbito da Atenção Primária à Saúde e discutir como a aproximação com o contexto familiar permitiu reconhecer demandas de saúde de uma cuidadora que poderiam permanecer secundárias diante das condições da pessoa inicialmente acompanhada.

DOI: 10.51161/iv-conasus/89368

2 RELATO DE EXPERIÊNCIA

Trata-se de um relato de experiência decorrente de uma visita domiciliar realizada em maio de 2026 por estudantes do curso de Medicina, acompanhados por profissionais de uma Unidade Básica de Saúde, no contexto de atividades desenvolvidas na Atenção Primária à Saúde.

A visita teve como motivação inicial a retomada do acompanhamento periódico de um usuário com condição neurológica crônica e limitações funcionais. Além da avaliação de aspectos clínicos, a atividade contemplou a observação da rotina, das condições de moradia e da dinâmica familiar e social, permitindo uma aproximação com elementos que compunham a vida cotidiana do usuário.

No ambiente domiciliar, observou-se residência com condições adequadas de higiene, ventilação, saneamento e organização, além de adaptações destinadas às necessidades funcionais do usuário. O armazenamento de medicamentos apresentava-se adequado e o espaço físico não demonstrava barreiras arquitetônicas relevantes ao contexto observado. A avaliação permitiu ainda reconhecer a existência de vínculos familiares, afetivos e sociais, compondo uma rede de apoio.

Do ponto de vista clínico, o usuário encontrava-se estável e adequadamente assistido. A observação da dinâmica familiar, entretanto, revelou uma dimensão que não constituía o motivo inicial da atividade: sua cuidadora apresentava sinais de exaustão e sarcopenia.

Esse achado modificou a percepção da experiência. A atenção inicialmente direcionada ao indivíduo com condição crônica passou a abranger também a pessoa que participava da sustentação cotidiana de sua assistência. Evidenciaram-se, assim, duas realidades coexistentes: de um lado, um usuário clinicamente estável, inserido em ambiente adaptado e com suporte; de outro, uma cuidadora cuja própria condição demandava atenção.

A identificação desses sinais não se encerrou na observação. A cuidadora recebeu encaminhamento para acompanhamento na própria Unidade Básica de Saúde, com o objetivo de abordar a sarcopenia identificada, além da possibilidade de encaminhamento para acompanhamento psicológico diante dos sinais de exaustão observados.

Não foi aplicado instrumento padronizado para mensuração de sobrecarga, razão pela qual a experiência não permite estabelecer tal condição. Os achados referem-se especificamente aos sinais identificados durante a atividade e à reflexão decorrente deles. Ainda assim, o ocorrido suscitou questionamentos acerca da possibilidade de demandas dos familiares responsáveis pela assistência permanecerem pouco visíveis quando a atenção se concentra exclusivamente na condição clínica da pessoa que a recebe.

3 DISCUSSÃO

A experiência relatada permite discutir uma questão central para a assistência domiciliar: quem é, de fato, o sujeito do cuidado quando uma equipe de saúde entra em um domicílio?

A resposta mais imediata poderia apontar para o usuário cuja condição motivou a visita. Entretanto, o ambiente doméstico apresenta à equipe uma realidade mais complexa. Ali, doença, funcionalidade, relações familiares, organização da casa, redes de apoio e responsabilidades coexistem e interferem mutuamente. Entrar nesse espaço permite aproximar-se não apenas do indivíduo assistido, mas do sistema de relações que

DOI: 10.51161/iv-conasus/89368

torna possível a continuidade de sua assistência cotidiana.

Essa percepção encontra respaldo direto nas orientações do Ministério da Saúde. O Caderno de Atenção Domiciliar estabelece que as atribuições devem ser pactuadas entre equipe, família e cuidador, com compartilhamento de responsabilidades, e afirma que este último também deve receber suporte dos profissionais, que precisam estar atentos às suas dificuldades, ouvir suas queixas e atender às suas demandas em saúde (Brasil, 2012). Dessa forma, o cuidador não é concebido pelas próprias diretrizes do SUS somente como recurso para viabilizar a assistência domiciliar, mas como integrante de uma relação que também exige suporte da equipe.

A literatura científica reforça a importância dessa perspectiva, mas também exige cautela. Na revisão sistemática e metanálise conduzida por Carboni-Jiménez et al. (2022), que reuniu 98 amostras distribuídas entre 21 grupos de condições crônicas, foi observada grande heterogeneidade nos níveis de sobrecarga percebida. Os autores destacam que diferenças metodológicas dificultam generalizações e defendem maior rigor na avaliação desse fenômeno. Tal achado é particularmente relevante para a presente experiência: embora tenham sido observados sinais de exaustão, não foi realizada mensuração padronizada de sobrecarga, não sendo adequado atribuir esse diagnóstico à cuidadora.

Isso, contudo, não reduz a relevância dos sinais encontrados. Janson et al. (2022) demonstram, a partir de uma revisão sistemática voltada a desfechos de saúde entre cuidadores informais, a importância de investigar repercussões físicas e mentais associadas ao exercício dessa função. Na experiência relatada, a coexistência de exaustão e sarcopenia tornou concreta uma questão discutida pela literatura: aquele que auxilia na manutenção da saúde de outra pessoa pode, simultaneamente, apresentar demandas próprias que necessitam ser reconhecidas.

Mais recentemente, Lin et al. (2026) reuniram 22 estudos em revisão sistemática e metanálise sobre intervenções de empoderamento centradas na família dirigidas a cuidadores informais de pessoas com doenças crônicas. Os autores observaram redução significativa de sobrecarga, estresse e ansiedade entre os participantes submetidos às intervenções analisadas. Embora esse modelo específico não tenha sido aplicado na experiência aqui relatada, os resultados reforçam uma implicação relevante: reconhecer a necessidade do cuidador não precisa ser o ponto final da assistência; intervenções estruturadas e centradas na família podem produzir benefícios concretos.

Essa compreensão ajuda a interpretar a conduta adotada durante a visita. A percepção dos sinais apresentados pela cuidadora foi acompanhada de encaminhamento para seguimento na própria UBS quanto à sarcopenia e da possibilidade de acompanhamento psicológico. Dessa maneira, a ampliação do olhar não permaneceu somente no campo da reflexão: resultou na tentativa de incorporar aquela pessoa à rede como alguém que também poderia necessitar de assistência.

Esse movimento dialoga diretamente com a Política Nacional de Cuidados. Ao reconhecer o direito ao cuidado como abrangendo o direito de cuidar, de ser cuidado e ao autocuidado, a política contribui para superar uma concepção segundo a qual a responsabilidade pela assistência às pessoas dependentes deve permanecer restrita ao âmbito privado ou familiar (Brasil, 2024). Reconhecer aquele que cuida como sujeito de direitos significa compreender que sua saúde também integra a responsabilidade coletiva e estatal de proteção.

É nesse ponto que a experiência revela uma das potências da Atenção Primária no SUS. A visita não precisou encontrar uma intercorrência grave no usuário para produzir uma intervenção relevante. Ao contrário: foi justamente diante de sua estabilidade que

outra demanda pôde emergir. A equipe foi ao domicílio para acompanhar uma pessoa com condição crônica e encontrou, no mesmo espaço, alguém que cuidava e que também precisava ser cuidado.

Esse deslocamento do olhar traduz, na prática, a integralidade. Mais do que oferecer diferentes procedimentos a uma mesma pessoa, uma assistência integral pressupõe reconhecer que saúde se relaciona ao modo como os indivíduos vivem, aos vínculos que estabelecem, ao ambiente em que estão inseridos e às relações das quais participam.

Nesse sentido, a visita domiciliar proporciona ao SUS uma possibilidade particularmente valiosa: encontrar as pessoas onde a vida acontece. A casa revela aspectos que o consultório nem sempre consegue mostrar. Revela adaptações construídas para favorecer autonomia, formas de organização familiar, redes de apoio e também fragilidades que podem permanecer silenciosas quando o encontro entre usuário e serviço ocorre apenas dentro da unidade de saúde.

Por isso, o episódio não deve ser interpretado somente como a identificação pontual de exaustão e sarcopenia em uma cuidadora. Ele demonstra como a inserção da APS no território pode modificar o próprio objeto da assistência. O usuário continua sendo acompanhado, mas deixa de ser compreendido isoladamente. Ao seu redor existem pessoas, vínculos e demandas que também participam do processo saúde-doença.

A importância de intervenções voltadas à família é corroborada por Wang et al. (2024), cuja revisão sistemática e metanálise de 20 estudos identificou melhora significativa de sobrecarga, qualidade de vida, depressão e estresse entre cuidadores submetidos a intervenções centradas na família. Esses achados reforçam que incorporar os familiares à atenção não significa apenas utilizá-los como parceiros na assistência ao usuário, mas reconhecer a possibilidade de atuar diretamente sobre seu próprio bem-estar.

Assim, identificar precocemente sinais de comprometimento, oferecer escuta, favorecer acompanhamento longitudinal e articular diferentes pontos da rede podem contribuir para uma assistência domiciliar que não dependa do adoecimento silencioso de quem a sustenta.

4 CONCLUSÃO

A visita domiciliar relatada permitiu reconhecer uma realidade que ultrapassava a condição clínica que inicialmente motivou a assistência. Enquanto o usuário acompanhado apresentava estabilidade clínica, ambiente adaptado e rede de apoio, a aproximação com sua realidade familiar evidenciou sinais de comprometimento da saúde da cuidadora. O encaminhamento para acompanhamento na UBS e a consideração de suporte psicológico materializaram a ampliação desse olhar, transformando uma necessidade inicialmente não prevista em objeto de atenção da equipe.

A experiência reforça que o cuidador não deve ser compreendido apenas como extensão do plano terapêutico de outra pessoa. Ele participa ativamente da assistência, mas permanece sujeito de sua própria saúde e, portanto, também deve ser reconhecido pela rede.

Nesse sentido, a visita domiciliar expressa uma dimensão particularmente valiosa da Atenção Primária no SUS: a possibilidade de ultrapassar os muros dos serviços para compreender as pessoas no espaço em que vivem, se relacionam, cuidam e também adoecem. Ao entrar no domicílio, a equipe não encontra somente uma doença a ser acompanhada; encontra uma realidade de vida.

Foi justamente essa aproximação que permitiu, na experiência relatada, deslocar o

DOI: 10.51161/iv-conasus/89368

olhar do indivíduo inicialmente assistido para as relações existentes ao seu redor. A integralidade se materializou não apenas pela identificação de outra demanda, mas pela possibilidade de inseri-la na rede e oferecer continuidade à assistência.

Assim, fortalecer a atenção às demandas de cuidadores familiares no âmbito da APS representa mais do que uma estratégia para preservar a continuidade da assistência domiciliar. Representa a concretização de um princípio essencial do SUS: reconhecer que promover saúde exige enxergar o indivíduo em sua totalidade e em suas relações — inclusive aquele que, todos os dias, ocupa o lugar de quem cuida.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Lei nº 15.069, de 23 de dezembro de 2024. Institui a Política Nacional de Cuidados. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 24 dez. 2024. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2024/lei/l15069.htm. Acesso em: 18 ago. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno de atenção domiciliar. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. v. 1. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/melhor-em-casa/publicacoes/caderno-de-atencao-domiciliar-vol-1.pdf. Acesso em: 18 ago. 2026.

CARBONI-JIMÉNEZ, A. et al. Intensity of care and perceived burden among informal caregivers to persons with chronic medical conditions: a systematic review and meta-analysis. *Disability and Rehabilitation*, v. 44, n. 21, p. 6230–6246, 2022. DOI: 10.1080/09638288.2021.1966675.

JANSON, P. et al. Mortality, morbidity and health-related outcomes in informal caregivers compared to non-caregivers: a systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, v. 19, n. 10, art. 5864, 2022. DOI: 10.3390/ijerph19105864.

LIN, X. et al. Effectiveness of the Family-Centred Empowerment Model on informal caregivers of people with chronic diseases: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Clinical Nursing*, v. 35, n. 2, p. 602–620, 2026. DOI: 10.1111/jocn.70006.

WANG, Z. et al. Effectiveness of family centred interventions for family caregivers: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Clinical Nursing*, v. 33, n. 5, p. 1958–1975, 2024. DOI: 10.1111/jocn.17091.

TRABALHADORES DE APOIO NOS SERVIÇOS DO SUS: INVISIBILIDADE OCUPACIONAL E DESAFIOS PARA A PROTEÇÃO INTEGRAL

KARLA ADRIANE SANTOS DIAS OLIVEIRA

Introdução: Nos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), profissionais da limpeza e higienização, maqueiros, condutores de ambulâncias, trabalhadores da segurança e alimentação, recepcionistas e profissionais de apoio administrativo sustentam os fluxos essenciais do cuidado. Apesar disso, vínculos precários, terceirização, exposição a riscos, formação insuficiente e exclusão de espaços decisórios produzem invisibilidade ocupacional. Ela ultrapassa a falta de reconhecimento simbólico e expressa distribuição desigual de proteção, escuta e responsabilidade institucional, tensionando integralidade, equidade e universalidade dentro do próprio sistema. **Objetivo:** Analisar como a literatura científica e os documentos normativos abordam invisibilidade, condições de trabalho e proteção integral dos trabalhadores de apoio nos serviços do SUS. **Metodologia:** Realizou-se revisão narrativa com busca estruturada nas bases PubMed, SciELO e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), de janeiro de 2019 a 29 de agosto de 2026, nos idiomas português, inglês e espanhol, complementada por análise documental. Foram identificados 115 registros; após remoção de 50 duplicatas, 65 registros únicos foram triados e 23 publicações selecionadas. Quatro documentos normativos foram analisados. A síntese temática contemplou invisibilidade e reconhecimento, riscos ocupacionais e biossegurança, saúde mental, ergonomia, organização do trabalho, absenteísmo e resiliência. **Resultados:** As publicações indicaram que as categorias de apoio participam da continuidade assistencial e da produção do cuidado, embora permaneçam sub-representadas nas políticas institucionais. Foram recorrentes sobrecarga, dor musculoesquelética, sofrimento psíquico, acidentes com materiais biológicos, infecções e proteção inadequada. Terceirização, vínculos frágeis, baixa autonomia, capacitação insuficiente e exclusão das decisões agravaram vulnerabilidades. Estudos sobre a pandemia evidenciaram riscos ampliados e uma força de trabalho frequentemente ausente das estratégias de valorização e proteção. O conjunto normativo prevê proteção aos trabalhadores independentemente do vínculo, mas observou-se distância entre o reconhecimento formal e as práticas de gestão. **Conclusão:** A proteção integral dos trabalhadores de apoio exige reconhecê-los como parte constitutiva do cuidado e incluir suas necessidades nas políticas de saúde do trabalhador, educação permanente, vigilância, participação e gestão. Fazer valer integralidade, equidade e universalidade também dentro do SUS requer responsabilidade institucional proporcional à importância e aos riscos de cada função, com proteção assegurada independentemente da categoria ou forma de contratação.

Palavras-chave: **CONDIÇÕES DE TRABALHO; EQUIDADE EM SAÚDE; SAÚDE DO TRABALHADOR**

DOI: 10.51161/iv-conasus/89372

POSTERGAÇÃO DO PRIMEIRO BANHO NEONATAL NO PÓS-PARTO IMEDIATO: UMA REVISÃO INTEGRATIVA SOBRE OS IMPACTOS CLÍNICOS E METABÓLICOS

ADIANE NEPEL FERNANDES; MARGARIDA ROSA CZASTKA

Introdução: O momento do primeiro banho do recém-nascido (RN) gera debates na neonatologia moderna. Tradicionalmente executado nas primeiras horas de vida, evidências científicas contemporâneas apontam que o banho imediato pode romper mecanismos adaptativos cruciais. A preservação do vérnix caseoso e a manutenção da estabilidade térmica surgem como pilares fundamentais para a redução de intercorrências nas primeiras 24 horas pós-parto. **Objetivo:** Analisar as evidências científicas sobre prós e contras do adiamento do primeiro banho do recém-nascido no pós-parto imediato, identificando o tempo de espera ideal recomendado. **Metodologia:** Revisão integrativa da literatura, de caráter descritivo. A busca foi realizada em agosto de 2026 nas bases SciELO, PubMed e BDENF, utilizando os descritores: "Recém-Nascido", "Banho" e "Cuidado Pós-Parto", combinados pelo operador *AND*. Incluíram-se artigos originais, na íntegra, publicados em português e inglês entre 2021 e 2026. Excluíram-se teses, dissertações e duplicados. **Resultados:** A literatura demonstrou que o adiamento do banho por um período de 12 a 24 horas apresenta expressivos benefícios clínicos. Dentre os prós, destacam-se a redução nos índices de hipotermia neonatal e de hipoglicemia, visto que o estresse térmico induz ao consumo acelerado de glicose. Ademais, a permanência do vérnix caseoso atua como barreira imunológica natural contra patógenos cutâneos e promove a hidratação da pele. O retardamento do banho também favorece o contato pele a pele precoce e o sucesso do aleitamento materno na primeira hora de vida ("hora de ouro"). Como contras do banho tardio, a literatura aponta apenas o potencial desconforto cultural ou familiar devido à aparência do neonato com fluidos do parto, barreira superada com educação em saúde na maternidade. **Conclusão:** Conclui-se que o tempo ideal de espera para o primeiro banho neonatal deve ser de 24 horas, conforme a Organização Mundial da Saúde, ou no mínimo 12 horas. A postergação consolida-se como prática segura, de baixo custo e com impacto direto na redução da morbidade neonatal.

Palavras-chave: **BANHO; CUIDADO PÓS-PARTO; RECÉM-NASCIDO**

DOI: 10.51161/iv-conasus/89386

PROMOÇÃO DA SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: RELATO DE EXPERIÊNCIA DE AÇÕES EDUCATIVAS COM USUÁRIOS DE UMA UBS

LEILA MARIA GOMES FERREIRA; EMILLIN VITÓRIA PAVAN

INTRODUÇÃO: A promoção da saúde constitui uma importante estratégia de cuidado na Atenção Primária à Saúde, favorecendo a prevenção de agravos e o desenvolvimento de hábitos que contribuem para a qualidade de vida. Nesse contexto, ações educativas realizadas no próprio espaço da Unidade Básica de Saúde (UBS) podem ampliar o acesso da população a informações relacionadas ao autocuidado e à adoção de comportamentos saudáveis. **OBJETIVO:** Promover a saúde e incentivar o autocuidado entre os usuários de uma Unidade Básica de Saúde, por meio de orientações educativas sobre alimentação saudável, consumo adequado de água, prática de exercícios físicos e autocuidado. **RELATO DE CASO/EXPERIÊNCIA:** Trata-se de um relato de experiência referente a um projeto de promoção da saúde desenvolvido em uma UBS. As ações foram realizadas em quatro segundas-feiras distintas, com abordagem aos usuários na entrada da unidade. A cada encontro, foi abordado um tema relacionado à promoção da saúde: alimentação saudável, importância da hidratação, prática de exercícios físicos e autocuidado. Os usuários receberam orientações breves e acessíveis, buscando estimular a reflexão sobre hábitos cotidianos e a adoção de práticas favoráveis à saúde. A abordagem realizada no espaço de circulação da UBS possibilitou o contato direto com os usuários e favoreceu a disseminação de informações de forma simples e próxima à realidade da população, contribuindo para uma melhor qualidade de vida dos usuários. **CONCLUSÃO:** A experiência evidenciou a importância de ações educativas na Atenção Primária como estratégia de promoção da saúde e incentivo ao autocuidado. A realização das abordagens no ambiente da UBS favoreceu o acesso dos usuários às informações e possibilitou reflexões sobre hábitos relacionados à alimentação, hidratação, atividade física e cuidado consigo. Conclui-se que intervenções educativas breves e realizadas em espaços de fácil acesso podem contribuir para ampliar o conhecimento da população e estimular escolhas mais saudáveis no cotidiano.

Palavras-chave: **PROMOÇÃO DA SAÚDE; ATENÇÃO PRIMÁRIA; QUALIDADE DE VIDA**

DOI: 10.51161/iv-conasus/89395

PROMOÇÃO DA SAÚDE DA PESSOA IDOSA: RELATO DE EXPERIÊNCIA EXTENSIONISTA INTERPROFISSIONAL EM PALMAS-TO

RIVEA M LUZ; DENY ALVES MACEDO NOGUEIRA; MARICELIA DA SILVA MARQUES

Introdução: O vertiginoso envelhecimento populacional no Brasil demanda estratégias interprofissionais inovadoras, direcionadas à prevenção contínua de agravos metabólicos, promoção abrangente da saúde e oferta de suporte psicossocial qualificado para a pessoa idosa. Nesse contexto, as práticas extensionistas favorecem expressivamente a formação acadêmica humanizada e o cuidado integral em gerontologia. **Objetivo**: Relatar a experiência de uma ação extramuros de promoção da saúde e rastreamento metabólico realizada com idosos no Parque Municipal da Pessoa Idosa Francisco Xavier de Oliveira, localizado em Palmas, Tocantins, no primeiro semestre do ano de 2026. **Relato de experiência:** Trata-se de uma ação extensionista interprofissional desenvolvida por acadêmicos do curso de Farmácia da Unopar, em colaboração direta com profissionais graduados em Psicologia. Os participantes foram atendidos por intermédio de estações de cuidado integradas, compreendendo triagem de pressão arterial, aferição de glicemia capilar e avaliação detalhada da composição corporal via bioimpedância elétrica, analisando o índice de massa corporal, a gordura visceral e a massa magra. Adicionalmente, ofertou-se orientação farmacêutica sobre o uso racional de medicamentos, palestra socioeducativa abordando a saúde mental e um momento humanizado de convivência visando ao incentivo da sociabilização comunitária. Os exames evidenciaram expressiva prevalência de sarcopenia, gordura visceral elevada e instabilidades glicêmico-pressóricas, viabilizando encaminhamentos clínicos imediatos e reorientação terapêutica. A atividade proporcionou escuta qualificada e raciocínio clínico compartilhado. **Conclusão:** A intervenção reforçou significativamente a relevância e a importância do cuidado interprofissional e humanizado na atenção gerontológica em espaços públicos, integrando com excelência a avaliação clínica, o acolhimento emocional e o fortalecimento permanente da integração ensino-comunidade.

Palavras-chave: **SAÚDE DO IDOSO; EQUIPE INTERPROFISSIONAL; PROMOÇÃO DA SAÚDE**

DOI: 10.51161/iv-conasus/89397

LEVANTAMENTO E QUALIFICAÇÃO DE DADOS EPIDEMIOLÓGICOS DE LER-DORT, ACIDENTES GRAVES E ACIDENTES COM MATERIAL BIOLÓGICO EM UM MUNICÍPIO DA REGIÃO AMAZÔNICA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

YAN SILVA MORAES; ADRIELLY CARDOSO ARAÚJO; DAIRA FERNANDA DA SILVA CHAVES; MARINA OLIVEIRA SILVA; NILDA FERREIRA DA SILVA; VILMARA DA SILVA MOURA BONIECK.

RESUMO

Introdução: O Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família potencializa o aprendizado prático e a visão intersetorial no âmbito do Sistema Único de Saúde. No campo da Vigilância Epidemiológica e da Saúde do Trabalhador, o correto manejo das notificações de agravos ocupacionais é imprescindível para subsidiar ações de prevenção e controle. Objetivos: Relatar as experiências vivenciadas no tratamento e na qualificação dos dados da vigilância epidemiológica referentes a LER/DORT, acidentes de trabalho graves e exposições a material biológico no município de Tucuruí, Pará, entre os anos de 2017 a 2025. Metodologia: Houve a realização de estudo de natureza descritiva e abordagem qualitativa, desenvolvendo-se em seis etapas operacionais: extração dos dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), filtragem em planilha eletrônica, tabulação, identificação e correção de inconsistências por meio de conferência com fichas físicas de notificação, padronização da Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) e produção de gráficos e boletins epidemiológicos. Resultados: Identificaram-se subnotificações, erros no preenchimento de ocupações e ausência de dados cadastrais das empresas, fragilidades que foram sanadas após o refinamento direto no sistema e nas fichas físicas. Dessa forma, a eficácia do planejamento em saúde depende diretamente da fidedignidade dos registros do SINAN, ressaltando a necessidade de capacitação contínua dos profissionais digitadores, suporte institucional e modernização das ferramentas tecnológicas para superar limitações de interoperabilidade. Conclusão: A experiência cumpriu com êxito os objetivos propostos, promovendo o aprimoramento da qualidade do banco de dados municipal, estreitando a integração entre as equipes da vigilância epidemiológica e da saúde do trabalhador, e consolidando a formação crítico-reflexiva dos residentes para a gestão da informação e a tomada de decisões em saúde pública.

Palavras-chave: Serviços de Vigilância Epidemiológica; Serviços de Saúde do Trabalhador; Sistemas de Informação em Saúde.

1 INTRODUÇÃO

O Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF) é uma modalidade de ensino de pós-graduação *lato sensu* incentivado pelo Ministério da Saúde (MS), pela sua completude na formação do novo trabalhador em saúde. A residência em saúde tem como objetivo potencializar os conhecimentos teórico-práticos adquiridos na graduação, que por vezes não é suficiente, para lidar com a complexidade dos determinantes que se inter-relacionam na vida e no cuidado à saúde da população.

A prática de residentes integrada aos serviços públicos de saúde traz inúmeros

DOI: 10.51161/iv-conasus/89402

benefícios, como o incentivo à educação permanente dos profissionais da rede, fortalecimento da formação crítica dos profissionais e dos serviços, além de excitar a superação da visão tradicional e fragmentada do trabalho em saúde, explorando a intersetorialidade. Com isso, contribui para a melhora da qualidade dos serviços e atualização dos profissionais, uma vez que os profissionais, muitas vezes, não recebem apoio ou incentivo para se qualificarem, deixando sua participação no processo de formação à margem pela gestão do serviço (Marin, *et al*. 2014).

Sobre o serviço de prática, em 12 de julho de 2018, constitui-se a Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS), Resolução Nº 588, que conceitua a Vigilância Epidemiológica (VIEP) como um conjunto de ações que gera o conhecimento e a detecção de alterações nos fatores determinantes e condicionantes de saúde, sendo individual e/ou coletiva. Um dos objetivos principais do serviço é recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças e agravos à saúde, a partir de pesquisas e levantamentos de dados. A Vigilância do Trabalhador para a investigação dos agravos e doenças é essencial diante da saúde pública.

A Resolução traz ações de promoção em saúde e salienta que as estratégias para a organização da vigilância devem contemplar o apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas. Além disso, desenvolver estratégias e implementação de educação em saúde, comunicação e mobilização social voltado à vigilância em saúde e ainda colaborar promovendo a interligação técnico-científica (Brasil, 2018).

Segundo o Ministério do Trabalho e Emprego (MTE) (2026) nos anos de 2016 a 2025 houve 6,4 milhões de acidentes registrados, quanto a acidentes de trabalho com material biológico de 2010 a 2015 com 280.099 casos (Gomes e Caldas, 2017) e entre 2006 e 2023 foram registrados 133.423 casos de LER/DORT no Brasil (Barreto, Reis e Carvalho, 2025). Desse modo, a notificação desses dados é necessária para incorporação de medidas efetivas no enfrentamento das doenças e agravos.

Dessa forma, diante desses dados, e da vivência proporcionada pelo programa de residência, identificou-se a necessidade de direcionamento e construção de estratégias eficazes para o âmbito da saúde do trabalhador. Por meio da prática em conjunto com a Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT) e Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), formulou-se a estratégia de utilizar os dados da Vigilância Epidemiológica em saúde como subsídio para a realização de diagnóstico situacional, através do perfil epidemiológico dos trabalhadores acometidos pelos mais numerosos acidentes e doenças ocupacionais notificados.

Portanto, esse relato visa apresentar as experiências e atividades realizadas no tratamento de dados da Vigilância epidemiológica referentes à acidentes de trabalho, acidentes de trabalho com exposição à material biológico e LER/DORT, como subsídio para o direcionamento de ações em saúde do trabalhador.

2 RELATO DE EXPERIÊNCIA

Este estudo trata-se de um relato de experiência de abordagem qualitativa e de natureza descritiva. Segundo Casarin e Porto (2021) os relatos de experiência apresentam a descrição de determinado fato, em que na maioria das vezes não se referem a pesquisas, pois é apresentada a experiência individual ou de um determinado grupo sobre situações específicas.

A prática foi desenvolvida nas seguintes etapas, sendo: 1) Extração de dados do SINAN; 2) Filtragem dos dados a serem utilizados no Excel 2016; 3) Tabulação dos dados; 4) Identificação e correção de informações; 5) Construção de gráficos e análise dos dados; 6) Recomendações de melhorias no fluxo de coleta e digitação dos dados. Os dados coletados foram das notificações de LER/DORT (2017 a 2025), acidentes de trabalho graves e acidentes de trabalho com exposição à material biológico (2021 a 2025).

Na primeira etapa, de extração de dados do SINAN, procedeu-se com o *download* dos registros dos agravos ocorridos no município de Tucuruí, no estado do Pará, dos últimos cinco

anos, porém, nos casos de LER/DORT, especificamente, havia baixa quantidade de notificações. Dessa forma, decidiu-se para uma melhor representação desse agravo, extrair todo o banco de dados, que constava notificações a partir do ano de 2017. A partir disso, percebeu-se uma provável subnotificação, tanto de anos anteriores, como após iniciar os registros de notificações no sistema.

Os bancos foram baixados para o formato Excel 2016, sendo tratados de forma individual em planilhas. Os dados foram filtrados, permanecendo somente as informações a serem utilizadas para traçar perfil sociodemográfico, perfil trabalhista e registros sobre os agravos, excluindo dados pessoais do trabalhador e do empregador. Algumas informações, quando extraídas, apresentaram-se em códigos, como a unidade de atendimento, o CBO, o CID, entre outros, então, todos esses registros foram transcritos por extenso.

Em seguida, foi realizada a etapa de tabulação e análise dos dados. Durante o processo, foram encontradas diversas inconsistências de informações, tais como, data de nascimento e data do acidente, sendo as mesmas. Além disso, um alto número de notificações com registro de ocupação de "Desempregado crônico ou Cuja ocupação habitual não foi possível obter", o que implicou nas buscas das informações corretas nas fichas físicas de notificações.

Na busca pelas fichas físicas, houve dificuldades de acesso, uma vez que elas são arquivadas em sala separada, cujo a organização é feita por um membro do setor que trabalha em outro turno. Porém, através de solicitação, o mesmo separou as pastas de arquivos requeridas, para que fosse possível proceder com a análise e comparação dos dados que demonstraram erros no sistema. Algumas fichas físicas não foram encontradas, mas, em sua maioria, serviram para corrigir os erros de digitação no SINAN.

A principal falha de digitação era com relação à ocupação do trabalhador. Nas fichas físicas eram nomeados como, por exemplo, merendeira, serviços gerais, entre outras nomenclaturas que não têm registros prévios no SINAN. Por este motivo, muitas notificações são lançadas com a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) de Desempregado Crônico ou Cuja ocupação habitual não foi possível obter. Foi, então, utilizado como estratégia de registro e correção, descrever a ocupação dentro da categoria que mais se aproximava das atividades laborais desempenhadas pelo trabalhador. Seguindo o exemplo, as merendeiras foram categorizadas como cozinheiro geral, e assim sucessivamente.

Além do mais, diversas notificações não apresentavam o nome da empresa, o Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas (CNPJ) e a Classificação Nacional de Atividades Econômicas (CNAE), o que dificultava a transparência de onde ocorreram os acidentes e agravos e o direcionamento de futuras ações.

Apesar de várias correções, muitas notificações não continham informações que pudessem nortear a alteração dos dados. Além disso, algumas fichas eram preenchidas equivocadamente com a ocupação de "Autônomo", que é considerado situação no mercado de trabalho, tornando impossível a correção do dado. Ademais, foram excluídas duas notificações que estavam no banco de acidente grave de trabalho, que após investigação, foram classificadas como LER/DORT. Vale ressaltar que todas as correções foram feitas nas fichas físicas e no sistema de notificação, refinando as informações.

Após correções e tabulações de dados, foram produzidos gráficos e tabelas para a melhor visualização dos achados. Estes, foram gerados no Excel 2016, com modelos sugeridos pelo sistema. Tais materiais visuais foram utilizados na fabricação de boletins epidemiológicos por uma equipe de estagiários do setor. Por conseguinte, com os boletins prontos, foi possível expor o real cenário das notificações para a equipe da VISAT e do CEREST, assim como recomendar estratégias de educação em saúde e educação permanente no que tange à Saúde do trabalhador no município.

3 DISCUSSÃO

Nesta seção o autor deve apresentar, comentar e interpretar os dados que você coletou na pesquisa, podendo ser utilizados também Tabelas e/ou Figuras. A discussão dos resultados deve estar baseada e comparada com a literatura cientifica, indicando sua relevância, vantagens e possíveis limitações.

As tabelas e/ou figuras (fotografias, gráficos, desenhos) devem apresentar qualidade necessária à boa reprodução. **Nas Tabelas (sem negrito), o título deve ficar acima e nas Figuras (sem negrito), o título deve ficar abaixo.**

Os achados deste relato de experiência demonstram a importância da gestão de dados de notificação. De acordo com Parreira (2025), a eficácia de ações de vigilância correlaciona-se diretamente à correta alimentação do SINAN, à aderência dos profissionais às recomendações técnicas e à capacidade das instituições de fornecer suporte contínuo.

Diante das dificuldades encontradas, relacionadas à limitação de categorias vinculadas ao CBO no momento de lançamento da notificação no SINAN, tornou-se necessário investigar e correlacionar com o CBO descrito de maior proximidade, entretanto, essa correlação não acontece habitualmente, o que dificulta as análises dos dados, adentrando na dispersão dos dados em várias fontes, tornando problemática a interoperabilidade ou consumo automático dos dados por ferramentas de análises (Ferraz *et al*., 2024). Conforme Miranda e Garcia (2023), os códigos são de acordo com o ano de 2002, assim, não são atualizados anualmente de acordo com as atualizações do Ministério do Trabalho e Emprego.

Segundo Rodrigues (2012), a inteligência epidemiológica abrange a vigilância das doenças e agravos e a capacidade de mobilizar respostas rápidas, como também incluir avaliação de risco, estratégias de prevenção e promoção, subsistemas de informações, análise de situação de saúde na perspectiva multissetorial e geopolítica. Assim, para poder direcionar estratégias em saúde de forma efetiva à população e território, faz-se necessário que as informações sejam as mais verídicas possíveis. Diante do relato da vigilância epidemiológica tratado, é notado que ainda se enfrentam dificuldades quanto à veracidade das informações.

Para facilitar o acesso e qualidade dos dados em casos como esses, conforme Garcia, Miranda e Sousa (2022), faz-se importante que seja realizada uma avaliação inicial da qualidade dos dados, para se conhecer restrições e limitações dos bancos de dados, sendo viável corrigi-las antes da vinculação.

Além do mais, é relevante a qualificação dos profissionais responsáveis pela alimentação dos dados no sistema de informações, para assim elevar a capacidade operacional dos municípios (Silva *et al*., 2021), pois, apesar da inovação tecnológica, da padronização de rotinas e dos incentivos financeiros, um sistema de informação em saúde não se sustenta sem políticas de gestão da informação e sem a capacitação dos seus profissionais (Laguardia, 2004).

Em conformidade com Villela e Gomes (2022), é esperado que haja defasagem entre a notificação de registros de agravos, geralmente, em fichas de notificação, e posteriormente a entrada das informações nas bases de dados. Dessa forma, durante a experiência, observaram-se dificuldades como a ilegibilidade das informações preenchidas na ficha, as quais corroboram para a qualidade das informações incluídas no sistema.

4 CONCLUSÃO

Diante dos resultados do levantamento de dados realizado e da vivência do processo, pôde-se notar que há uma necessidade de melhorias em aspectos variados no que diz respeito ao manejo de dados em saúde, especialmente, em algumas informações notificadas e no registro dessas informações no sistema SINAN.

Esses resultados também puderam proporcionar uma visão mais aprofundada a respeito das oportunidades de melhorias em dados considerados relevantes para o processo de

DOI: 10.51161/iv-conasus/89402

transparência e, consequentemente, propiciar o desenvolvimento de posteriores ações interventivas, caso necessário.

Dessa forma, com a prática nos setores abordados, pôde-se constatar que há diversas formas de se colaborar com processos de melhorias para os serviços de saúde, desde refinamento de dados à produção de boletins epidemiológicos que contribuam para o planejamento de ações efetivas no cuidado, prevenção e promoção da saúde.

A experiência vivenciada proporcionou melhorias no banco de dados do SINAN, além de contribuir diretamente para a formação profissional dos idealizadores do estudo, que passaram a adotar um olhar mais crítico relacionado à vigilância em saúde e rastreio, somado à estratégias assertivas nas tomadas de decisões em ações de saúde do trabalhador.

Logo, essa percepção inovadora sobre o serviço intersetorial, transforma o desenvolvimento profissional dos envolvidos, levando-os ao entendimento da experiência como engrandecedora, que enriquece a veracidade dos bancos de dados selecionados e integra o olhar da vigilância à visão da intervenção diária.

Por fim, conclui-se, então, que a experiência resultou em êxito ao que se propôs, com a participação e integração da equipe, o reconhecimento do sistema, a resolução de erros, a produção de gráficos e tabelas, a exposição de achados e com a recomendação de ações e propostas de melhorias.

REFERÊNCIAS

BARRETO, A. V.; REIS, F. J. J. dos; CARVALHO, M. B. L. de. Prevalência de LER/DORT no Brasil: Uma análise de 133 mil casos. **Anais do Congresso Brasileiro Da Associação Brasileira De Fisioterapia Traumato-Ortopédica - ABRAFITO.** v. 5, n. 1, 2025. Disponível em: https://seer.uftm.edu.br/anaisuftm/index.php/abrafito/article/view/2620. Acesso em: 03 jul. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução 588/18 do Conselho Nacional de Saúde de 12 de julho de 2018**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/acesso-a-informacao/atos-normativos/resolucoes/2018/resolucao-no-588.pdf/view. Acesso em: 09 jul. 2026.

CASARIN, S. T.; PORTO, A. R.. Relato de Experiência e Estudo de Caso: algumas considerações. **J. nurs. health.**, v. 11, n. 2, e2111221998, 2021.

FERRAZ, V. C. de A. B. *et al*. Painéis de monitoramento de dados epidemiológicos como estratégia de gestão da vigilância e da atenção à saúde. **Ciên. saude. coletiva.**, v. 29, n. 11, e04142024, 2024.

GARCIA, K. K. S.; MIRANDA, C. B. de; SOUSA, F. N. e F. de. Procedimentos para vinculação de dados da saúde: aplicações na vigilância em saúde. **Epidemiol. Serv. Saúde.** v. 31, n. 3, e20211272, 2022.

GOMES, S. C. S.; CALDAS, A. de J. M. Quality of the data in the information system for work accidents under exposure to biological materials in Brazil, 2010 to 2015. **Rev Bras Med Trab.** v. 15, n. 3, p. 200-208, 2017.

LAGUARDIA, J. *et al*. Sistema de Informação de Agravos de desafios no desenvolvimento em saúde Notificação (Sinan): de um sistema de informação. **Epidemiologia e Serviços de Saúde.** v. 13, n. 3, p.135-146, 2004.

MARIN, M. J. S. *et al*. A integração ensino-serviço na formação de enfermeiros e médicos: a experiência da FAMEMA. **Ciência Saúde Coletiva**. v. 19, n. 3, p. 967-74, 2014.

MIRANDA, C. B. de; GARCIA, K. K. S. Perspectivas da Vigilância em Saúde do Trabalhador diante do Programa e-SUS Linha da Vida. **Epidemiologia e Serviços de Saúde.** v. 32, n. 4, e20231171, 2023.

MTE. **Acidentes de trabalho crescem no Brasil e atingem recorde em 2025, aponta estudo do MTE**. 2026. Disponível em: https://www.gov.br/trabalho-e-emprego/pt-br/noticias-e-conteudo/2026/abril/acidentes-de-trabalho-crescem-no-brasil-e-atingem-recorde-em-2025-aponta-estudo-do-mte. Acesso em: 03 jul. 2026.

PARREIRA, C. B. **O conhecimento técnico dos profissionais de saúde e o preenchimento do SINAN como determinantes no diagnóstico precoce das Arboviroses**. 2025. Disponível em: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2026/01/1645946/tcc_corrigido_-claudete-b parreira_ial_sorocaba-claudete-parreira.pdf. Acesso em: 12 jun. 2026.

RODRIGUES-JÚNIOR. A inteligência epidemiológica como modelo de organização em saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 17, n. 3, p. 797-805, 2012.

SILVA, A. A. da *et al*. Avaliação do Sistema de Vigilância do Programa Nacional de Imunizações - Módulo Registro do Vacinado, Brasil, 2017. **Epidemiol. Serv. Saúde**. v. 30, n.1, e2019596, 2021.

VILLELA, D. A. M.; GOMES, M. F. da C. O impacto da disponibilidade de dados e informação oportuna para a vigilância epidemiológica. **Cad. Saúde Pública.** v. 38, n. 7, e00115122, 2022.

IMPLANTAÇÃO E ESTRUTURAÇÃO DE UM SERVIÇO DE INTERVENÇÃO BASEADA EM ANÁLISE DO COMPORTAMENTO APLICADA PARA CRIANÇAS NEURODIVERGENTES EM INSTITUIÇÃO FILANTRÓPICA PARCEIRA DO SUS: RELATO DE EXPERIÊNCIA.

EUDIANE PEREIRA CASTRO DA SILVA

Introdução: A ampliação e qualificação da assistência a crianças neurodivergentes constitui um desafio para os serviços de saúde, especialmente diante da necessidade de intervenções especializadas e articuladas ao cuidado multiprofissional. Nesse contexto, a implantação de um serviço baseado em Análise do Comportamento Aplicada (ABA) pode ampliar as possibilidades de cuidado ofertadas na rede de atenção. **Objetivo:** Relatar a experiência de implantação e estruturação técnica e operacional de um serviço de intervenção baseada em ABA para crianças neurodivergentes em instituição filantrópica parceira do município de São Luís-MA. **Relato de experiência:** A experiência ocorreu durante aproximadamente seis meses, após a contratação de uma psicóloga supervisora ABA para implantar o serviço no Centro Assistencial Elgitha Brandão - CAEB, instituição que já ofertava acompanhamento multiprofissional e mantinha parceria com o município. Após a articulação institucional inicial realizada pela coordenação, a autora assumiu a estruturação técnica e operacional do serviço. Foram organizados fluxos e agendas de atendimento, anamneses, materiais avaliativos e terapêuticos, ambientes, currículos individualizados e documentação. Também foram realizadas orientações e capacitações teóricas e práticas dos terapeutas, supervisão dos atendimentos, ajustes de programas, devolutivas e orientações às famílias, além da articulação com profissionais de outras especialidades. O serviço iniciou suas atividades com 34 crianças, com dois terapeutas pela manhã e um a tarde, com dois atendimentos semanais de 40 minutos. Entre os principais desafios estiveram a disponibilidade limitada de materiais e a organização da oferta dos atendimentos. Durante o período acompanhado, foram percebidas mudanças iniciais na interação, comunicação, colaboração e percepção do ambiente, além de relatos familiares sobre avanços observados no cotidiano. **Conclusão:** A experiência evidenciou que a implantação de um serviço baseado em ABA requer planejamento, organização dos processos de trabalho, estruturação de recursos, capacitação profissional e articulação com famílias e equipe multiprofissional. A experiência também apontou o potencial da organização de serviços especializados para ampliar e qualificar o cuidado ofertado a crianças neurodivergentes no contexto de serviços parceiros do SUS.

Palavras-chave: **ANÁLISE DO COMPORTAMENTO APLICADA; CRIANÇAS NEURODIVERGENTES; SAÚDE PÚBLICA**

DOI: 10.51161/iv-conasus/89406

DEZ ANOS DE DENGUE EM BAURU-SP: DINÂMICA EPIDEMIOLÓGICA, FATORES AMBIENTAIS E O CENÁRIO APÓS A INTRODUÇÃO DA VACINAÇÃO NO SUS

PRISCILA RAQUEL MARTINS; KAIQUE CÉSAR DE PAULA SILVA; VITOR TEZUKA; FERNANDA PATARO MARSOLA RAZERA

RESUMO

A dengue é uma das infecções virais mais relevantes para a saúde pública, com comportamento epidemiológico marcado por sazonalidade, oscilações interanuais e epidemias periódicas de elevada magnitude. A vacinação constitui uma importante estratégia de prevenção contra a dengue, especialmente com a disponibilidade da vacina tetravalente. O Brasil foi o primeiro país a disponibilizar esse imunizante no sistema público de saúde, incluído no Calendário Nacional de Vacinação em fevereiro de 2024. Este trabalho analisou a evolução epidemiológica da dengue em Bauru-SP, entre 2016 e 2026, com ênfase nas alterações após a introdução da vacinação, considerando incidência, distribuição etária e indicadores de gravidade. Trata-se de estudo epidemiológico ecológico, retrospectivo, descritivo e analítico, baseado em dados secundários públicos do SINAN, disponibilizados pelo DATASUS, para avaliação temporal da dengue no município. Não houve amostragem: foram incluídos todos os casos prováveis notificados em residentes do município entre 2016 e 2026, excluindo-se os posteriormente descartados, tendo o ano-calendário como unidade de análise. As variáveis analisadas foram número de casos, incidência por 100 mil habitantes segundo estimativas populacionais do IBGE, faixa etária, classificação final e evolução, com atenção à faixa de 10 a 14 anos, priorizada pela vacinação. Em conjunto, os dados demonstraram manutenção de elevada ocorrência de dengue em Bauru entre 2023 e 2025, porém com redução progressiva da participação da faixa etária de 10 a 14 anos no total de casos e redução expressiva dos registros de dengue grave em 2025. Os dados parciais de 2026 indicaram menor número absoluto de casos até o período disponível, não sendo realizada comparação direta com os anos completos da série. Apesar de esses achados serem temporalmente compatíveis com a implementação da vacinação, a ocorrência de variações em outras faixas etárias e a natureza multifatorial da dengue impedem o estabelecimento de uma relação causal. Os resultados reforçam a importância do monitoramento integrado da incidência, distribuição etária, gravidade e cobertura vacinal para avaliação contínua da estratégia de imunização e aprimoramento das ações de vigilância e prevenção no SUS.

Palavras-chave: Arboviroses; Imunização; Vigilância em Saúde Pública.

1 INTRODUÇÃO

A dengue permanece como um dos principais desafios para a saúde pública brasileira, apresentando comportamento epidemiológico caracterizado por sazonalidade, oscilações interanuais e ocorrência periódica de epidemias de elevada magnitude. Sua dinâmica de transmissão resulta da interação entre fatores relacionados ao hospedeiro, ao vírus, ao vetor e ao ambiente. Nesse contexto, condições climáticas e demográficas, particularmente anomalias

DOI: 10.51161/iv-conasus/89408

térmicas prolongadas e processos de urbanização, têm sido associadas à expansão e ao aumento da incidência da dengue em diferentes regiões brasileiras (Barcellos et al., 2024).

A incorporação da vacina contra a dengue ao Sistema Único de Saúde (SUS) representou uma importante mudança nas estratégias brasileiras de enfrentamento da doença. Em 2024, a vacinação priorizou crianças e adolescentes de 10 a 14 anos residentes em localidades selecionadas segundo critérios epidemiológicos, utilizando esquema de duas doses com intervalo de três meses (Brasil, 2024). No município de Bauru, a vacinação foi iniciada em 7 de maio de 2024 (Bauru, 2024).

A introdução da vacinação possibilita investigar alterações no comportamento epidemiológico da dengue após sua implementação, especialmente quanto à incidência, distribuição etária e ocorrência de formas graves. Entretanto, considerando a natureza multifatorial da transmissão da dengue e a influência de fatores climáticos, demográficos, virológicos e ambientais, modificações temporais observadas após a implementação da vacinação não devem ser interpretadas isoladamente como evidência de causalidade (Barcellos et al., 2024).

A análise da série histórica de dengue em Bauru permite avaliar o comportamento epidemiológico observado no período posterior à introdução da vacinação em relação aos anos precedentes, contribuindo para a compreensão da dinâmica recente da doença e fornecendo evidências epidemiológicas relevantes para a avaliação das estratégias de prevenção implementadas no âmbito do Sistema Único de Saúde. Desta forma, o objetivo desse trabalho foi analisar a evolução epidemiológica da dengue no município de Bauru-SP, entre 2016 e 2026, com ênfase nas alterações observadas após a introdução da vacinação contra a dengue no Sistema Único de Saúde, considerando incidência, distribuição etária e indicadores de gravidade.

2 MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo epidemiológico ecológico, retrospectivo, descritivo e analítico, baseado em dados secundários de acesso público, para avaliar a evolução temporal da dengue no município de Bauru, estado de São Paulo, no período de 2016 a 2026.

Os dados foram obtidos no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), disponibilizado pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) (Brasil, 2026). Foram considerados os casos prováveis de dengue segundo o ano de início dos sintomas, correspondentes às notificações registradas no sistema, excluindo-se os casos posteriormente classificados como descartados (Brasil, 2024). Foram analisadas as variáveis número de casos prováveis, faixa etária, classificação final e evolução dos casos. Para avaliação da gravidade, consideraram-se os registros classificados como dengue grave e os óbitos atribuídos ao agravo. A distribuição etária recebeu especial atenção à faixa de 10 a 14 anos, inicialmente priorizada pela estratégia de vacinação contra a dengue implementada pelo Programa Nacional de Imunizações em 2024 (Brasil, 2024).

A série histórica foi organizada por ano, com cálculo de frequências absolutas, relativas e variações percentuais anuais para os anos completos. A incidência foi expressa em casos prováveis por 100 mil habitantes, utilizando-se as estimativas populacionais do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para o município (IBGE, 2025). O período anterior à vacinação foi utilizado como referência para caracterizar o comportamento epidemiológico histórico, enquanto 2024 a 2026 foram analisados no contexto da introdução e implementação da vacinação contra a dengue no SUS. Foram realizadas comparações da evolução temporal dos casos e da incidência, da distribuição por faixa etária e dos indicadores de gravidade entre os períodos anterior e posterior à vacinação, expressando-se as variações em valores absolutos,

proporções e diferenças percentuais. Os dados de 2026 foram analisados separadamente, considerando seu caráter parcial e sujeito a atualizações.

Por se tratar de estudo ecológico baseado em dados secundários, as associações temporais entre a introdução da vacinação e as alterações nos indicadores epidemiológicos foram interpretadas em nível populacional, sem estabelecer relação causal individual entre vacinação e ocorrência ou gravidade da dengue. Por utilizar exclusivamente dados secundários, agregados e de acesso público, sem identificação individual dos participantes, não houve acesso a informações pessoais ou identificáveis.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Entre 2016 e 2025, foram observadas importantes oscilações na ocorrência de dengue no município de Bauru. Esse comportamento é compatível com a natureza multifatorial da dengue, cuja dinâmica depende da interação entre circulação viral, indivíduos suscetíveis, características demográficas, urbanização e condições ambientais. Em análise realizada em diferentes regiões brasileiras, Barcellos et al. (2024) identificaram a transmissão prévia, a urbanização e a ocorrência prolongada de anomalias térmicas entre os principais fatores associados ao aumento da incidência e à expansão territorial da dengue no país.

A Figura 1 evidencia baixa incidência em 2017 e 2018, com 21 e 63 casos por 100 mil habitantes, respectivamente, seguida por expressivo aumento em 2019, quando foram registrados 26.030 casos prováveis e incidência de 6.821 casos por 100 mil habitantes, maior valor observado no período analisado. Nos anos de 2020 e 2021, as incidências diminuíram para 216 e 115 casos por 100 mil habitantes, respectivamente. A partir de 2022, verificou-se novo crescimento, com incidência de 1.017 casos por 100 mil habitantes, alcançando 3.849 em 2023 e 4.197 em 2024. Em 2025, a incidência apresentou discreta redução para 4.046 casos por 100 mil habitantes. Em 2026, período não representado na Figura 1, foram registrados 128 casos prováveis até o período disponível no sistema, sendo os dados considerados parciais e sujeitos à revisão.

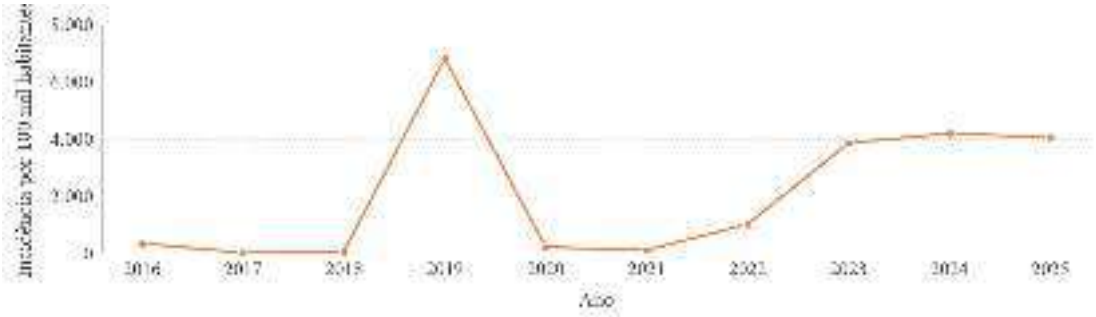


Figura 1 – Incidência de casos prováveis de dengue em Bauru, São Paulo, 2016–2025.
Fonte: elaborada pelos autores com base em Sinan/DATASUS (Brasil, 2026) e IBGE (2025).

Considerando especificamente o período mais recente, o número de casos prováveis aumentou de 15.003 em 2023 para 16.442 em 2024, correspondendo a crescimento de 9,6%. Em 2025 foram registrados 15.899 casos, representando redução de 3,3% em relação ao ano anterior (Tabela 1).

DOI: 10.51161/iv-conasus/89408

Tabela 1 – Casos prováveis e incidência de dengue em Bauru, São Paulo, 2016–2025.

Ano	Casos prováveis	População	Incidência por 100 mil
2016	1.294	372.598	347
2017	79	375.665	21
2018	240	378.647	63
2019	26.030	381.628	6.821
2020	830	384.380	216
2021	443	386.343	115
2022	3.947	387.918	1.017
2023	15.003	389.785	3.849
2024	16.442	391.740	4.197
2025	15.899	392.947	4.046

Fonte: elaborada pelos autores com base em Sinan/DATASUS (Brasil, 2026) e IBGE (2025).

A análise segundo faixa etária demonstrou comportamento distinto entre os grupos no período de introdução da vacinação (Tabela 2). Entre indivíduos de 10 a 14 anos, foram registrados 1.347 casos prováveis em 2023, 1.291 em 2024 e 1.181 em 2025, correspondendo a reduções consecutivas de 4,2% entre 2023 e 2024 e de 8,5% entre 2024 e 2025. A participação dessa faixa etária no total de casos também diminuiu, passando de 9,0% em 2023 para 7,9% em 2024 e 7,4% em 2025.

Entretanto, a redução não foi exclusiva da faixa etária inicialmente elegível para vacinação. Entre crianças de 5 a 9 anos, foram registrados 1.264 casos em 2023 e 1.099 em 2024, redução de 13,1%. Em contraste, no mesmo intervalo, observou-se aumento de 10,1% entre indivíduos de 15 a 19 anos, passando de 1.263 para 1.391 casos, e de 13,8% entre aqueles de 20 a 39 anos, com aumento de 5.165 para 5.877 casos. Entre indivíduos de 60 anos ou mais, os casos aumentaram de 1.683 em 2023 para 1.895 em 2024 (12,6%), com redução para 1.754 em 2025 (-7,4%).

Tabela 2 – Casos prováveis de dengue segundo faixa etária, Bauru, São Paulo, 2023–2025.

Faixa etária	2023	2024	2025	Variação 23→24 (%)	Variação 24→25 (%)
5–9	1.264	1.099	1.141	-13,05	3,82
10–14	1.347	1.291	1.181	-4,16	-8,52
15–19	1.263	1.391	1.417	10,13	1,87
20–39	5.165	5.877	5.660	13,79	-3,69
40–59	3.742	3.970	4.020	6,09	1,26
60–69	1.032	1.095	1.041	6,10	-4,93
70–79	459	552	520	20,26	-5,80
80 e mais	192	248	193	29,17	-22,18

Fonte: elaborada pelos autores com base em dados do Sinan/DATASUS (Brasil, 2026).

Em relação à gravidade, na análise de 2016 a 2026, foram registrados 80.335 casos prováveis de dengue, dos quais 162 foram classificados como dengue grave. A partir dos 20 anos, a proporção de casos graves aumentou progressivamente com a idade: 0,05% entre 20 e 39 anos (13/28.394), 0,14% entre 40 e 59 anos (29/20.795), 0,35% entre 60 e 64 anos (12/3.456), 0,43% entre 65 e 69 anos (11/2.550), 1,15% entre 70 e 79 anos (31/2.685) e 4,47% entre aqueles com 80 anos ou mais (50/1.119), proporção cerca de 100 vezes superior à observada entre adultos jovens. Na faixa de 10 a 14 anos não foram registrados casos classificados como dengue grave no período analisado. Foram registrados 102 óbitos pelo agravo no período, correspondendo a letalidade de 0,13% entre os casos prováveis, com 18

óbitos em 2023, 19 em 2024 e 11 em 2025. A concentração nas idades mais avançadas repetiu o padrão da dengue grave: 42 óbitos (41,2%) ocorreram entre indivíduos com 80 anos ou mais e 61 (59,8%) entre aqueles com 70 anos ou mais, sem registro de óbito na faixa de 10 a 14 anos.

A vacinação foi introduzida em 2024 durante período de elevada transmissão. Entre 2023 e 2024, os casos prováveis aumentaram 9,6%, enquanto entre 10 e 14 anos reduziram 4,2%. Em 2025, os casos gerais reduziram 3,3%, enquanto nessa faixa etária houve nova redução de 8,5%. Sua participação no total de casos caiu de 9,0% em 2023 para 7,9% em 2024 e 7,4% em 2025, coincidindo temporalmente com a vacinação, inicialmente direcionada a esse grupo.

Essa redução apresenta plausibilidade epidemiológica diante de evidências sobre a efetividade da TAK-003. Em adolescentes de 10 a 14 anos no estado de São Paulo, durante a epidemia de 2024, Ranzani et al. (2026) observaram efetividade de 50,2% após a primeira dose e 61,7% após a segunda contra dengue sintomática confirmada, além de 67,5% após a primeira dose contra hospitalização. Esses achados apresentam consistência temporal e biológica com os observados em Bauru, por envolverem a mesma faixa etária e estado. Contudo, não é possível estimar diretamente a efetividade vacinal no município, pois não foram analisados dados individuais de vacinação ou ocorrência segundo o status vacinal.

No ensaio clínico de fase 3 DEN-301, com aproximadamente 4,5 anos de acompanhamento, Tricou et al. (2024) observaram eficácia acumulada de 61,2% contra dengue virologicamente confirmada e 84,1% contra hospitalização. Por idade, a eficácia contra dengue confirmada foi de 63,5% entre 6–11 anos e 67,7% entre 12–16 anos, alcançando 85,1% e 89,7%, respectivamente, contra hospitalização (Tricou et al., 2024; Borja-Tabora et al., 2025). Esses resultados reforçam o benefício protetor da vacinação, especialmente contra desfechos graves, embora sua magnitude varie conforme idade, sorotipo circulante e exposição prévia.

Entretanto, a redução não foi exclusiva dos vacinados. Entre 5–9 anos, grupo não contemplado pela estratégia inicial em Bauru, houve redução de 13,1% entre 2023 e 2024, superior à observada entre 10–14 anos. No mesmo período, os casos aumentaram 10,1% entre 15–19 anos e 13,8% entre 20–39 anos. Essa heterogeneidade sugere a participação de outros determinantes da transmissão e impede atribuir exclusivamente à vacinação as alterações observadas. Assim, a redução entre 10–14 anos constitui achado relevante e temporalmente compatível com a vacinação, mas deve ser interpretada com cautela quanto à causalidade.

Os indicadores relacionados à gravidade também apresentaram comportamento relevante. Após aumento de 24 casos classificados como dengue grave em 2023 para 45 em 2024, foram registrados 16 casos em 2025, correspondendo a uma redução de aproximadamente 64,4%. Essa diminuição foi proporcionalmente muito superior à redução de 3,3% observada no total de casos prováveis entre 2024 e 2025, sugerindo possível dissociação entre a manutenção de elevada transmissão e a ocorrência de formas graves no período mais recente. Esse comportamento é particularmente relevante diante das evidências de maior proteção da TAK-003 contra hospitalização e outros desfechos clinicamente importantes quando comparada à proteção contra a ocorrência de dengue sintomática (Tricou et al., 2024; Ranzani et al., 2026).

Entretanto, a redução global da gravidade não deve ser interpretada como efeito direto da vacinação implementada inicialmente em adolescentes. Na análise acumulada da série histórica de Bauru, não foram registrados casos classificados como dengue grave na faixa etária de 10 a 14 anos, enquanto a ocorrência de formas graves aumentou substancialmente nas faixas etárias mais avançadas, com maior concentração entre indivíduos de 70 anos ou mais. Dessa forma, a população que concentrou a maior carga de gravidade no município não correspondia ao grupo inicialmente priorizado pela estratégia de vacinação. A redução global dos casos graves observada em 2025 pode refletir, portanto, a interação entre diferentes componentes epidemiológicos, incluindo intensidade da transmissão, perfil etário dos infectados, imunidade

populacional acumulada, sorotipos circulantes, condições clínicas preexistentes e mudanças na própria dinâmica epidêmica.

Essa distinção é particularmente importante porque a vacinação foi incorporada a um cenário epidemiológico já complexo e não substitui os demais componentes da prevenção da dengue. As evidências disponíveis indicam que a eficácia da TAK-003 pode apresentar variação conforme a idade, o estado sorológico prévio e o sorotipo viral envolvido, demonstrando que os efeitos observados em nível populacional dependem também das características epidemiológicas de cada período (Tricou et al., 2024; Flacco et al., 2024). Assim, a avaliação do impacto da vacinação deve ser compreendida como parte de uma estratégia integrada de vigilância, imunização e controle vetorial, e não como explicação isolada para as oscilações da incidência.

A análise dos dados de 2026 também requer interpretação específica. Embora o número de casos registrados até o período disponível seja substancialmente inferior aos totais anuais observados entre 2023 e 2025, os dados permanecem parciais e sujeitos à atualização. A comparação direta entre um período incompleto e anos epidemiológicos encerrados poderia superestimar a magnitude de uma eventual redução. O comportamento observado em 2026 constitui, portanto, um sinal epidemiológico favorável que merece acompanhamento, mas não permite, no presente estudo, concluir pela ocorrência de redução sustentada da transmissão ou atribuí-la à estratégia de vacinação.

Entre as limitações do estudo destacam-se sua natureza ecológica, a utilização de dados secundários de vigilância epidemiológica, a possibilidade de subnotificação e diferenças na oportunidade de diagnóstico, notificação e encerramento dos casos. A subnotificação assume particular importância na interpretação das séries temporais de dengue. Em estudo recente utilizando dados do estado de São Paulo durante a epidemia de 2024, Pompeu e Diaz-Quijano (2026) demonstraram a relevância de considerar diferenças na probabilidade de diagnóstico e notificação ao estimar a incidência da doença, evidenciando que os casos registrados pelos sistemas de vigilância podem representar apenas parte da transmissão ocorrida na população.

Além disso, não foram incorporadas ao modelo analítico informações individuais sobre vacinação, cobertura de primeira e segunda doses, condições clínicas preexistentes, sorotipos circulantes ou variáveis climáticas, ambientais e entomológicas. Tais elementos são reconhecidamente capazes de modificar a dinâmica de transmissão da dengue e podem atuar como fatores de confusão nas comparações temporais. Barcellos et al. (2024), por exemplo, demonstraram que anomalias térmicas prolongadas, transmissão prévia e urbanização contribuíram para explicar alterações recentes da incidência de dengue no território brasileiro. Consequentemente, as associações temporais identificadas no presente estudo devem ser interpretadas em nível populacional e não permitem estabelecer relação causal individual entre vacinação e redução da ocorrência ou da gravidade da doença.

Apesar dessas limitações, os resultados demonstram que o período posterior à introdução da vacinação foi acompanhado por alterações relevantes no perfil epidemiológico da dengue em Bauru, particularmente pela redução progressiva da participação da faixa etária de 10 a 14 anos entre os casos registrados. A ocorrência dessa redução em um contexto de manutenção de elevada transmissão na população geral, associada à existência de evidências independentes de efetividade da TAK-003 na mesma faixa etária e no estado de São Paulo, torna o achado epidemiologicamente relevante, ainda que insuficiente para inferência causal. O monitoramento continuado da incidência específica por idade, associado à cobertura vacinal, hospitalizações e demais indicadores de gravidade, poderá permitir avaliações mais robustas do impacto da vacinação e contribuir para o aperfeiçoamento das estratégias de prevenção e vigilância da dengue no âmbito do Sistema Único de Saúde.

DOI: 10.51161/iv-conasus/89408

4 CONCLUSÃO

A análise da série histórica demonstrou alterações no perfil epidemiológico da dengue em Bauru após a introdução da vacinação no SUS, destacando-se a redução progressiva da participação da faixa etária de 10 a 14 anos entre os casos registrados e a diminuição dos casos graves em 2025. Embora esses achados sejam temporalmente compatíveis com a implementação da vacinação, a ocorrência de variações em outras faixas etárias e a natureza multifatorial da dengue impedem o estabelecimento de relação causal. Os resultados reforçam a importância do monitoramento integrado da incidência, distribuição etária, gravidade e cobertura vacinal para avaliação contínua da estratégia de imunização e aprimoramento das ações de vigilância e prevenção no SUS.

REFERÊNCIAS

BARCELLOS, Christovam et al. Climate change, thermal anomalies, and the recent progression of dengue in Brazil. **Scientific Reports**, [s. l.], v. 14, n. 1, art. 5948, 2024. DOI: 10.1038/s41598-024-56044-y.

BAURU (SP). Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Bauru recebe doses da vacina da dengue e inicia imunização nesta terça-feira**. Bauru, 6 maio 2024. Disponível em: https://www2.bauru.sp.gov.br/materia.aspx?n=44909. Acesso em: 27 ago. 2026.

BORJA-TABORA, Charissa et al. Immunogenicity, safety, and efficacy of a tetravalent dengue vaccine in children and adolescents: an analysis by age group. **Clinical Infectious Diseases**, [s. l.], v. 80, n. 1, p. 199-206, 2025. DOI: 10.1093/cid/ciae369.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. **Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan): dengue**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2026. Disponível em: https://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude-tabnet. Acesso em: 27 ago. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento do Programa Nacional de Imunizações. **Nota Técnica nº 12/2024-CGICI/DPNI/SVSA/MS**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024.

FLACCO, Maria Elena et al. Immunogenicity, safety and efficacy of the dengue vaccine TAK-003: a meta-analysis. **Vaccines**, [s. l.], v. 12, n. 7, 770, 2024. DOI: 10.3390/vaccines12070770.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Estimativas da população residente para os municípios e para as unidades da federação brasileiros com data de referência em 1º de julho de 2025**. Rio de Janeiro: IBGE, 2025. Disponível em: https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9103-estimativas-de-populacao.html. Acesso em: 27 ago. 2026.

POMPEU, Leandro Cesar; DIAZ-QUIJANO, Fredi Alexander. Pregnant women as a reference population to estimate dengue under-reporting: methodological proposal and application in São Paulo State, Brazil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, [s. l.], v. 29, e260023, 2026. DOI: 10.1590/1980-549720260023.

RANZANI, Otavio T. et al. Effectiveness of the TAK-003 dengue vaccine in adolescents during the 2024 outbreak in São Paulo, Brazil: a test-negative, case-control study. **The Lancet Infectious Diseases**, [s. l.], v. 26, n. 1, p. 91-100, 2026. DOI: 10.1016/S1473-3099(25)00382-2.

TRICOU, Vianney et al. Long-term efficacy and safety of a tetravalent dengue vaccine (TAK-003): 4·5-year results from a phase 3, randomised, double-blind, placebo-controlled trial. **The Lancet Global Health**, [s. l.], v. 12, n. 2, p. e257-e270, 2024. DOI: 10.1016/S2214-109X(23)00522-3.

IMPLEMENTAÇÃO SUSTENTÁVEL DA TERAPIA COM CÉLULAS CAR-T NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: DESAFIOS E PERSPECTIVAS PARA A HEMATOLOGIA NO BRASIL

NAYARA DE SOUZA; DARA RUBIA SOUZA SILVA CONDOMITTI; LILIAN YUMI DE LUCCA MYAZI; INGRID HEIDEMANN; YASMIN DARA MENDES DA SILVA; VITÓRIA DE JESUS ALMEIDA; LISIA MOURA LEITE

Introdução: A terapia com células T portadoras de receptor de antígeno quimérico (CAR-T) é uma imunoterapia celular na qual linfócitos T autólogos são geneticamente modificados para expressar receptores capazes de reconhecer antígenos presentes em células neoplásicas. Consolidou-se como uma das principais inovações da hematologia contemporânea, proporcionando respostas duradouras em pacientes com neoplasias hematológicas recidivadas ou refratárias. No Brasil, avanços regulatórios, iniciativas nacionais de manufatura e a ampliação de centros especializados representam perspectivas para sua incorporação ao Sistema Único de Saúde (SUS). Entretanto, sua adoção permanece condicionada à superação de desafios regulatórios, produtivos, econômicos e organizacionais. **Objetivo:** Analisar as evidências sobre os desafios e estratégias relacionados à incorporação da terapia com células CAR-T no SUS, sintetizando os componentes envolvidos nesse processo como política pública de alta complexidade. **Metodologia:** Foi realizada revisão narrativa da literatura nas bases PubMed/MEDLINE e Scopus, complementada por documentos regulatórios e institucionais brasileiros e publicações relacionadas à avaliação de tecnologias em saúde. Foram incluídos estudos, revisões e documentos técnicos sobre aspectos regulatórios, produtivos, estruturais, econômicos, logísticos e assistenciais da terapia com células CAR-T. As evidências foram sintetizadas e organizadas em eixos temáticos. **Resultados:** A literatura demonstra que a incorporação da terapia com células CAR-T ao SUS depende da integração de componentes regulatórios, produtivos, assistenciais e econômicos. As evidências convergem para cinco eixos estratégicos: fortalecimento do ambiente regulatório; expansão da capacidade nacional de desenvolvimento e manufatura associada à transferência tecnológica; ampliação da infraestrutura hospitalar e qualificação de equipes multiprofissionais; adoção de mecanismos de financiamento, avaliação de tecnologias em saúde e compartilhamento de risco; e organização da rede assistencial, com centros de referência, registros nacionais e estratégias para redução das desigualdades regionais de acesso. Logo, persistem limitações relacionadas à capacidade instalada, dependência tecnológica, concentração geográfica dos serviços e sustentabilidade financeira. **Conclusão:** A incorporação da terapia com células CAR-T ao SUS requer mais que aprovação regulatória de produtos comerciais. O fortalecimento da capacidade nacional de desenvolvimento, produção e pesquisa, associado a mecanismos de financiamento baseados em valor, infraestrutura especializada e organização da rede assistencial, constitui elemento central para ampliar o acesso equitativo e viabilizar sua integração ao sistema público de saúde.

Palavras-chave: **CÉLULAS CAR-T; HEMATOLOGIA; SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

DOI: 10.51161/iv-conasus/89415

DESAFIOS DA ESTOMATERAPIA NA ADESÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM AO USO DE COBERTURAS AVANÇADAS PARA LESÕES NO AMBIENTE HOSPITALAR

NEILA CAROLINE COSTA SANTOS

Introdução: O tratamento de feridas por meio de coberturas avançadas otimiza a cicatrização e reduz o tempo de internação. No ambiente hospitalar, o serviço de Estomaterapia é estratégico na avaliação de lesões e padronização dessas tecnologias. Contudo, a eficácia do plano terapêutico prescrito depende diretamente da continuidade da assistência e da manutenção correta dos curativos pela equipe de enfermagem generalista nas unidades de internação. **Objetivo:** Relatar a minha experiência como enfermeira estomaterapeuta diante dos desafios de adesão da equipe de enfermagem assistencial no manejo e na periodicidade de troca de coberturas especiais em pacientes internados. **Relato de caso/experiência:** A vivência ocorreu em um hospital de grande porte. O fluxo do meu serviço consiste em visitas especializadas a cada sete dias, com exame físico minucioso da lesão e evolução detalhada em prontuário eletrônico, contendo características da ferida, produto utilizado e orientações de manejo. O principal problema identificado refere-se às coberturas com indicação de troca a cada dois ou três dias. Constatei baixa adesão da equipe das alas no cumprimento desses prazos e na manipulação dos insumos especiais, ocorrendo interrupções inadvertidas ou substituições por curativos convencionais. A análise crítica evidenciou que o registro digital semanal sofre com a fragmentação de informações no prontuário eletrônico. Diante do alto volume de dados diários inseridos pela equipe multiprofissional, o plano da Estomaterapia perde visibilidade, gerando um fenômeno de invisibilidade da conduta que compromete a continuidade do cuidado à beira-leito. **Conclusão:** O acesso a coberturas de alta tecnologia e o registro em prontuário eletrônico são insuficientes se não houver canais de comunicação eficazes. Evidencia-se a necessidade de implementar estratégias de educação permanente e ferramentas visuais à beira-leito para aproximar as prescrições do especialista da prática assistencial diária.

Palavras-chave: **COBERTURAS AVANÇADAS; ESTOMATERAPIA; PRONTUÁRIO ELETRÔNICO**

DOI: 10.51161/iv-conasus/89419

ADESÃO À MUDANÇA DE DECÚBITO HOSPITALAR: PRIORIZAÇÃO ASSISTENCIAL E FRAGILIDADES NOS MECANISMOS DE CHECAGEM

NEILA CAROLINE COSTA SANTOS

Introdução: A mudança de decúbito constitui uma intervenção fundamental da equipe de enfermagem na prevenção de Lesões por Pressão (LP) em pacientes com mobilidade reduzida ou restritos ao leito. Embora seja uma medida de baixo custo e integrada às práticas de prevenção, sua execução contínua ao longo das 24 horas pode ser comprometida pela multiplicidade de demandas assistenciais e pela ausência de mecanismos efetivos de monitoramento da adesão ao protocolo. **Objetivo:** Relatar minha experiência como enfermeira estomaterapeuta na identificação de barreiras relacionadas à adesão da equipe de enfermagem à mudança de decúbito em ambiente hospitalar. **Relato de experiência:** Minha experiência foi desenvolvida no Serviço de Estomaterapia de um hospital de grande porte, a partir do acompanhamento sistemático de pacientes durante atendimentos semanais. Ao longo dessa atuação, observei novas ocorrências de LP e agravamento de lesões preexistentes, inclusive em pacientes que utilizavam superfícies e dispositivos de redistribuição de pressão. A partir da observação da prática assistencial, identifiquei que o reposicionamento, apesar de reconhecido pela equipe como medida preventiva, nem sempre era priorizado diante de outras demandas e procedimentos realizados durante a assistência. Também identifiquei fragilidades nos mecanismos institucionais destinados à comprovação da realização desse cuidado, especialmente quanto à existência de checagem compulsória, registro sistematizado e auditoria do reposicionamento. A ausência de mecanismos de rastreabilidade dificulta a identificação objetiva de não conformidades e limita o acompanhamento da adesão da equipe ao protocolo de prevenção de LP. **Conclusão:** A experiência permitiu identificar que a prevenção de LP não depende exclusivamente da disponibilidade de superfícies e dispositivos de redistribuição de pressão, mas também da efetiva priorização do reposicionamento na rotina assistencial. A fragilidade dos mecanismos institucionais de checagem e monitoramento pode favorecer a invisibilidade de falhas na execução desse cuidado. O fortalecimento de estratégias de registro, checagem e auditoria pode ampliar a rastreabilidade do cuidado, favorecer a adesão da equipe e contribuir para a consolidação da mudança de decúbito como prática de segurança do paciente.

Palavras-chave: **ENFERMAGEM; LESAO POR PRESSAO; MUDANÇA DE DECUBITO**

DOI: 10.51161/iv-conasus/89421

EDUCAÇÃO EM SAÚDE SOBRE TUBERCULOSE: RELATO DE EXPERIÊNCIA DO PIT-STOP NA PRAÇA EM SANTO ANTÔNIO DE JESUS-BA

TAUANE ARAGÃO DOS SANTOS

Introdução: A Tuberculose (TB) pode ser vista como um importante problema de saúde pública, sendo necessário ampliar o conhecimento da população acerca dos sintomas, agente causador, transmissão, diagnóstico e tratamento. Diante disso, o uso de práticas lúdicas e recursos visuais inseridos no cotidiano da sociedade pode contribuir para a disseminação de informações também quanto à prevenção. **Objetivo:** Relatar a experiência da ação intitulada *Pit-Stop na Praça,* desenvolvida como estratégia de educação em saúde no processo de entendimento sobre a Tuberculose, na cidade de Santo Antônio de Jesus - Bahia, organizada pela Vigilância em Saúde municipal. **Relato de experiência:** A ação foi planejada ao longo de um mês, e realizada durante uma manhã em espaço público do município. Foram utilizados diferentes recursos educativos, tais como panfletos, óculos de realidade virtual para proporcionar uma experiência acerca da manifestação da Tuberculose no organismo, e um formulário online destinado à identificação de pessoas com sinais ou sintomas sugestivos da doença, o qual contava com algumas perguntas e níveis de respostas (sim, não, às vezes). Durante a realização do Pit-Stop, notou-se boa participação do público nas atividades propostas. Os participantes receberam os materiais educativos contendo informações sobre os principais sintomas, com destaque para a importância da identificação precoce e a busca por atendimento na unidade de saúde mais próxima. Destaca-se que três enfermeiros e quatro estudantes da área da saúde estiveram presentes na condução desse momento, e em média 20 participantes distribuídos entre o recebimento dos panfletos e o uso dos óculos de realidade virtual. **Conclusão:** A experiência demonstrou que a utilização de recursos visuais e estratégias lúdicas podem contribuir positivamente para a educação em saúde sobre a Tuberculose, tornando as informações mais acessíveis e compreensíveis para a população. Conclui-se que a inserção de ações educativas no cotidiano da sociedade tem grande potencial para ampliar o conhecimento sobre a doença e o cuidado com a saúde.

Palavras-chave: **EDUCAÇÃO EM SAÚDE; TUBERCULOSE; VIGILÂNCIA EM SAÚDE**

DOI: 10.51161/iv-conasus/89423

IMPORTÂNCIA DAS VIVÊNCIAS EM CAMPO COM AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE PARA A FORMAÇÃO MÉDICA

LAÍS DELFINO SOARES; ANA REBECA COSTA DE OLIVEIRA; KETYLY JORDANA AQUINO FONSECA; MARIA EDUARDA BEZERRA MOTA

Introdução: Dentro da atenção primária à saúde, os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) exercem a função de elo entre a comunidade e o sistema público de saúde. A inserção cotidiana desses profissionais no território promove não apenas a identificação e análise de elementos sociais, ambientais e culturais do território, como também possibilita a construção de vínculos. Portanto, práticas que possibilitam a aproximação de estudantes de Medicina da atuação dos ACS garantem uma compreensão mais ampla do cuidado e da realidade dos usuários. **Objetivo:** Relatar o acompanhamento de ACS por estudantes de Medicina do 1° período, evidenciando a importância destes profissionais para a devida promoção de saúde à população e o valor do conhecimento constituído a partir das vivências comunitárias para a formação médica. **Relato de experiência:** Por meio do contato direto com o trabalho dos ACS na comunidade, 75 estudantes de Medicina do 1°período, no módulo de Atenção Primária à Saúde 1, puderam integrar-se às dinâmicas de visitas domiciliares, identificação das demandas dos indivíduos e cadastramento e orientação de usuários do Centro de Saúde Iná Rosa Borges em Recife, Pernambuco. Ao longo destas práticas, tornou-se explícito que o conhecimento desses profissionais ultrapassa informações restritas às condições de saúde da população, abrangendo igualmente aspectos ligados às relações comunitárias e familiares. Mediante a convivência cotidiana com os integrantes do território, os ACS identificam necessidades e contextos de vulnerabilidade muitas vezes não evidenciados nos atendimentos nos serviços de saúde, tornando clara a essencialidade dessa profissão para a garantia do cuidado integral. Durante esse período, os discentes tiveram a possibilidade de experienciar a dinâmica desse vínculo entre os agentes e a comunidade desde o início da formação, de modo a reconhecer a importância da articulação entre conhecimentos técnicos e saberes populares, da visão humanizada e integral do cuidado e do trabalho interprofissional, colocados em prática diariamente por esses profissionais. **Conclusão:** A vivência evidenciou a importância dos ACS na aproximação da comunidade aos serviços de saúde, promovendo uma formação sensível às necessidades da população para os discentes, o que reforça a essencialidade do contato precoce com a realidade comunitária para a educação médica.

Palavras-chave: **ACS; ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE; EDUCAÇÃO MÉDICA**

DOI: 10.51161/iv-conasus/89427

CUIDAR DE QUEM CUIDA: O RECONHECIMENTO DO CUIDADOR FAMILIAR COMO SUJEITO DO CUIDADO INTEGRAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

MARIA EDUARDA BEZERRA MOTA; ANA REBECA COSTA DE OLIVEIRA; KETYLY JORDANA AQUINO FONSECA; LAÍS DELFINO SOARES

Introdução: A Atenção Primária à Saúde (APS) atua, principalmente, na promoção da saúde nos diversos contextos de vida da população. Entretanto, no acompanhamento de pessoas com condições que demandam suporte contínuo, a APS costuma concentrar seu olhar no paciente, preterindo aqueles que assumem a responsabilidade do cuidado. Deve-se compreender, portanto, que cuidador familiar, frequentemente invisibilizado, também está sujeito a mudanças em sua dinâmica de vida e em seu bem-estar, requerendo, assim, sua inclusão nas estratégias desenvolvidas pela APS para a garantia da integralidade da saúde. **Objetivo:** Relatar a experiência de estudantes de Medicina no reconhecimento do cuidador como sujeito do cuidado integral na APS, a partir da vivência com um pai responsável por uma pessoa com Transtorno do Espectro Autista (TEA). **Relato de experiência:** Durante as atividades do módulo de Atenção Primária à Saúde, estudantes de Medicina acompanharam Agentes Comunitários de Saúde (ACS) em visitas domiciliares, a fim de compreender a importância e a atuação em campo da APS. Em uma das visitas, as estudantes foram levadas a uma família composta por um pai e sua filha com TEA. Ao conversarem com o pai, ouvir sua história permitiu reconhecer uma realidade muitas vezes secundarizada: o olhar para o cuidador. Ele relatou como a sua rotina foi transformada após perder a sua esposa, pois precisou deixar seu emprego e passou a exercer integralmente o trabalho de cuidado da filha, que demanda alto nível de suporte. Essa experiência permitiu perceber como o oferecimento de suporte contínuo à pessoa assistida repercute sobre a dinâmica de vida, a autonomia e as condições socioeconômicas do cuidador familiar. Logo, notou-se a relevância de um acompanhamento da APS para garantir o bem-estar dessas pessoas, reforçando a noção de saúde centrada não apenas no indivíduo, mas também naqueles ao seu redor. **Conclusão:** A vivência demonstrou que, para que a atenção na APS seja verdadeiramente integral, essa deve amparar também os que sustentam o cuidado. Reconhecer o cuidador como sujeito do cuidado significa compreender que, por trás de cada pessoa que demanda apoio contínuo, existe alguém cuja vida também é atravessada pelo processo de cuidar e, portanto, merece assistência.

Palavras-chave: **ATENÇÃO BÁSICA; INTEGRALIDADE; QUALIDADE DE VIDA**

DOI: 10.51161/iv-conasus/89430

SOBRECARGA DO CUIDADOR EM FOCO: RELATO DE EXPERIÊNCIA DE AÇÃO DE CAPACITAÇÃO E ACOLHIMENTO A CUIDADORES DE IDOSOS NO PARQUE DO IDOSO.

HELOÍSA FERNANDES DE ANDRADE; ISABELLA LARA RODRIGUES ARAÚJO; LÁZARO BATISTA DE CASTRO NETO; DENY ALVES MACEDO NOGUEIRA

Introdução: O cuidado às pessoas idosas impõe aos cuidadores demandas físicas, emocionais e práticas que podem repercutir em sua saúde e qualidade de vida. Ações extensionistas voltadas a esse público são relevantes para qualificar o cuidado, identificar sobrecarga e promover o autocuidado. Assim, acadêmicos de Medicina da Afya Palmas e de Farmácia da Ulbra Palmas realizaram uma ação no Parque Municipal da Pessoa Idosa Francisco Xavier de Oliveira, em Palmas-TO, voltada aos cuidadores de idosos, integrando triagem, capacitação, orientações sobre medicamentos e práticas de bem-estar. **Objetivos:** Relatar a experiência de uma ação de saúde realizada no Parque do Idoso, no âmbito da atenção primária, direcionada aos cuidadores de idosos, com foco na capacitação, identificação de sobrecarga e cuidado integral desse público. **Relato de caso/experiência:** A atividade foi desenvolvida por equipe multiprofissional em espaço público de convivência para idosos, sendo amplamente procurada por idosos e cuidadores. Inicialmente, realizou-se triagem com aferição de pressão arterial, avaliação por bioimpedância e aplicação da Escala de Zarit para rastreio de sobrecarga. Em seguida, foram conduzidas oficinas práticas sobre primeiros socorros (manobra de desengasgo e reanimação cardiopulmonar) e sobre manejo do idoso, incluindo sinais de desidratação e técnicas seguras de mobilização. A equipe de farmácia orientou sobre uso racional de medicamentos, riscos de interação e cuidados no preparo e consumo de chás e plantas medicinais, prática comum e muitas vezes negligenciada. Em momento de integração com coffee break, discutiu-se mudança de hábitos de vida, incluindo alimentação, atividade física e sono, com linguagem acessível. A ação promoveu ainda escuta e acolhimento, possibilitando que cuidadores relatassem dificuldades cotidianas e recebessem orientações sobre a importância do descanso e do autocuidado para garantir qualidade de vida. **Conclusão:** A experiência demonstrou a relevância de ações de promoção e educação em saúde voltadas aos cuidadores de idosos no contexto da atenção primária. O espaço de escuta e capacitação favoreceu a identificação de dificuldades vivenciadas pelos cuidadores e reforçou a importância do autocuidado para a manutenção da saúde e da qualidade do cuidado oferecido à pessoa idosa.

Palavras-chave: **CAPACITAÇÃO; CUIDADORES; SAÚDE DO IDOSO**

DOI: 10.51161/iv-conasus/89431

GESTÃO EM ENFERMAGEM NO SUS: DESAFIOS E PERSPECTIVAS PARA A QUALIDADE E SEGURANÇA DA ASSISTÊNCIA

JANAINA PORFIRIO DE LIMA VASCONCELOS; HELICLEIDE GUIMARÃES DE ALEXANDRIA; MARILEUZA MARIA DE FRANÇA VASCONCELOS; GETH DOS SANTOS RAULINO

Introdução: O Sistema Único de Saúde (SUS) constitui uma das principais políticas públicas brasileiras, fundamentada nos princípios da universalidade, integralidade e equidade. Nesse cenário, a enfermagem desempenha papel estratégico na organização dos serviços, coordenação do cuidado e implementação de práticas voltadas à qualidade e segurança da assistência. Entretanto, a gestão em enfermagem enfrenta desafios relacionados à sobrecarga de trabalho, dimensionamento de pessoal, disponibilidade de recursos, organização dos processos assistenciais, comunicação entre equipes e necessidade de educação permanente. **Objetivo:** Analisar os principais desafios da gestão em enfermagem no SUS e discutir perspectivas para o fortalecimento da qualidade e segurança da assistência à saúde. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão narrativa da literatura, de abordagem qualitativa, realizada a partir da análise de publicações científicas e documentos oficiais relacionados à gestão em enfermagem, SUS, qualidade da assistência e segurança do paciente. Foram consideradas produções que contribuíssem para a compreensão dos desafios da gestão e das estratégias de aprimoramento dos processos de trabalho. **Resultados:** Evidenciou-se que a gestão de enfermagem influencia diretamente a organização dos serviços, o desempenho das equipes e os resultados assistenciais. Entre os principais desafios destacam-se a insuficiência de recursos humanos e materiais, sobrecarga profissional, dificuldades na organização dos fluxos, comunicação ineficaz e necessidade de qualificação contínua. Como perspectivas, destacam-se o fortalecimento da liderança do enfermeiro, educação permanente, planejamento baseado em indicadores, gestão de riscos, comunicação efetiva e utilização de protocolos de segurança. A integração multiprofissional e a adoção de ferramentas de gestão podem favorecer a resolutividade, continuidade e humanização do cuidado. **Conclusão:** A gestão em enfermagem constitui elemento estratégico para o fortalecimento do SUS e para a oferta de uma assistência segura, qualificada e humanizada. O enfrentamento dos desafios requer valorização profissional, qualificação dos processos de trabalho, educação permanente e utilização de práticas de gestão fundamentadas em evidências e indicadores de qualidade. Dessa forma, o enfermeiro assume papel essencial na transformação dos serviços e na consolidação dos princípios do SUS.

Palavras-chave: **SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE; GESTÃO EM ENFERMAGEM; QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE**

DOI: 10.51161/iv-conasus/89433

Diagnóstico territorial e planejamento reprodutivo na Atenção Primária à Saúde: Análise situacional e proposta de intervenção em uma Unidade de Saúde da Família.

DAIANE DELLAI

RESUMO

Introdução: O diagnóstico territorial constitui ferramenta para a organização da Atenção Primária à Saúde (APS), permitindo identificar características demográficas, epidemiológicas, sociais e organizacionais que influenciam as necessidades da população e orientam prioridades. Nesse contexto, o planejamento reprodutivo representa componente essencial da atenção à saúde sexual e reprodutiva, contribuindo para ampliar o acesso à informação, aos métodos contraceptivos e à autonomia reprodutiva. **Objetivo:** Analisar a situação de saúde de uma Microárea e de uma Equipe da Unidade de Saúde da Família Jardim do Cerrado VI, em Goiânia-GO, identificar e priorizar problemas relacionados à saúde sexual e reprodutiva e propor um plano de intervenção para qualificar as ações de planejamento reprodutivo na APS. **Metodologia:** Trata-se de estudo descritivo, territorial e interventivo, realizado entre agosto de 2025 e fevereiro de 2026. Foram utilizados dados do Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC e-SUS APS), observação do território e entrevistas com moradores, Agentes Comunitários de Saúde, profissional médica e gestão. A análise contemplou aspectos demográficos, epidemiológicos, sociais, ambientais do território. Para identificação e priorização dos problemas foram empregados o Planejamento Estratégico Situacional (PES), o Diagrama de Ishikawa e matriz de priorização. **Resultados:** A Equipe 239 apresentava 2.573 pessoas cadastradas, sendo 58,6% do sexo feminino. A população adulta, de 20 a 59 anos, correspondia a 55,8%, enquanto jovens até 19 anos representavam 30,6% e idosos 12,2%. Na Microárea havia 993 cadastrados. Foram identificadas 340 pessoas com hipertensão arterial, 124 com diabetes mellitus e 40 gestantes na equipe, sendo quatro na Microárea no início do período analisado. A elevada ocorrência de gestações foi priorizada como problema, associada a fragilidades no planejamento reprodutivo, acesso irregular aos métodos contraceptivos, limitações educativas e dificuldades relacionadas à cobertura territorial e à composição da equipe. Foram propostas ações educativas, busca ativa, acompanhamento longitudinal, orientação contraceptiva e organização dos fluxos de acesso aos métodos na rede. **Conclusão:** O diagnóstico territorial possibilitou reconhecer necessidades prioritárias e direcionar ações factíveis e territorializadas. A intervenção proposta apresenta potencial para qualificar o planejamento reprodutivo, ampliar o acesso à informação e aos métodos contraceptivos, fortalecer a autonomia reprodutiva e contribuir para a integralidade do cuidado na APS.

Palavras-chave: Planejamento Reprodutivo; Saúde Sexual e Reprodutiva; Métodos Contraceptivo.

DOI: 10.51161/iv-conasus/89437

1 INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) constitui importante espaço para o desenvolvimento de ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e acompanhamento longitudinal da população. Nesse contexto, o planejamento reprodutivo integra o cuidado em saúde sexual e reprodutiva e deve garantir acesso à informação qualificada, aconselhamento e aos diferentes métodos contraceptivos, respeitando a autonomia e as necessidades individuais. A Organização Mundial da Saúde (OMS) destaca que o acesso à contracepção possibilita às pessoas decidir livremente o número e o espaçamento dos filhos, contribuindo para a prevenção de gestações não planejadas e para a redução de riscos relacionados à saúde materna (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2025).

Apesar dos avanços na oferta de métodos contraceptivos, persistem barreiras relacionadas à disponibilidade e variedade dos métodos, acesso aos serviços, informações inadequadas, receio de efeitos adversos e fatores sociais e culturais. A OMS ressalta que a ampliação da escolha contraceptiva e a qualidade dos serviços são fundamentais para reduzir necessidades não atendidas de planejamento familiar e promover autonomia reprodutiva. Recomendações atualizadas também enfatizam a necessidade de garantir uso seguro e eficaz dos métodos mediante orientação adequada dos profissionais de saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2025). No Brasil, o Ministério da Saúde reconhece a contracepção como direito e orienta que as equipes de saúde disponibilizem informações sobre os métodos existentes, promovendo escolhas conscientes e respeitando a autonomia das pessoas. Na APS, estão disponíveis diferentes métodos, incluindo preservativos, anticoncepcionais hormonais, dispositivo intrauterino (DIU) e implante subdérmico, além dos procedimentos de esterilização previstos na legislação vigente (BRASIL, 2026).

Nesse cenário, o diagnóstico territorial constitui ferramenta essencial para reconhecer características demográficas, epidemiológicas, sociais e organizacionais que influenciam as necessidades de saúde e subsidiam a definição de prioridades de intervenção. No território da Unidade de Saúde da Família Jardim do Cerrado VI, em Goiânia-GO, a análise situacional identificou a elevada ocorrência de gestações como problema prioritário, relacionada a fragilidades no planejamento reprodutivo, no acesso aos métodos contraceptivos, no baixo letramento populacional, déficit de profissionais na equipe de saúde e na organização do acompanhamento territorial.

Visto que a estimativa do número de gestantes acompanhadas por uma equipe de Atenção Primária à Saúde (APS) não é definida por um parâmetro nacional fixo, sendo obtida a partir de estimativas demográficas relacionadas à população adscrita, ao perfil etário das mulheres em idade fértil e aos indicadores de fecundidade do território. Dessa forma, o quantitativo de gestantes pode apresentar variações entre as equipes, em função das características demográficas, epidemiológicas, socioeconômicas e do acesso aos serviços de saúde. Em equipes da Estratégia Saúde da Família com população adscrita em torno de 3.000 pessoas, estima-se, de forma geral, o acompanhamento anual de aproximadamente 25 a 30 gestantes. Entretanto, esse número deve ser interpretado como uma estimativa para fins de planejamento e organização das ações assistenciais, devendo ser ajustado conforme a realidade epidemiológica local e os dados produzidos pelos sistemas de informação da Atenção Primária à Saúde. (BRASIL 2017; BRASIL 2020; BRASIL 2026)

DOI: 10.51161/iv-conasus/89437

No território estudado, foi identificada uma média de 40 gestantes nos últimos seis meses, valor que se encontra acima do esperado quando comparado aos parâmetros populacionais nacionais. Esse dado evidencia uma elevada ocorrência de gestações e reforça a necessidade de implementação de estratégias voltadas à ampliação do acesso aos métodos contraceptivos, ao fortalecimento das ações de planejamento reprodutivo e à promoção da saúde sexual.

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), instituída pela Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, a equipe mínima da Estratégia Saúde da Família deve ser composta por médico, enfermeiro, auxiliar e/ou técnico de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS). A normativa recomendava uma população adscrita de 2.000 a 3.500 pessoas por equipe**,** considerando as especificidades territoriais, vulnerabilidades e dinâmica comunitária. Além disso, em áreas de grande dispersão territorial, risco e vulnerabilidade social, recomendava-se cobertura de 100% da população, com número máximo de 750 pessoas por ACS**,** visando favorecer a cobertura territorial e o acompanhamento domiciliar (BRASIL, 2017)**.**

Entretanto, no território analisado, observa-se importante déficit de recursos humanos, uma vez que a equipe é composta atualmente apenas por uma profissional médica e dois Agentes Comunitários de Saúde, sem a presença de enfermeiro e técnico de enfermagem. Essa insuficiência compromete significativamente a organização do processo de trabalho e a capacidade de resposta da equipe às demandas assistenciais.

Como consequência, observam-se limitações na realização de consultas de pré-natal, fragilidades nos registros dos sistemas de informação, dificuldades para o acompanhamento longitudinal das gestantes, redução da cobertura de visitas domiciliares e prejuízos no monitoramento dos indicadores assistenciais. Adicionalmente, a ausência de profissionais essenciais dificulta o alcance dos parâmetros preconizados para a atenção pré-natal, incluindo a captação precoce da gestante, a realização do número mínimo de consultas, a solicitação e avaliação de exames, a imunização adequada, a realização de testes rápidos, o acompanhamento puerperal e a execução de ações de promoção da saúde e educação em saúde.

Diante desse cenário, o elevado número de gestações foi definido como problema prioritário para intervenção, considerando sua magnitude, transcendência e vulnerabilidade às ações da Atenção Primária à Saúde. Além disso, a sobrecarga da equipe, associada à fragmentação do processo de trabalho decorrente da insuficiência de recursos humanos, reforça a necessidade de estratégias de reorganização da assistência. Assim, este estudo propõe intervenções de baixo custo e elevada viabilidade operacional, voltadas ao fortalecimento das ações de planejamento familiar, educação em saúde, ampliação do acesso aos métodos contraceptivos e qualificação do acompanhamento da população em idade reprodutiva, com potencial para produzir impactos positivos nos indicadores de saúde do território.

Dessa forma, o presente trabalho teve como Objetivo geral: Qualificar as ações de planejamento reprodutivo e o acompanhamento territorial das gestantes e pessoas em idade reprodutiva numa Microárea de uma Equipe da APS, visando reduzir a ocorrência de gestações e fortalecer a organização do cuidado na Atenção Primária à Saúde. E como Objetivos Específicos: 1 Ampliar as ações de promoção e prevenção em saúde, por meio da implementação de atividades educativas no PSE e grupos operativos voltados ao planejamento reprodutivo, visando aumentar o conhecimento e a autonomia das usuárias e

parceiros; 2 Fortalecer a identificação, o acolhimento e o acompanhamento das pessoas com demanda de planejamento reprodutivo e das gestantes acompanhadas pela equipe; 3 Organizar o fluxo de acesso aos métodos contraceptivos disponíveis na rede, garantindo orientação qualificada e encaminhamento oportuno quando necessário.

2 MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de estudo descritivo, territorial e interventivo, desenvolvido entre agosto de 2025 e fevereiro de 2026, com foco na Microárea de uma Equipe da USF Jardim do Cerrado VI. Foram utilizadas informações provenientes do PEC e-SUS APS, observação direta do território e entrevistas com moradores, ACS, profissional médica e gestão local. A análise contemplou aspectos demográficos, sociais, epidemiológicos, ambientais, estruturais e relacionados ao processo de trabalho.

A identificação e a priorização dos problemas foram realizadas por meio do Planejamento Estratégico Situacional (PES), Diagrama de Ishikawa e matriz decisória, considerando magnitude, transcendência, vulnerabilidade, urgência, custo e governabilidade. Posteriormente, foram definidos objetivos, estratégias, análise de viabilidade, programação operativa, cronograma e indicadores de acompanhamento.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados encontrados foram à Equipe possuía 2.573 pessoas cadastradas no PEC e-SUS APS, sendo 1.508 mulheres (58,6%) e 1.065 homens (41,4%). Já a Microárea apresentava 993 pessoas, das quais 581 eram mulheres (58,5%) e 412 homens (41,5%). A predominância feminina constitui elemento relevante para o planejamento de ações de saúde da mulher e planejamento reprodutivo.

Quanto à faixa etária, predominavam adultos de 20 a 59 anos, correspondendo a 1.437 pessoas (55,8%) na equipe e 564 (56,8%) na Microárea 1. Os jovens até 19 anos representavam 787 pessoas (30,6%) na equipe e 328 (33,0%) na microárea. A população com 60 anos ou mais correspondia a 313 pessoas (12,2%) na equipe e 89 (9,0%) na microárea. Esses dados evidenciam a necessidade de ações organizadas segundo os diferentes ciclos de vida.

No perfil epidemiológico, foram registrados 340 usuários com hipertensão arterial na equipe, sendo 82 na Microárea, e 124 usuários com diabetes mellitus, sendo 54 na microárea. O próprio diagnóstico ressalta que a tipologia do diabetes não estava disponível no PEC e-SUS, não sendo possível confirmar a predominância de Diabetes Mellitus tipo 2 a partir desse registro.

Em relação à saúde sexual e reprodutiva, foram registradas 40 gestantes na Equipe e quatro na Microárea no início do período analisado. O estudo considerou a ocorrência de 40 gestantes nos últimos seis meses como indicativa de elevada ocorrência de gestações, quando comparada à estimativa adotada para fins de planejamento. Esse achado direcionou a priorização do planejamento reprodutivo como eixo de intervenção.

A análise das condições sociais evidenciou diversidade nos arranjos familiares e importante incompletude dos registros de escolaridade. Na equipe, 56,5% dos cadastros não apresentavam informação sobre escolaridade; na Microárea, esse percentual alcançou 78,8%.

DOI: 10.51161/iv-conasus/89437

A ausência dessas informações limita a caracterização dos determinantes sociais e reforça a necessidade de qualificação dos cadastros territoriais.

O território apresenta equipamentos educacionais, CRAS, organizações comunitárias, igrejas, campo de futebol e associação de moradores, configurando potencial para ações intersetoriais. A presença de instituições de ensino, em particular, favorece o desenvolvimento de ações de saúde sexual e reprodutiva no âmbito do Programa Saúde na Escola.

A análise causal demonstrou caráter multifatorial do problema priorizado. Entre as causas identificadas estão acesso à informação, utilização de métodos contraceptivos, condições sociais e culturais, organização das ações educativas, composição da equipe, cobertura territorial e fluxos de acesso aos serviços. Entre as consequências estão o aumento da demanda por pré-natal e acompanhamento, necessidade de busca ativa, sobrecarga assistencial e possíveis repercussões sociais e materno-infantis.

O plano de intervenção foi estruturado a partir dos nós críticos considerados mais governáveis pela Atenção Primária. A proposta articula educação em saúde, acompanhamento territorial, orientação contraceptiva e organização dos fluxos assistenciais, buscando incorporar as ações à rotina da unidade e evitar intervenções isoladas.

- Realização de atividades educativas no Programa Saúde na Escola e em grupos operativos nas faixas etárias, utilizando metodologias participativas.
- Fortalecimento da busca ativa e identificação de pessoas com demanda de planejamento reprodutivo, mesmo com número reduzido de ACS no território.
- Acompanhamento sistemático das gestantes e das pessoas em idade reprodutiva.
- Orientação qualificada sobre métodos contraceptivos e organização dos encaminhamentos na rede de atenção.
- Articulação com gestão, ACS, instituições de ensino, Distrito Sanitário e serviços de referência interdistrital e na rede de atenção.
- Capacitação profissional para ampliação da oferta de métodos contraceptivos reversíveis de longa duração, conforme disponibilidade da rede de atenção.

O plano foi organizado em programação operativa e cronograma de 18 meses, contemplando preparação, atividades educativas bimestrais, ações no PSE, acompanhamento mensal das gestantes e das demandas de planejamento reprodutivo, busca ativa, orientação contraceptiva, monitoramento dos encaminhamentos e avaliações parciais e final.

Os achados evidenciam que a situação de saúde da população está diretamente relacionada à organização territorial e às condições de funcionamento da equipe. A predominância de adultos e mulheres, associada à presença expressiva de adolescentes e jovens, cria oportunidade para ações integradas de saúde sexual e reprodutiva, especialmente por meio do PSE e da atuação dos ACS.

A elevada ocorrência de gestações identificada no território deve ser compreendida como um fenômeno multifatorial, resultante da interação entre aspectos individuais, sociais, culturais e relacionados à organização dos serviços de saúde, não devendo ser atribuída exclusivamente às escolhas ou comportamentos individuais. Nesse contexto, fragilidades no acesso à informação qualificada, aos métodos contraceptivos e às ações educativas, associadas a barreiras de acesso aos serviços e limitações no processo de trabalho da equipe, podem

comprometer a capacidade de escolha informada e a autonomia reprodutiva da população. Dessa forma, o fortalecimento das ações de planejamento reprodutivo na Atenção Primária à Saúde, mediante educação em saúde, aconselhamento qualificado, ampliação do acesso aos métodos contraceptivos e acompanhamento longitudinal, constitui estratégia fundamental para qualificar o cuidado e responder às necessidades identificadas no território.

A insuficiência de recursos humanos foi identificada como importante barreira operacional. A ausência de profissionais essenciais e a cobertura territorial reduzida repercutem sobre visitas domiciliares, busca ativa, atualização cadastral, acompanhamento longitudinal e organização das ações. Ao mesmo tempo, a existência de vínculo comunitário, PSE, integração ensino-serviço, atuação dos ACS e recursos comunitários constitui importante potencial para implementação de intervenções de baixo custo e elevada viabilidade operacional.

A utilização de ferramentas do planejamento estratégico permitiu transformar os dados do diagnóstico em ações concretas e monitoráveis. Essa articulação favorece a incorporação do planejamento reprodutivo à rotina da APS, fortalecendo a integralidade do cuidado e a capacidade de resposta da equipe.

4 CONCLUSÃO

O diagnóstico territorial permitiu reconhecer características demográficas, epidemiológicas, sociais e organizacionais relevantes para a população da Microárea e da Equipe em questão. A elevada ocorrência de gestações e as fragilidades relacionadas ao planejamento reprodutivo foram definidas como principal problema pela magnitude, transcendência e possibilidade de intervenção no âmbito da APS.

A análise evidenciou que esse fenômeno apresenta caráter multifatorial, relacionado às condições de acesso à informação, aos métodos contraceptivos, às ações educativas e aos serviços de saúde, além de aspectos associados à organização do processo de trabalho e à cobertura territorial.

O plano proposto apresenta coerência com os problemas identificados ao integrar educação em saúde, busca ativa, acompanhamento longitudinal, orientação contraceptiva e organização dos fluxos assistenciais.

A efetividade e a sustentabilidade das ações dependerão da atuação articulada entre equipe multiprofissional, ACS, gestão local e central, instituições de ensino, serviços de referência e comunidade. O monitoramento sistemático dos indicadores permitirá acompanhar a execução das estratégias, identificar avanços e limitações e subsidiar ajustes no processo de trabalho, favorecendo maior resolutividade e qualidade da assistência.

Espera-se que a implementação das estratégias contribua para ampliar o acesso à informação e aos métodos contraceptivos, fortalecer a autonomia reprodutiva e qualificar o acompanhamento das gestantes e pessoas em idade reprodutiva. A avaliação após 18 meses permitirá verificar os resultados alcançados e orientar ajustes no processo de trabalho.

REFERÊNCIAS

DOI: 10.51161/iv-conasus/89437

BRASIL. Ministério da Saúde. *Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde (CaSAPS)*. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Contracepção*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2026. Disponível em: Ministério da Saúde – Contracepção. Acesso em: 27 ago. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Departamento de Informática do SUS (DATASUS): Informações em Saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, [s.d.]. Disponível em: DATASUS. Acesso em: 9 abr. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. *e-SUS Atenção Primária à Saúde (e-SUS APS)*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, [s.d.]. Disponível em: e-SUS APS. Acesso em: 9 abr. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Estratégia Saúde da Família*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017*. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União: seção 1*, Brasília, DF, n. 183, p. 68-76, 22 set. 2017. Disponível em: BVS – Portaria nº 2.436/2017. Acesso em: 25 jul. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. *Parâmetros para o Planejamento e Programação das Ações no âmbito da Atenção Primária à Saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, [s.d.].

COFEN – CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. *Resolução COFEN nº 690, de 2022*. Regulamenta a atuação do enfermeiro no planejamento familiar e reprodutivo. Brasília, DF: COFEN, 2022.

GOIÂNIA. Prefeitura de Goiânia. Secretaria Municipal de Saúde. *Secretaria Municipal de Saúde*. Goiânia: Prefeitura de Goiânia, [s.d.].

GOIÂNIA. Secretaria Municipal de Saúde. *Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC e-SUS APS): relatório utilizado no diagnóstico da Microárea 1 e da Equipe 239*. Goiânia: Secretaria Municipal de Saúde, 2026.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Contraception*. Geneva: World Health Organization, 2025. Disponível em: WHO – Contraception. Acesso em: 27 ago. 2026.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Family planning/contraception methods*. Geneva: World Health Organization, 2025. Disponível em: WHO – Family planning/contraception methods. Acesso em: 27 ago. 2026.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Selected practice recommendations for contraceptive use*. 4. ed. Geneva: World Health Organization, 2025. Disponível em: WHO – Selected practice recommendations for contraceptive use. Acesso em: 27 ago. 2026.

A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF) COMO EFETOR DO CUIDADO PRIMÁRIO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.

MARIA ALICE FRANÇA DE ALBUQUERQUE; ARTHUR CORDEIRO DE AZEVEDO; ANA BEATRIZ DE AMORIM ROCHA FABRÍCIO DE LIMA; FRANCISCO RICARDO ALVES DE OLIVEIRA FILHO; GABRIELLE BRENDA SILVA PORTELA; LUIZA SALLES FELIX CISLAGHI; ÍTALO IAN SILVA QUACCHIO

Introdução: A Estratégia Saúde da Família (ESF) constitui a principal estratégia para a expansão e consolidação da Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde (SUS). Fundamentada no trabalho multiprofissional e na territorialização, a ESF busca promover o cuidado integral, longitudinal e resolutivo, considerando as necessidades individuais, familiares e coletivas. Nesse contexto, atua como importante organizadora do cuidado e articuladora da rede de atenção, contribuindo para a ampliação do acesso, da equidade e da integralidade da assistência à saúde. **Objetivo:** Discutir a Estratégia Saúde da Família como pauta estruturante da atenção básica no SUS e sua contribuição para a organização do cuidado em saúde, com vistas à ampliação do seu acesso equitativo. **Metodologia:** Foi realizada uma revisão de literatura nas bases PubMed e SciELO, além da consulta a fontes institucionais. Ao todo, foram analisadas cinco publicações correspondentes aos descritores Estratégia Saúde da Família e Atenção Primária à Saúde no SUS, selecionadas de acordo com a relação com o tema e com o objetivo do estudo. **Resultados:** Os estudos mostram a importância da Estratégia Saúde da Família dentro do contexto territorial brasileiro, especialmente ao considerar a formação de equipes multiprofissionais diversas, com capacidade de compreender e atender a diferentes demandas, respeitando as características regionais, culturais e sociais de cada território. Contudo, mesmo com evidente êxito no contexto brasileiro, a ESF enfrenta importantes desafios para operar em sua plenitude, principalmente relacionados ao baixo investimento para esse setor, à alta rotatividade de profissionais e às diferenças na cobertura entre as regiões. **Conclusão:** Conclui-se que a Estratégia Saúde da Família se consolida como eixo estruturante da atenção básica no SUS, favorecendo a organização do cuidado e a ampliação do acesso equitativo aos serviços de saúde. Nesse sentido, reitera-se a relevância de sua manutenção e fortalecimento enquanto política estruturante do cuidado primário, pois sua efetivação plena ainda esbarra em entraves como o subfinanciamento e a rotatividade de profissionais. Isso reforça a necessidade de investimentos contínuos para garantir a continuidade dos avanços observados na atenção à saúde da população brasileira.

Palavras-chave: **ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE; ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA; SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

DOI: 10.51161/iv-conasus/89448

CARACTERÍSTICAS E DESAFIOS DA ENDODONTIA NO SUS: REVISÃO INTEGRATIVA

DANIELE MARÇO DE SOUSA ROCHA; LAISA ALENCAR VOGADO DE SOUSA; THAIS MAGESTE DUQUE

Introdução: O tratamento endodôntico integra a atenção odontológica especializada do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo ofertado principalmente nos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO). Apesar de sua importância para a preservação dentária, o acesso, a oferta, a produção e a continuidade do cuidado ainda representam desafios para a assistência pública. **Objetivo:** Analisar as evidências disponíveis na literatura sobre o tratamento endodôntico ofertado pelo SUS, identificando suas principais características e desafios. **Métodos:** Realizou-se uma revisão integrativa da literatura, com busca na base de dados PubMed, utilizando descritores relacionados à endodontia e aos serviços públicos de saúde no Brasil. Foram incluídos estudos que abordassem o tratamento ou a assistência endodôntica no SUS. Os dados foram organizados quanto às características dos estudos, população, serviços, procedimentos, acesso, continuidade do cuidado e desafios. **Resultados:** Foram analisados cinco estudos publicados entre 2016 e 2022. A Endodontia apresentou elevada frequência entre as especialidades odontológicas ofertadas nos serviços especializados, alcançando 68,4% em estudo nacional. Observou-se predominância de usuários do sexo feminino (69,7%), com média de idade de 39 anos e encaminhamento pela Atenção Primária em 96,2% dos casos. Entre os tratamentos avaliados, 64,2% foram realizados em sessão única e 74,1% utilizaram técnica mista. Também foram identificados períodos de espera para atendimento especializado, desigualdades regionais na oferta e produção dos serviços e fragilidades na continuidade do cuidado. **Conclusão:** A Endodontia apresenta papel relevante na atenção especializada do SUS, porém persistem desafios relacionados ao acesso, à distribuição regional, à produção e à integração entre os níveis de atenção, reforçando a necessidade de aprimorar o planejamento e monitoramento da assistência endodôntica.

Palavras-chave: **ENDODONTIA; SERVIÇO PÚBLICO DE SAÚDE BUCAL; BRASIL**

DOI: 10.51161/iv-conasus/89458

AVANÇOS E DESAFIOS DA SAÚDE MATERNO INFANTIL NO BRASIL.

MARIA ELIZABETE PEREIRA DA ROSA OLIVEIRA; MARIA DE FÁTIMA BRITO ALCÂNTARA; LUCIANE BATISTA GOMES BERBEL; CÍCERA VIRGINIA DOS SANTOS; ENOQUE PEREIRA DE OLIVEIRA NETO; ANA PAULA FONSECA DOS SANTOS

Introdução: A consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), impulsionada pela Constituição de 1988, representou um marco histórico para a saúde pública brasileira. A expansão do Programa Saúde da Família (PSF), o aumento da escolaridade feminina e a ampliação do saneamento básico permitiram reduzir a desnutrição e a mortalidade infantil antes dos prazos globais. Contudo, o país falhou em atingir as metas internacionais para a mortalidade materna. Embora o acesso a consultas pré-natais e a partos hospitalares esteja universalizado, a qualidade da assistência permanece falha. O setor lida com a excessiva medicalização do parto, cirurgias desnecessárias, formação profissional deficiente e mercantilização dos serviços. Para mitigar essas fragilidades e as desigualdades regionais, o Ministério da Saúde desenvolveu as Redes de Atenção à Saúde, destacando-se a implementação da Rede Cegonha. Objetivo: Analisar os avanços estruturais e os desafios persistentes na saúde materno-infantil brasileira sob a ótica do SUS, evidenciando o papel da Rede Cegonha no planejamento reprodutivo seguro e na promoção do parto humanizado. Metodologia: Trata-se de uma análise teórica e descritiva acerca das políticas públicas de saúde brasileiras. O estudo aborda o impacto logístico e a organização institucional do SUS, do PSF e das Redes de Atenção à Saúde direcionadas ao cenário materno-infantil.Resultados: Os resultados apontam que a universalização quantitativa do acesso hospitalar não se traduziu em qualidade assistencial, persistindo a hipermedicalização do parto. Como resposta a esses gargalos e às disparidades regionais, a Rede Cegonha atua na reestruturação e qualificação desse cuidado específico. Conclusão: O aperfeiçoamento contínuo da organização da Rede Cegonha é indispensável para superar as deficiências estruturais do setor. Essa consolidação é essencial para assegurar um cuidado integral e humanizado à mãe e ao bebê, desde a gestação até os primeiros dois anos de vida.

Palavras-chave: **SAÚDE MATERNA; MORTALIDADE; REDE CEGONHA**

DOI: 10.51161/iv-conasus/89460

O PODCAST COMO FERRAMENTA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE: DEMOCRATIZAÇÃO DO CONHECIMENTO E EMPODERAMENTO COMUNITÁRIO

MARIA GABRIELA RAMOS DA CRUZ; ALICIA VICTORYA BRANDÃO RODRIGUES; ANA CAROLINA MONTEIRO ALVES; CAMILA ARAÚJO DOS SANTOS; DÉBORA VITÓRIA RAMOS GUIMARÃES; NATHALIA DE SOUZA SILVA; CLAUDIA HOLANDA MOREIRA

Introdução: As práticas de educação em saúde buscam ampliar o acesso ao conhecimento e favorecer a autonomia da população na tomada de decisões relacionadas à saúde. Para isso, diferentes estratégias podem ser utilizadas, como palestras, campanhas e materiais educativos. Nesse contexto, o podcast destaca-se como uma ferramenta acessível, dinâmica e de fácil disseminação, capaz de contribuir para a compreensão sobre os serviços de saúde, incluindo a Rede de Atenção Especializada em Pediatria e sua importância para o cuidado integral à saúde infantil. **Objetivo**: Relatar a experiência dos estudantes de Fisioterapia na produção de um podcast como recurso de educação em saúde com foco nos usuários da rede de atenção especializada em pediatria. **Relato de caso/experiência:** Trata-se de um relato de experiência vivenciado em agosto de 2026, no componente curricular Educação em Saúde na Rede de Atenção II, do curso de Fisioterapia de uma instituição pública de ensino superior. A experiência surgiu a partir de uma discussão sobre a Rede de Atenção Especializada em Pediatria, que fundamentou a proposta de elaboração de um podcast como recurso de educação em saúde. Para sua construção, os estudantes definiram coletivamente os principais aspectos a serem abordados, contemplando os conhecimentos adquiridos, a importância da atenção especializada no cuidado à criança e possíveis estratégias para o aprimoramento dessa assistência. A partir dessa organização, as falas foram distribuídas entre os integrantes, gravadas individualmente e, posteriormente, reunidas e editadas, resultando na produção de um material educativo em formato de podcast. **Conclusão**: A construção do podcast provou ser uma tecnologia leve, educativa e de fácil elaboração, alinhada aos princípios fundamentais do Sistema Único de Saúde (SUS) no que tange à universalidade e à integralidade do acesso à informação. A vivência demonstrou que recursos digitais descentralizados e de baixo custo atuam como ferramentas potentes de educação em saúde, capazes de traduzir o conhecimento acadêmico em uma linguagem acessível. Assim, fortalece-se a autonomia da população, capacitando os indivíduos a se apropriarem dos seus direitos e participarem ativamente das decisões em saúde.

Palavras-chave: **PODCAST; EDUCAÇÃO EM SAÚDE; SAÚDE**

DOI: 10.51161/iv-conasus/89461

IMPLEMENTAÇÃO DE UMA ESTRATÉGIA DE TELEMEDICINA PARA APOIO A REGULAÇÃO DE URGÊNCIA HOSPITALAR E PRÉ-HOSPITALAR NO ESTADO DO RS: RELATO DE EXPERIÊNCIA

PATRÍCIA DE OLIVEIRA DIAS; TATIANE DA COSTA LIMA; SUELEN DA SILVA ARDUIN; VIVIANE DIAS REIS

Introdução: A telemedicina constitui estratégia de inovação no Sistema Único de Saúde (SUS), ao ampliar o acesso a serviços especializados, superar barreiras geográficas e qualificar a tomada de decisão clínica, com potencial para reduzir deslocamentos e otimizar fluxos assistenciais. No Rio Grande do Sul, o Departamento de Regulação Estadual da Secretaria Estadual da Saúde coordena o processo regulatório. Durante o inverno, observa-se incremento da demanda por transferências inter-hospitalares de pacientes pediátricos, associado à sazonalidade das doenças respiratórias, além de elevada demanda regulatória em especialidades como Cirurgia do Trauma, Neurologia, Cardiologia, Cirurgia Vascular e Psiquiatria. Nesse contexto, a Resolução nº 289/22 – CIB/RS instituiu o Programa Estadual de Telemedicina de Urgência Hospitalar e Pré-hospitalar, visando qualificar a assistência e os processos regulatórios. **Objetivo:** Relatar a experiência de implantação e expansão do programa de telelemedicina integrado ao processo regulatório estadual. **Metodologia:** Estudo descritivo, do tipo relato de experiência, acerca da implantação e evolução do serviço de telemedicina articulado ao processo regulatório estadual. A iniciativa foi implementada em 2022, durante o inverno, com atuação de médicos especialistas em Medicina Intensiva Pediátrica no suporte remoto às equipes de urgência e emergência de hospitais sem leitos de Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica, cujos pacientes estavam cadastrados no sistema oficial de regulação (GERINT). Entre 2024 e 2025, o escopo foi ampliado para Unidades de Terapia Intensiva Neonatal e enfermarias pediátricas. Atualmente, o serviço é disponibilizado diariamente nos meses de inverno, das 10h às 22h. Para outubro de 2026, está prevista a expansão para Cirurgia do Trauma, Neurologia, Cardiologia e Cirurgia Vascular, com posterior implantação de ações em Psiquiatria, prevista para 2027. **Resultados:** A experiência ampliou a disponibilidade de suporte especializado remoto e otimizou o manejo terapêutico nas unidades de origem. Observou-se fortalecimento da tomada de decisão clínica, maior articulação entre equipes assistenciais e regulação estadual e ampliação da capacidade de suporte técnico especializado em diferentes pontos da rede. **Conclusão:** Integrar a telemedicina ao processo regulatório configura estratégia inovadora para qualificação da assistência e da regulação em saúde, com potencial para ampliar o acesso oportuno ao suporte especializado, além de promover maior segurança, equidade e resolutividade no cuidado.

Palavras-chave: **TELEMEDICINA; URGÊNCIA; REGULAÇÃO DE LEITOS**

FLUXO ASSISTENCIAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA FRENTE A CASOS SUSPEITOS DE INFLUENZA: RELATO DE EXPERIÊNCIA EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE

KARLA VIDAL DE SOUSA

Introdução: A Atenção Primária à Saúde (APS) é a principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS) e, sendo assim, desempenha papel vital na prevenção de doenças e promoção de saúde para a comunidade. No contexto da disciplina obrigatória Introdução à Atenção Primária,96 do curso de graduação em medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), foi vivenciada uma experiência ímpar na formação acadêmica. A imersão em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) na cidade de Porto Alegre coincidiu com o aumento expressivo de casos de síndrome gripal e de síndrome respiratória aguda grave no município, com relevante circulação do vírus Influenza A (H1N1) em 2025. **Objetivo:** Relatar a experiência de observação do fluxo assistencial da UBS frente à demanda por casos suspeitos de Influenza. **Relato de Experiência:** A vivência foi absorvida a partir da função de observadora, com pontuais esclarecimentos de dúvidas e posterior discussão em sala de aula. Em primeiro momento, a aluna acompanhou a técnica de enfermagem na triagem dos usuários, onde se diferenciavam os casos prováveis de síndrome gripal e outras demandas. Posteriormente, os casos suspeitos eram encaminhados para realização de teste rápido para Influenza, desde que estivessem dentro da janela temporal preconizada para a coleta. Em seguida, os pacientes passavam pela avaliação médica e definia-se um plano de conduta individual baseada na sintomatologia do paciente. **Conclusão:** A experiência possibilitou compreender, na prática, a articulação entre triagem, diagnóstico e manejo clínico frente a um agravo respiratório de relevância epidemiológica. Evidenciou-se, ainda, o papel da equipe multiprofissional da APS na organização do fluxo assistencial, reforçando a atuação da UBS na identificação precoce e no manejo adequado de casos suspeitos durante um cenário de aumento sazonal de doenças respiratórias.

Palavras-chave: **ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE; INFLUENZA A(H1N1); TRIAGEM**

DOI: 10.51161/iv-conasus/89470

DIAGNÓSTICO SITUACIONAL E REORGANIZAÇÃO DO ACESSO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: RELATO DE EXPERIÊNCIA EM UMA RESIDÊNCIA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE

RENATA MICHELIM COLLAREDA DOS SANTOS; ROSANA MARIA PAIVA DOS ANJOS

Introdução: A Atenção Primária à Saúde (APS), como porta de entrada preferencial do Sistema Único de Saúde e coordenadora do cuidado, requer que a organização do acesso considere as características e necessidades da população adscrita. Nesse contexto, o diagnóstico situacional constitui ferramenta importante para orientar o planejamento e a organização do processo de trabalho. **Objetivo:** Relatar uma experiência na Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade sobre a utilização do diagnóstico situacional na reorganização do acesso aos atendimentos em uma unidade de Atenção Primária à Saúde. **Relato de Experiência:** Durante as atividades da Residência Médica em uma unidade da Estratégia Saúde da Família, foram identificados desafios relacionados à organização do acesso. As consultas programadas eram distribuídas por grupos, como hipertensão e diabetes, saúde da mulher, gestantes e puericultura, sem dimensionamento prévio das necessidades de atendimento da população adscrita, ocasionando períodos com horários ociosos e limitação do acesso para outras demandas. Também se observou que os retornos eram priorizados para usuários com exames alterados, fazendo com que necessidades de acompanhamento e esclarecimento de resultados retornassem por meio do atendimento não programado. O diagnóstico situacional, construído a partir de informações dos atendimentos, registros do Prontuário Eletrônico do Cidadão e conhecimentos da equipe sobre o território, possibilitou reconhecer características da população e relacioná-las à organização dos atendimentos. A partir dessa análise, a agenda foi reorganizada, com disponibilização de horários sem divisão prévia por programas e incorporação de retornos para avaliação dos exames solicitados, independentemente da presença de alterações. Após as mudanças, observou-se melhor preenchimento da agenda e menor procura repetida por atendimento para esclarecimento de resultados e dúvidas relacionadas ao acompanhamento. **Conclusão:** A experiência evidenciou o diagnóstico situacional como ferramenta para aproximar a organização do acesso das necessidades da população adscrita. Sua utilização subsidiou mudanças factíveis no processo de trabalho, favorecendo a utilização das vagas e a continuidade do cuidado e reforçando a importância do conhecimento do território para o planejamento das ações na APS.

Palavras-chave: **ACESSO AOS SERVIÇOES DE SAUDE; ATENÇÃO PRIMARIA A SAUDE; PLANEJAMENTO EM SAUDE**

DOI: 10.51161/iv-conasus/89471

DESAFIOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO TRATAMENTO E ADESÃO TERAPÊUTICA DE PACIENTES COM TUBERCULOSE NO BRASIL

PIETRA ALVES HAYEK; JOAO PAULO CAMPOS COUTINHO; KEILY BEZERRA DE QUEIROZ; JONATAS BRELAZ PEREIRA; JÚLIA BELCHIOR SCHMIDT; ANA CLARISSA DOS SANTOS COSTA; JULIANA COSTA FERREIRA NEVES

Introdução: A tuberculose é uma doença infectocontagiosa milenar que ainda representa um grave problema de saúde pública no Brasil. O Sistema Único de Saúde (SUS) oferece diagnóstico e tratamento gratuitos de forma integral. Contudo, apesar dos esforços contínuos e da eficácia farmacológica disponível, as vulnerabilidades sociais e as características prolongadas da terapia medicamentosa impõem barreiras significativas para o controle efetivo da patologia e a cura definitiva dos pacientes. **Objetivo:** Analisar os principais desafios enfrentados pelo Sistema Único de Saúde no tratamento e no acompanhamento clínico de pacientes diagnosticados com tuberculose, com foco nos fatores que contribuem diretamente para o abandono terapêutico. **Metodologia:** Trata-se de um estudo de revisão bibliografica, estruturada a partir de buscas em bases de dados científicas em saúde. Foram selecionados trabalhos recentes que abordassem as políticas públicas do SUS voltadas à tuberculose, as taxas de abandono do esquema terapêutico padrão e os determinantes sociais que impactam o prognóstico dos pacientes durante o acompanhamento ambulatorial nas unidades de atenção primária. **Resultados:** Os achados demonstram que, embora o SUS garanta o fornecimento ininterrupto dos fármacos antituberculose, a taxa de abandono do tratamento permanece um obstáculo. Os principais desafios identificados englobam a longa duração do regime terapêutico (mínimo de seis meses), o surgimento de reações adversas aos medicamentos, a dificuldade de acesso e adesão contínua às Unidades Básicas de Saúde e o forte estigma social associado à doença. Além disso, evidenciou-se que populações em situação de rua, indivíduos privados de liberdade e pessoas em extrema pobreza apresentam os piores desfechos clínicos. A sobrecarga das equipes de saúde da família também dificulta a execução plena do Tratamento Diretamente Observado (TDO), estratégia essencial preconizada para assegurar a ingestão correta dos medicamentos. **Conclusão:** Conclui-se que os desafios do SUS no tratamento da tuberculose ultrapassam a esfera puramente clínica e biomédica, estando intrinsecamente ligados a determinantes sociais e à necessidade estrutural da rede de atenção básica. É fundamental o desenvolvimento de estratégias intersetoriais de acolhimento e o fortalecimento do tratamento diretamente observado, visando reduzir as taxas de abandono do tratamento e interromper a cadeia de transmissão no país.

DOI: 10.51161/iv-conasus/89472

Palavras-chave: **ADESÃO À MEDICAÇÃO; SAÚDE PÚBLICA; TUBERCULOSE**

DOI: 10.51161/iv-conasus/89472

COLETA DE VESTÍGIOS EM VIOLÊNCIA SEXUAL FORA DO INSTITUTO MÉDICO-LEGAL, RELATO DE CASO E DESAFIOS DE INTEGRAÇÃO ENTRE O SUS E A PERÍCIA OFICIAL

DANILO AIRES ALVES

Introdução: a atenção às pessoas em situação de violência sexual pressupõe articulação entre a rede do Sistema Único de Saúde e a perícia oficial. A coleta de vestígios biológicos possui janela temporal restrita e sua perda é irreversível, comprometendo simultaneamente o cuidado e a produção da prova. Em municípios de pequeno porte, a ausência de serviços habilitados e de profissionais treinados para a coleta, somada à necessidade de transferência da vítima para outra localidade, agrava essa vulnerabilidade. **Objetivo:** relatar caso em que a coleta de vestígios foi viabilizada por perícia médico-legal externa realizada em ambiente hospitalar, discutindo as barreiras de acesso, de recursos humanos e de cadeia de custódia observadas. **Relato de caso:** mulher adulta, residente em município de pequeno porte do interior, foi encontrada inconsciente e desnuda no interior de sua residência, apresentando múltiplas lesões contusas em face e pescoço, com fratura de assoalho orbitário. Elementos circunstanciais levantaram a hipótese de violência sexual. A vítima foi transferida para hospital de referência regional situado em outro município, onde permaneceu internada por tempo indeterminado, sob cuidados de especialidade cirúrgica. O serviço receptor não dispunha de profissional habilitado para a coleta de vestígios nem de fluxo previamente pactuado com a perícia oficial, e o deslocamento até o instituto médico-legal mostrava-se inviável diante do quadro clínico. Optou-se, então, pela realização de perícia externa pelo médico-legista no próprio hospital, com coleta de material biológico, documentação fotográfica sigilosa das lesões e registro formal da cadeia de custódia. O exame evidenciou lesão genital recente compatível com conjunção carnal, associada a conjunto lesional indicativo de violência física intensa e incapacitante. **Conclusão:** o caso evidencia lacuna estrutural entre a rede de atenção e a perícia oficial no interior do país. A habilitação de serviços hospitalares para registro de informações e coleta de vestígios, já prevista em normativa federal, associada à educação permanente das equipes e à pactuação de fluxos entre saúde e segurança pública, mostra-se estratégia capaz de reduzir a revitimização, preservar a prova e ampliar o acesso à justiça, sobretudo em regiões de menor densidade assistencial.

Palavras-chave: **DELITOS SEXUAIS; MEDICINA LEGAL; SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

DOI: 10.51161/iv-conasus/89481

MUDANÇAS NO PERFIL DA MORTALIDADE FEMININA AO LONGO DO CICLO DE VIDA: ANÁLISE DAS TAXAS ESPECÍFICAS E DAS CAUSAS DE MORTE NA REGIÃO DE SAÚDE DO ALTO VALE DO ITAJAÍ (SC), 2020–2024

MARIANA SPEGIORIN; CAUÃ EDUARDO EIBEL; LUCAS PAULO TITO STALOCH; MARIA EDUARDA OLIVEIRA BASCHERA; TUANE TEIXEIRA DE SOUZA LONGEN

RESUMO

O envelhecimento populacional e a transição epidemiológica têm alterado as necessidades de atenção à saúde das mulheres, com maior participação das doenças crônicas não transmissíveis e permanência de eventos evitáveis em faixas etárias jovens. O objetivo do trabalho é analisar o perfil da mortalidade feminina segundo faixa etária e causas básicas de morte na Região de Saúde do Alto Vale do Itajaí em Santa Catarina, entre 2020 e 2024. A metodologia utilizada foi um estudo epidemiológico, ecológico, descritivo e quantitativo, realizado com dados agregados de 28 municípios. Foram utilizados registros do Sistema de Informações sobre Mortalidade e estimativas populacionais por idade. Os óbitos foram classificados por capítulos da Classificação Internacional de Doenças (CID) e agrupados em seis faixas etárias. Calcularam-se taxas específicas por 100.000 mulheres e a distribuição proporcional das causas. O resultado obtido foi que a população feminina regional aumentou de 149.240 para 161.143 mulheres, com crescimento mais expressivo entre 40 e 59 anos e, especialmente, entre 60 e 79 anos. As taxas de mortalidade cresceram conforme a idade, alcançando os maiores valores entre mulheres com 80 anos ou mais. Em 2021, houve elevação em diferentes grupos, seguida de redução parcial em 2022. Predominaram causas perinatais na faixa de 0 a 4 anos, causas externas entre adolescentes e mulheres jovens e neoplasias e doenças circulatórias entre adultas e idosas. Conclui-se que os achados indicam a necessidade de políticas orientadas ao ciclo de vida, com prevenção de eventos evitáveis, cuidado oncológico, controle de condições cardiovasculares e organização da rede para o envelhecimento da população feminina. A vigilância regional pode apoiar a definição de prioridades e a continuidade do cuidado.

Palavras-chave: Envelhecimento populacional; doenças crônicas não transmissíveis; planejamento regional

1 INTRODUÇÃO

O perfil das causas de morte no Brasil tem se modificado nas últimas décadas em decorrência das transições epidemiológica e demográfica. O envelhecimento populacional, associado à redução das mortes por doenças infecciosas e ao predomínio crescente das doenças crônicas não transmissíveis e das causas externas, tem redefinido as necessidades de saúde e os desafios para as políticas públicas (Vasconcelos; Gomes, 2012). Segundo projeções

DOI: 10.51161/iv-conasus/89488

do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), até 2050 o país apresentará uma população proporcionalmente mais envelhecida, processo mais acentuado entre as mulheres devido à maior expectativa de vida (Chaimowicz, 2022).

Nesse contexto, compreender o perfil da mortalidade feminina torna-se fundamental para acompanhar as transformações do perfil epidemiológico e identificar necessidades específicas de atenção ao longo do ciclo de vida. A distribuição das causas de morte segundo faixa etária permite reconhecer diferentes padrões de adoecimento e subsidiar o planejamento de ações e políticas públicas voltadas à saúde da mulher (Ministério da Saúde, 2021).

Além disso, Malta (2023) destaca que o monitoramento da mortalidade em áreas menores, como estados, regiões de saúde e municípios, produz informações essenciais para o planejamento em saúde pública. Entretanto, a ocorrência de pequeno número de óbitos em municípios de menor porte pode gerar instabilidade nas estimativas, justificando análises agregadas que permitam caracterizar de forma mais consistente o perfil regional de mortalidade.

Diante desse cenário, torna-se relevante compreender como se distribuem as causas de morte entre mulheres nas diferentes etapas do ciclo de vida em contextos regionais ainda pouco explorados pela literatura. Assim, este estudo teve como objetivo analisar o perfil da mortalidade feminina segundo faixa etária e causas básicas de morte na Região de Saúde do Alto Vale do Itajaí (SC), no período de 2020 a 2024.

2 MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo epidemiológico, ecológico, descritivo, de abordagem quantitativa, realizado na Região de Saúde do Alto Vale do Itajaí (SC), composta por 28 municípios. A análise foi conduzida de forma agregada para a região, visando maior estabilidade das estimativas de mortalidade.

Foram analisados os óbitos femininos ocorridos entre 2020 e 2024, obtidos no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM/DATASUS). As estimativas da população feminina por idade foram obtidas no Estudo de Estimativas Populacionais por Município, Idade e Sexo (DATASUS).

Os óbitos foram classificados segundo os capítulos da Classificação Internacional de Doenças – 10ª Revisão (CID-10) e agrupados nas faixas etárias de 0–4, 5–19, 20–39, 40–59, 60–79 e 80 anos ou mais, definidas para aumentar a estabilidade das estimativas e permitir a análise da mortalidade ao longo do ciclo de vida feminino.

Foram calculadas as taxas específicas de mortalidade por 100.000 mulheres e a distribuição proporcional das causas de morte por faixa etária. Os dados foram organizados no Microsoft Excel® e analisados por estatística descritiva, sendo apresentados em tabelas e figuras.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A população feminina residente na Região de Saúde do Alto Vale do Itajaí apresentou crescimento gradual entre 2020 e 2024, passando de 149.240 para 161.143 mulheres. Esse incremento ocorreu de forma heterogênea entre as faixas etárias, com aumento mais expressivo entre mulheres de 40 a 59 anos e, principalmente, de 60 a 79 anos, enquanto as faixas etárias mais jovens apresentaram menor variação ao longo do período, com discreta redução da população de 0 a 4 anos (Figura 1).

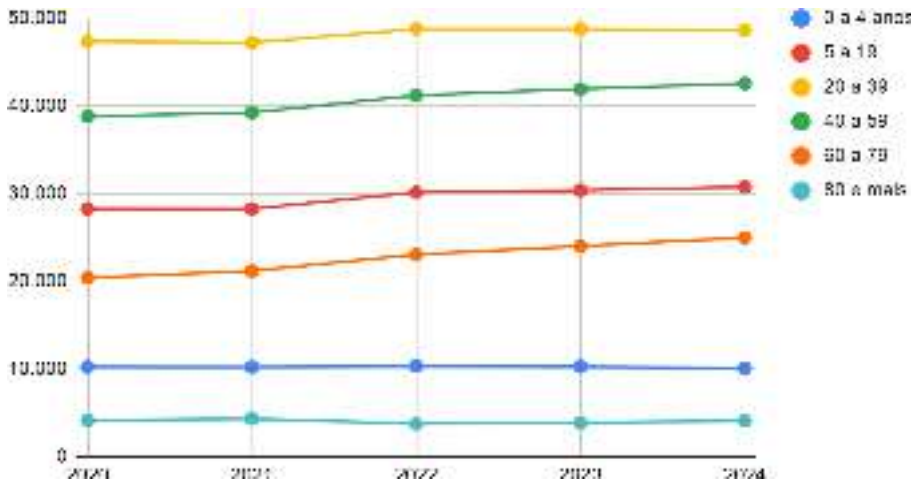
Esse comportamento demográfico evidencia o processo de envelhecimento populacional observado em diversas regiões brasileiras e acompanha a transição demográfica caracterizada pela redução da fecundidade, aumento da expectativa de vida e maior proporção

DOI: 10.51161/iv-conasus/89488

de adultos e idosos na população. Tais mudanças repercutem diretamente sobre o perfil epidemiológico regional, uma vez que ampliam a participação das doenças crônicas não transmissíveis entre as principais causas de adoecimento e morte. Esse contexto demográfico constitui um importante elemento para compreender o comportamento das taxas de mortalidade observadas na população feminina da região.

Inicialmente analisou-se a evolução da população feminina residente na região segundo as faixas etárias, considerando que alterações na estrutura etária influenciam diretamente a interpretação das taxas de mortalidade.

Figura 1 – Evolução da população feminina da Região de Saúde do Alto Vale do Itajaí, segundo faixa etária, 2020–2024.



Fonte: Elaboração própria a partir do Estudo de Estimativas Populacionais por Município, Idade e Sexo (DATASUS), 2020–2024.

As taxas específicas de mortalidade feminina aumentaram progressivamente com o avanço da idade em todos os anos avaliados (Quadro 1), evidenciando maior risco de morte entre mulheres idosas. Em todo o período analisado, os menores coeficientes foram observados entre mulheres de 5 a 19 anos, enquanto as maiores taxas concentraram-se na população com 80 anos ou mais.

Observou-se aumento das taxas em diferentes faixas etárias durante 2021, período coincidente com a fase mais crítica da pandemia de COVID-19 no Brasil. Esse comportamento foi mais evidente entre mulheres de 20 a 39 anos e entre as idosas de 60 a 79 anos e de 80 anos ou mais. Em 2022 verificou-se redução das taxas em parte das faixas etárias, embora os coeficientes tenham permanecido elevados entre as mulheres idosas.

Quadro 1 - Taxa de mortalidade feminina por 100.000 habitantes no período de 2020 a 2024

Faixa etária	2020	2021	2022	2023	2024
0–4	156	205	242	127	238
5–19	32	32	20	36	36
20–39	72	119	76	84	84
40–59	389	507	311	350	359
60–79	1.696	2.238	1.765	1.649	1.677
≥80	8.536	9.545	10.733	9.300	10.472

Fonte: Elaboração própria a partir de dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM/DATASUS) e do Estudo de Estimativas Populacionais por Município, Idade e Sexo (DATASUS), 2020–2024.

Na faixa etária de 0 a 4 anos, observou-se comportamento distinto das demais, com aumento das taxas entre 2020 e 2022, redução em 2023 e novo incremento em 2024. Considerando o reduzido número absoluto de óbitos nessa faixa etária, essas oscilações devem ser interpretadas com cautela, uma vez que pequenas variações no número de eventos produzem impacto expressivo sobre os coeficientes de mortalidade.

Embora as taxas demonstrem importante influência da idade sobre a mortalidade feminina, a compreensão desse comportamento requer a análise da distribuição das causas básicas de morte em cada faixa etária. Nesse contexto, observou-se importante variação do perfil epidemiológico entre os grupos etários, evidenciando a transição das causas de morte ao longo do ciclo de vida feminino e refletindo diferentes necessidades de saúde em cada etapa do envelhecimento.

Esses achados sugerem que, embora a pandemia tenha influenciado o comportamento das taxas em diferentes grupos etários, o aumento da mortalidade com o envelhecimento manteve-se como principal característica do perfil epidemiológico regional.

DOI: 10.51161/iv-conasus/89488

Quadro 2 – Principais causas de mortalidade feminina segundo faixa etária predominante e ano de ocorrência, Região de Saúde do Alto Vale do Itajaí, 2020–2024.

Faixa etária	2020	2021	2022	2023	2024
0–4 anos	Perinatais (68,8%)	Perinatais (57,1%)	Perinatais (40,0%)	Malformaçõe s (46,2%)	Perinatais (37,5%)
5–19 anos	Causas externas (55,6%)	Causas externas (77,8%)	Neoplasias/In fecções (33,3%)	Causas externas (54,5%)	Circulatórias (27,3%)
20–39 anos	Neoplasias (23,5%)	Causas externas (28,6%)	Neoplasias (37,8%)	Causas externas (39,0%)	Neoplasias (31,7%)
40–59 anos	Neoplasias (31,1%)	Neoplasias (32,2%)	Infecções (30,5%)	Neoplasias (32,0%)	Neoplasias (38,6%%)
60–79 anos	Circulatórias (29,8%)	Infecções (27,2%)	Neoplasias (27,5%)	Neoplasias (31,3%)	Circulatório (27,9%)
≥80 anos	Circulatórias (36,4%%)	Circulatórias (40,4%)	Circulatórias (36,2%)	Circulatórias (36,7%)	Circulatórias (40,4%)

Fonte: Elaboração própria a partir de dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM/DATASUS), 2020–2024.

O Quadro 2 evidencia que o perfil das causas de morte variou de forma consistente conforme a faixa etária ao longo de todo o período analisado. Entre crianças de 0 a 4 anos, predominaram as afecções originadas no período perinatal e as malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas, refletindo o perfil esperado para essa etapa da vida. Na faixa de 5 a 19 anos, as causas externas de morbidade e mortalidade representaram a principal causa de óbito, enquanto entre mulheres de 20 a 39 anos observou-se maior participação das neoplasias e das causas externas, evidenciando a coexistência de doenças crônicas e causas evitáveis em idades produtivas. Esse padrão é compatível com os achados de Albert et al. (2023), que identificaram a persistência das causas externas e das neoplasias entre as principais causas de morte de mulheres em idade fértil no Brasil, reforçando a necessidade de estratégias preventivas voltadas a esse grupo etário.

Paralelamente, observa-se a crescente importância das neoplasias, comportamento também identificado por Rache et al (2024) em seu estudo, que menciona que o aumento da longevidade tem modificado o perfil da mortalidade nas Américas, evidenciando a coexistência e, em alguns grupos populacionais, a transição entre a mortalidade por doenças cardiovasculares e por câncer, comportamento semelhante ao observado na população feminina do Alto Vale do Itajaí. Nas mulheres entre 40 e 79 anos, esses dois grupos concentraram a maior parte dos óbitos em praticamente todos os anos analisados, enquanto entre aquelas com 80 anos ou mais destacaram-se as doenças do aparelho circulatório, acompanhadas pelo aumento da participação das doenças do aparelho respiratório, demonstrando o impacto das doenças crônicas não transmissíveis no envelhecimento feminino.

Esses achados corroboram o processo de envelhecimento populacional observado em Santa Catarina, reconhecido pelo Plano Estadual de Saúde 2024–2027 como um dos principais

desafios para a organização das Redes de Atenção à Saúde. Nesse contexto, o envelhecimento repercute diretamente na mudança do perfil de mortalidade, caracterizada pela predominância das doenças crônicas não transmissíveis, especialmente das doenças cardiovasculares e das neoplasias, nas faixas etárias mais avançadas. Entre essas causas, destacam-se as doenças cardiovasculares, apontadas por Almeida et al. (2023) como a principal causa de morte entre mulheres brasileiras, ressaltando a necessidade de estratégias específicas de prevenção, diagnóstico precoce e acompanhamento contínuo ao longo do envelhecimento.

No Alto Vale do Itajaí, esse padrão acompanha o envelhecimento da população feminina e evidencia a necessidade de fortalecer ações de promoção da saúde, prevenção, diagnóstico precoce e manejo das condições crônicas, sem desconsiderar a permanência das causas externas como importante causa de morte entre adolescentes e mulheres jovens. Esses resultados reforçam os princípios da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), que preconiza o cuidado integral em todas as etapas do ciclo de vida feminino, superando o enfoque exclusivamente reprodutivo e contemplando a prevenção das doenças crônicas, o envelhecimento saudável e a promoção da saúde (Brasil, 2011).

4 CONCLUSÃO

A mortalidade feminina na Região de Saúde do Alto Vale do Itajaí apresentou importante variação conforme a faixa etária, evidenciando a influência do envelhecimento populacional sobre o perfil epidemiológico da região. Observou-se a predominância das causas perinatais na infância, das causas externas entre adolescentes e mulheres jovens e das doenças crônicas não transmissíveis, especialmente neoplasias e doenças do aparelho circulatório, nas faixas etárias mais avançadas. Esses achados reforçam a necessidade de fortalecimento de políticas públicas orientadas ao ciclo de vida feminino, com ênfase na promoção da saúde, prevenção, diagnóstico precoce e organização das Redes de Atenção à Saúde frente ao processo de envelhecimento populacional. Além de contribuir para o conhecimento sobre a mortalidade feminina em uma região ainda pouco explorada pela literatura, o estudo fornece subsídios para o planejamento regional e para a formulação de estratégias voltadas à redução das desigualdades em saúde.

Ao utilizar dados agregados da Região de Saúde, o estudo evidencia a importância das análises regionalizadas como ferramenta para subsidiar o planejamento e a gestão do Sistema Único de Saúde em territórios com características demográficas e epidemiológicas próprias.

REFERÊNCIAS:

ALBERT, S. B. Z.; MARTINELLI, K. G.; ZANDONADE, E.; THEODORO DO SANTOS NETO, E. Mortalidade de mulheres em idade fértil no Brasil de 2006 a 2019: causas e tendências. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v. 40, p. 1–16, 27 jan. 2023.

ALMEIDA, M. C. C. *et al*. Doenças cardiovasculares em mulheres: uma revisão narrativa. **Research, Society and Development**, v. 12, n. 6, e3312642117, 2023. DOI: https://doi.org/10.33448/rsd-v12i6.42117.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes.** 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

CHAIMOWICZ, F. **Saúde do idoso.** 3. ed. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, 2022.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Projeção da população do Brasil e das Unidades da Federação.** Rio de Janeiro: IBGE, 2024. Disponível em: https://www.ibge.gov.br. Acesso em: 27 ago. 2026.

MALTA, D. C.; TEIXEIRA, R.; OLIVEIRA, G. L. *et al.* Mortalidade prematura por doenças crônicas não transmissíveis nas macrorregiões brasileiras, 2010–2019. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 26, supl. 1, 2023.

RACHE, B. *et al.* Transition towards cancer mortality predominance over cardiovascular disease mortality in Brazil, 2000–2019: a population-based study. **The Lancet Regional Health – Americas**, v. 39, art. 100904, 2024. DOI: 10.1016/j.lana.2024.100904.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. **Plano Estadual de Saúde 2024–2027.** Florianópolis: SES-SC, 2024.

VASCONCELOS, A. M. N.; GOMES, M. M. F. **Transição demográfica: a experiência brasileira.** Epidemiologia e Serviços de Saúde, Brasília, v. 21, n. 4, p. 539-548, 2012.

GAMIFICAÇÃO COMO ESTRATÉGIA DE ADESÃO À FARMACOTERAPIA AO PACIENTE COM DIABETES MELLITUS E HIPERTENSÃO ARTERIAL: DESENVOLVIMENTO DO JOGO "MEMORIZANDO O AUTOCUIDADO"

ANA BEATRIZ SOARES DANTAS CASTRO [1]; FRANCIELE MAIARA DE ARAÚJO CASTRO [2]

RESUMO

O Diabetes Mellitus (DM) e a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) são doenças crônicas não transmissíveis de elevada prevalência e que necessitam acompanhamento contínuo, especialmente em relação à adesão à farmacoterapia e à adoção de práticas de autocuidado. Porém, dificuldades na adesão terapêutica, torna-se uma barreira nos resultados em saúde, tornando necessária a utilização de estratégias educativas capazes de desenvolver o conhecimento, o engajamento e a autonomia dos usuários. Nessa perspectiva, a *gamificação* apresenta-se como uma ferramenta potencial para estimular a aprendizagem e promover mudanças comportamentais relacionadas à saúde. O presente estudo teve como objetivo descrever o processo de desenvolvimento de um jogo da memória baseado em estratégias de *gamificação* e em informações relacionadas à farmacoterapia de pacientes com DM e HAS, a fim de contribuir para a adesão ao tratamento e para o autocuidado. Trata-se de um estudo descritivo acerca do desenvolvimento do jogo virtual "Memorizando o Autocuidado", elaborado a partir de elementos do *design thinking*, considerando a definição do público-alvo, a identificação da problemática, a proposta de intervenção e a criação do protótipo. O *game* foi desenvolvido na plataforma *Wordwall* e estruturado com 26 cartas, correspondentes a 13 pares ilustrativos, contendo orientações relacionadas ao uso, horários e armazenamento dos medicamentos, além de informações sobre controle glicêmico, controle da pressão arterial e hábitos saudáveis. Foram incluídos componentes de motivação intrínseca e extrínseca, como desafios, cores, sons e contabilização de acertos, com o propósito de favorecer o engajamento do usuário durante o jogo. Como resultado, obteve-se uma ferramenta virtual de educação em saúde que pode ser utilizada pelo paciente com orientação do farmacêutico e acompanhamento do cuidador. O jogo apresenta potencial para favorecer o conhecimento sobre a farmacoterapia, estimular o autocuidado e incentivar comportamentos relacionados à adesão ao tratamento. Conclui-se que o "Memorizando o Autocuidado" constitui uma proposta gamificada aplicável à educação em saúde e ao cuidado farmacêutico, podendo contribuir para o fortalecimento da autonomia dos pacientes com DM e HAS. Estudos posteriores poderão avaliar sua aplicação e seus efeitos sobre o conhecimento e a adesão à farmacoterapia.

Palavras-chave: Gamificação; Diabetes Mellitus; Hipertensão Arterial.

1 INTRODUÇÃO

O Diabetes *Mellitus* (DM) e a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) são doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) que muitas vezes coexistem em o mesmo indivíduo,

DOI: 10.51161/iv-conasus/89494

especialmente quando idoso, na quais afetam a população brasileira cerca de 6,9% e 27,9%, respectivamente (Brasil, 2026; Vigitel, 2023).

O DM consiste em um distúrbio metabólico causado pela produção insuficiente ou má absorção do hormônio responsável pela regulação da glicose, a insulina. Por outro lado, a HAS, é uma condição clínica multifatorial cujo o acometido apresenta níveis elevados e sustentados de pressão arterial, em geral associada às alterações funcionais ou estruturais de órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a modificações metabólicas, com maior risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais (Brasil, 2025).

A adesão do paciente a farmacoterapia é um dos fatores que influenciam diretamente nos resultados terapêuticos, sendo necessária para o manejo adequado de condições crônicas como hipertensão e diabetes, incluindo a prevenção de complicações (Jang *et al*., 2021). No entanto, determinadas desordens de saúde, os seus tratamentos e os próprios usuários podem constituir barreiras específicas para a adesão, como o gênero, idade, comorbidades, fatores familiares, baixa renda e baixa autoestima, a ausência de sintomas, inexistência de cuidados de saúde, a forma farmacêutica, da via de administração, frequência posológica e polifarmácia (Tavares *et* al., 2016, Parra, Guevera, Rojas, 2019; Peres *et al*., 2020).

Ademais, não ser capaz de ler informações escritas sobre como lidar com a doença, e não receber informações sobre os benefícios dos medicamentos solicitados pelos provedores de saúde são fatores bastante frequentes que contribuem para a não adesão do paciente no tratamento tanto do diabetes como da hipertensão (Peres *et al.,* 2020).

Como alternativa resolutiva para melhorar a adesão à farmacoterapia, vem à tona a *gamificação* como estímulo à aprendizagem, bem como mudanças comportamentais relacionadas à saúde, favorecendo a inclusão sócio digital e a evolução cognitiva, uma vez que promove a assimilação de novos conteúdos e informações. Ademais, há vantagens relacionadas ao crescimento da autoestima e elevação do consentimento, como também a aceitação dos pacientes frente às intervenções em saúde, promovendo autonomia do indivíduo em sua terapia e melhorias na adesão ao tratamento (Valderrama, 2015; Sardi, Idri, Fernández-Alemán, 2017).

Percebe-se que o lúdico, bem como as metodologias de ensino mais dinâmicas como a *gamificação* contribuem para a boa aprendizagem e evolução sociocognitivas (Weller, 2011). Logo, se torna relevante a aplicação da *gamificação* como uma estratégia para adesão ao tratamento, bem como a obtenção de bons resultados em saúde, voltado para pacientes acometidos por diabetes *mellitus* e hipertensão.

Nessa perspectiva, o presente estudo possui como objetivo descrever o processo de elaboração de um jogo da memória embasado em estratégias de *gamificação* e em informações referentes à farmacoterapia do público-alvo selecionado, visando aos benefícios de sua aplicação como uma ferramenta para adesão ao tratamento de pacientes com diabetes *melittus* e hipertensão arterial.

2 MATERIAL E MÉTODOS

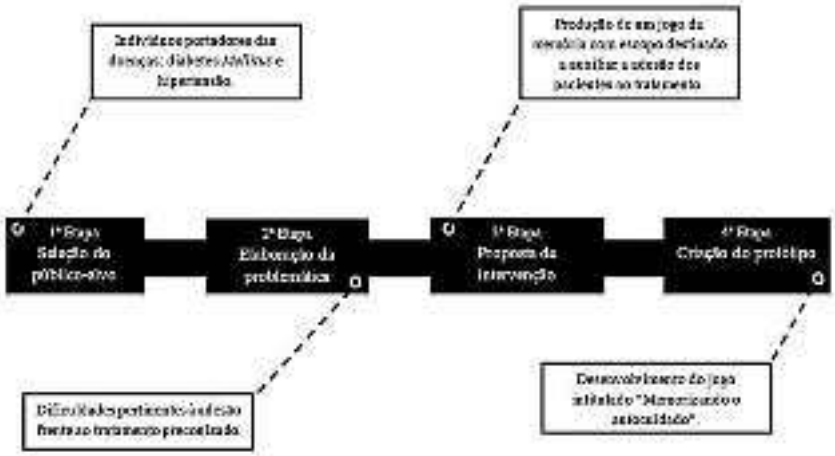
2.1 Desenho de estudo

Trata-se de um estudo descritivo acerca do desenvolvimento do jogo da memória intitulado “Memorizando o Autocuidado”. Sua idealização foi impulsionada pelo Cuidado Farmacêutico, buscando a aplicação da *gamificação* como uma ferramenta para o auxílio da adesão ao tratamento de pacientes que possuem diabetes *mellitus* e hipertensão.

2.2 Estratégia aplicada

O *design thinking* promove o desenvolvimento de novas ideias para a solução dos problemas apresentados. Desse modo, são realizadas etapas através de um modelo de

pensamento centrado nas necessidades de uma população (Brown, 2017). Portanto, para a idealização do game denominado “Memorizando o autocuidado” foi levado em consideração alguns conceitos do design *thinking* como definição do público alvo, elaboração da problemática, proposta de intervenção e criação do protótipo. (Fluxograma 1).



Fluxograma 1. Etapas de planejamento e elaboração do design *Thinking*.

2.3 Desenvolvimento do jogo

O site selecionado para o desenvolvimento do jogo “Memorizando o autocuidado” foi o *Wordwall*, no qual forneceu elementos como cores e sons para o *game*. Ademais, o site de escolha proporcionou a escrita de orientações nos pares de cartas. Permitindo assim, uma maior promoção de conhecimentos relacionados a terapia do público-alvo. Por conseguinte, foram aplicados métodos motivacionais no presente estudo, a fim de promover o envolvimento dos usuários quanto a adoção de comportamentos assertivos associados à farmacoterapia antidiabética e anti-hipertensiva.

Nessa perspectiva, a estratégia de motivação intrínseca foi aplicada com a finalidade de estimular os pacientes a cumprirem os desafios claros e objetivos propostos no jogo, por meio de ações (Nascimento; Albuquerque, 2015). Diante disso, os desafios presentes no jogo da memória foram representados pelos pares ilustrativos, nos quais indicam as atitudes que os usuários devem assumir, tais como: armazenamento correto, horário e forma de uso dos medicamentos.

A motivação mais extrínseca se refere ao envolvimento em uma atividade para receber recompensas ou evitar punições. Dessa maneira, busca-se ampliar a satisfação na realização de uma atividade; reforçar o sentimento de autonomia; engajar-se em atividades de baixo valor interesse; aumentar o foco na atividade diminuindo o tempo de execução; e participar de atividades de importância desconhecida (Cechetti *et* al., 2019; Mitchell, Schuster, 2020).

Assim, o jogo “Memorizando o autocuidado” possui alguns motivadores extrínsecos como, por exemplo, a presença de sons agradáveis ao acertar um par de cartas; cores bem vivas; quantidades de cartas assertivas, que por sua vez ajudam a estimular o paciente a se sentir motivado para continuar jogando e consequentemente desenvolver um maior foco para acertar mais cartas e chegar ao seu objetivo final que é aprender cada vez mais sobre a sua farmacoterapia jogando.

DOI: 10.51161/iv-conasus/89494

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após a condução do estudo de acordo com a metodologia descrita, obteve-se como produto um jogo da memória intitulado "memorizando o autocuidado", no qual objetiva-se a busca de pares ilustrativos (Figura 1). O jogo obtido apresenta-se de forma virtual e deve ser jogado por apenas um jogador, o paciente, porém este deve ser orientado pelo farmacêutico e pode ser acompanhado pelo seu cuidador durante o jogo da memória.

Figura 1. Capa do jogo memorizando o autocuidado
Fonte: Elaborado pelos autores (2026).

Nesse sentido, o "Memorizando o Autocuidado" apresenta elementos que promovem mudanças comportamentais a serem adotadas pelos pacientes durante o tratamento de diabetes *mellitus* e hipertensão arterial. Assim, o jogo aborda o modo de uso dos medicamentos, incluindo seus horários e formas de armazenamento. Ademais, medidas referentes ao controle glicêmico, bem como o da pressão arterial e hábitos saudáveis foram destacadas em prol de um rendimento positivo em saúde.

Portanto, o memorizando o autocuidado foi formulado com o total de 26 cartas, totalizando 13 pares ilustrativos, como pode ser observado na figura 2. Vale salientar que cada par de carta apresenta uma orientação referente as atitudes que o jogador deve assumir em seu tratamento.

Figura 2. Pares de cartas
Fonte: Elaborado pelos autores (2026).

Além disso, os erros são expressos com o símbolo "X" em vermelho, no qual pode ser observado na figura 3. Desse modo, o paciente irá identificar que os pares não são correspondentes. Por outro lado, as assertivas são expressas pelo símbolo "V" em verde, sendo elas contabilizadas na parte superior direita da tela do game, conforme a figura 4.

DOI: 10.51161/iv-conasus/89494

Figura 3: Identificação de pares não correspondentes
Fonte: Elaborado pelos autores (2026).

Figura 4: Identificação de pares correspondentes
Fonte: Elaborado pelos autores (2026).

Na atualidade, a *gamificação* é uma área da tecnologia que está em ascensão, abrangendo grande parte da população global. Contudo, ainda é observada uma pequena disponibilidade desse sistema associado a saúde em lojas virtuais, logo se torna relevante a aplicação dessa ferramenta como provedor de autocuidado (Alves *et al.,* 2021).

Considerando a relevância da *gamificação* para a saúde, a ferramenta tecnológica obtida no presente estudo apresenta-se como um mediador de educação em saúde para pacientes que possuem diabetes *mellitus* e hipertensão arterial sistêmica, relacionando o autocuidado e o controle das comorbidades. Dessa forma, o memorizando o autocuidado foi desenvolvido de acordo com as características do público alvo, visto que foi observado que aplicativos virtuais que apresentaram acessibilidade atingiram um maior público, alcançando indivíduos de classes sociais e de níveis escolares distintos (Joshi *et al.* 2017).

Ademais, estudos indicam que à utilização de aplicativos acessíveis foram bem aceitas por todas as idades. Salienta-se que o público idoso demonstrou estar adepto a *gamificação* em seu dia-dia. Dessa forma, os idosos que realizaram o uso de ferramentas tecnológicas para o tratamento medicamentoso obtiveram uma maior adesão farmacoterapeutica (Joshi *et al.* 2017; Mertenz *et al.* 2016). Outrossim, ao relacionar a *gamificação* e o diabetes *mellitus* (DM), os achados apontam que a gamificação tem potencial de beneficiar os pacientes acometidos por DM, tendo em vista que o uso de aplicativos em saúde despertou o protagonismo dos usuários em suas terapias, nos quais adotaram práticas saudáveis, como a prática de atividades físicas, uso correto dos medicamentos e uma alimentação saudável, contribuindo para o controle glicêmico (Batch *et al.* 2021; Dugas *et* al. 2018).

Em relação aos pacientes com baixa adesão a farmacoterapia, estes quando submetidos a utilização da gamificação, também obtiveram desfechos clínicos positivos. Ao término do jogo, o público apresentou alta adesão a medicação, bem como mudanças na qualidade de vida,

promovendo uma diminuição nos níveis de glicemia, impactando positivamente no tratamento do diabetes *mellitus* e outras comorbidades (Joshi *et al.* 2017). Por analogia, os benefícios da aplicação do memorizando o autocuidado podem estar atrelados ao aumento da adesão farmacoterapêutica através de mudanças comportamentais, visto que o jogo desenvolvido possui elementos que incentivam os usuários a realizarem ações que contribuem para a otimização dos resultados terapêuticos. Nesse sentido, a *gamificação* torna-se uma alternativa atrativa para a educação em saúde. A aplicação de jogos promove o engajamento dos seus usuários, gerando vantagens sócio cognitivas, educacionais, afetivas e culturais. Ademais, a motivação promovida por essa ferramenta torna-se fundamental para a tomada de decisões positivas (Fernandez; Ribeiro, 2018).

Como intermediador do jogo desenvolvido neste estudo, destaca-se o farmacêutico, no qual deve orientar os pacientes no manejo do memorizando o autocuidado. Além disso, a aplicação de estratégias de comunicação e orientação tornam-se relevantes para que os pacientes compreendam a farmacoterapia e alcancem seus objetivos terapêuticos (Tavares *et al*. 2016). Para tanto, os profissionais devem compreender as necessidades dos pacientes, assumindo uma postura de provedores de saúde através de orientações para que os usuários da *gamificação* adotem comportamentos saudáveis através do autocuidado (Alves *et al.* 2021).

Em conformidade com a relevância da *gamificação* para a saúde, o memorizando o autocuidado busca ser aplicado como uma ferramenta que contribui para o controle das comorbidades do público-alvo, através de cores, sons e orientações que incentivem os usuários na adesão ao tratamento, promovendo educação em saúde. Contudo, foram identificadas limitações quanto aos elementos sonoros atribuídos no jogo, visto que o site utilizado não disponibilizava a gravação de voz para que as orientações também fossem repassadas de forma sonora, além disso fatores socioeconômicos a exemplo acesso e autonomia do uso de internet pode provocar limitações para o paciente. Porém, acredita-se que a próxima versão do jogo apresente orientações sonoras a fim de atingir um maior número de usuários.

No que se diz respeito a sua introdução, a farmácia básica é um ambiente de saúde ideal para a aplicação do jogo memorizando o autocuidado, visto que o farmacêutico está em contato direto com a comunidade. Nesse sentido, a relação do farmacêutico e paciente torna-se primordial para a promoção do jogo, com a intenção de promover o autocuidado dos pacientes, controlando suas comorbidades através da adesão a farmacoterapia, prevenindo agravos em saúde.

4 CONCLUSÃO

O pressente estudo apresentou uma proposta de *game* como ferramenta para a adesão ao tratamento de pacientes diagnosticado com diabetes *melittus* e hipertensão arterial, com o intuito de promover educação em saúde e melhorias na farmacoterapia e qualidade de vida dos pacientes. Assim, pretende-se levar o jogo para a população, com o intuito de identificar o nível de conhecimento dos recrutados, comparar antes e após a aplicação do game e incentivar o seu uso.

REFERÊNCIAS

ALVES, L. et al. Desenvolvimento e validação de uma tecnologia MHEALTH para a promoção do autocuidado de adolescentes com diabetes. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 5, p. 1691-1700, 2021.

BATCH, C. et al. General Behavioral Engagement and Changes in Clinical and Cognitive Outcomes of Patients with Type 2 Diabetes Using the Time2Focus Mobile App for Diabetes Education: Pilot Evaluation, **Journal of Medical Internet Research**, v.23, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (CONITEC). *PCDT resumido da hipertensão arterial sistêmica*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2025.
BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. **Vigitel Brasil 2023**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2023. Brasília: Ministério da Saúde, 2023.
BROWN, T. **Design thinking: uma metodologia poderosa para decretar o fim das velhas ideias**. 1 edição. Rio de Janeiro, 2017.
CECHETTI, Nathália Pinto et al. Developing and implementing a gamification method to improve user engagement: A case study with an m-Health application for hypertension monitoring. **Telematics and Informatics**, v. 41, p. 126-138, 2019.
DUGAS, M. et al. Individual differences in regulatory mode moderate the effectiveness of a pilot mHealth trial for diabetes management among older veterans. Plos One, v.13, 2018.
FERNANDES, C. W. R.; RIBEIRO, E. L. P. Games, gamificação e o cenário educacional brasileiro. CIET:EnPED, 2018.
JANG, Sunmee et al. Assessment of a medication management program targeting hypertension and diabetes patients: Impact on medication adherence. **Research in Social and Administrative Pharmacy**, v. 17, n. 2, p. 419-427, 2021.
JOSHI et al. Improving adherence and outcomes in diabetic patients. Patient Prefer Adherence, v.11, p. 271-275, 2017.
MERTENS, A. et al. DIAMANTIDIS, C. J.; ALBRECHT, U.; HORN, P.; BECKER, S. A mobile application improves therapy-adherence rates in elderly patients undergoing rehabilitation. **Medicine OPEN**, v. 95, n. 36, 2016.
MITCHELL, Robert; SCHUSTER, Lisa; JIN, Hyun Seung. Gamification and the impact of extrinsic motivation on needs satisfaction: Making work fun?. **Journal of Business Research**, v. 106, p. 323-330, 2020.
NASCIMENTO, Matheus; ALBUQUERQUE, Eduardo. Uso de gamification para melhorar a adesão a tratamento. **XI Brazilian Symposium on Information System**, v.1, p. 395-398, 2015.
PARRA, Dora Inés; ROMERO GUEVARA, Sandra Lucrecia; ROJAS, Lyda Z. Influential Factors in Adherence to the Therapeutic Regime in Hypertension and Diabetes. **Investigacion y educacion en enfermeria**, v. 37, n. 3, 2019.
PERES, Heverton Alves et al. Elucidating factors associated with non-adherence among Type 1 diabetes patients in primary care setting in Southeastern Brazil. **Primary care diabetes**, v. 14, n. 1, p. 85-92, 2020.
SARDI, Lamyae; IDRI, Ali; FERNÁNDEZ-ALEMÁN, José. A systematic review of gamification in e-Health. **Journal of Biomedical**, v. 71, p. 31-48, 2017.
TAVARES, Noemia Urruth Leão et al. Fatores associados à baixa adesão ao tratamento farmacológico de doenças crônicas no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 50, p. 1-11, 2016.
VALDERRAMA, Beatriz. Los secretos de la gamificación: 10 motivos para jugar. **Capital Humano**, n. 295, p. 73-78, 2015.
WELLER, M. A. Pedagogy of abundance. **Spanish Journal of Pedagogy**, n. 249 UK: **Open University**,2011.

DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO ÂMBITO DO PET-SAÚDE DIGITAL

LAYSSA EVELLYN VELOSO GUIMARÃES; RAIANE SANCHES ALMEIDA; GUILHERME LAMEIRA OLIVEIRA; EMANUEL LOPES DOS SANTOS; JOSÉ RAIMUNDO MACIEL PEREIRA; EMILY MORAES FONSECA; MARINA OLIVEIRA SILVA.

RESUMO

A transformação digital no Sistema Único de Saúde (SUS) tem impulsionado mudanças na gestão, porém sua implementação na Assistência Farmacêutica ainda enfrenta obstáculos relacionados à infraestrutura, à integração de sistemas e à capacitação profissional. Este relato descreve a experiência de um diagnóstico situacional realizado no Almoxarifado Central e na Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF) da Secretaria Municipal de Saúde de Tucuruí-PA, durante as atividades do PET-Saúde Digital em 2026. O objetivo geral foi descrever os processos de trabalho e as tecnologias digitais utilizadas no setor, visando identificar fragilidades operacionais e tecnológicas. A metodologia consistiu em um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, utilizando observação direta sistemática, entrevistas informais com os servidores e análise documental de planilhas de gestão e judicialização. Os dados foram priorizados com auxílio da Matriz GUT (Gravidade, Urgência e Tendência). Os resultados apontaram como principal desafio o preenchimento das planilhas de judicialização (60 pontos na Matriz GUT), seguido pelo monitoramento inadequado da temperatura dos equipamentos e pela imprecisão dos dados cadastrais (ambos com 48 pontos). Como resposta, implementou-se uma ferramenta digital desenvolvida por estudantes de Engenharia da Computação para registro e acompanhamento de medicamentos judicializados, com capacitação da profissional responsável. A ferramenta foi bem recebida e permanece em uso no serviço. Conclui-se que o diagnóstico situacional foi essencial para compreender a realidade local e direcionar intervenções efetivas, destacando a importância da qualificação profissional e do aprimoramento contínuo dos sistemas de informação para otimizar a gestão da Assistência Farmacêutica no âmbito municipal.

Palavras-chave: Judicialização de medicamentos; Gestão de estoques; Capacitação profissional.

1 INTRODUÇÃO

A transformação digital no Sistema Único de Saúde (SUS) tem impulsionado mudanças significativas nos processos de gestão e assistência, contribuindo para a melhoria da qualidade, da segurança e da eficiência dos serviços de saúde. Entretanto, a implementação de tecnologias digitais ainda enfrenta desafios relacionados à infraestrutura, à integração dos sistemas de informação, à organização dos processos de trabalho e ao desenvolvimento das competências digitais dos profissionais, especialmente em setores estratégicos como a Assistência Farmacêutica.

DOI: 10.51161/iv-conasus/89496

Nesse contexto, a presente experiência foi desenvolvida na Secretaria Municipal de Saúde de Tucuruí, Pará, com foco no Almoxarifado Central e na Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF), durante as atividades do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde Digital), no ano de 2026. A população-alvo compreendeu os profissionais atuantes na gestão da Assistência Farmacêutica e os processos administrativos relacionados ao gerenciamento, armazenamento e distribuição de medicamentos e insumos destinados à rede municipal de saúde.

A experiência teve como motivação a necessidade de compreender as condições locais relacionadas à organização dos processos de trabalho, ao uso de recursos tecnológicos e à gestão das informações no âmbito da Assistência Farmacêutica. Nesse sentido, considerou-se que possíveis vulnerabilidades operacionais, tecnológicas e informacionais podem repercutir na organização dos fluxos, na gestão dos estoques, no acompanhamento das demandas e na tomada de decisão, com potenciais impactos sobre a eficiência dos serviços e a qualidade da assistência prestada à população. Diante disso, o objetivo geral deste trabalho foi descrever a experiência da realização de um diagnóstico situacional dos processos de trabalho e das tecnologias digitais utilizadas no Almoxarifado Central e na Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF) da Secretaria Municipal de Saúde de Tucuruí-PA.

2 RELATO DE EXPERIÊNCIA

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, baseado na realização de um diagnóstico situacional sobre os processos de trabalho e as tecnologias digitais na Assistência Farmacêutica do município de Tucuruí-PA. A experiência foi desenvolvida no âmbito do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde Digital), no ano de 2026, e teve como cenário o Almoxarifado Central e a Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF), vinculados à Secretaria Municipal de Saúde. Esta atividade caracterizou-se como uma ação de ensino e extensão, integrante das práticas do PET-Saúde Digital, com foco na qualificação de profissionais e na melhoria dos serviços de saúde. Por se tratar de uma atividade educativa e de aprimoramento de processos, e não de pesquisa envolvendo seres humanos, não houve submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa.

Para a coleta de dados e informações, foram utilizadas a observação direta e sistemática durante visitas técnicas in loco, entrevistas informais com os servidores responsáveis pela gestão do almoxarifado e da CAF, e análise documental de planilhas de gestão e judicialização. Os dados e observações coletadas foram organizados e analisados pela equipe do PET-Saúde Digital (Grupo B - GT5) com o apoio de uma matriz de priorização GUT (Gravidade, Urgência e Tendência).

A experiência possibilitou identificar e priorizar fragilidades nos processos de trabalho da Assistência Farmacêutica, com destaque para o preenchimento das planilhas de judicialização, que obteve a maior pontuação na Matriz GUT (60 pontos), seguida pelo controle da temperatura dos equipamentos de armazenamento e pela imprecisão dos dados, ambos com 48 pontos. Como resposta à problemática prioritária, foi utilizada uma ferramenta digital desenvolvida por estudantes de Engenharia da Computação da Universidade Federal do Pará (UFPA), um sistema destinado a registrar, catalogar e acompanhar, facilitando a busca e a organização de informações relacionadas aos medicamentos judicializados. A ferramenta possibilita a consulta de medicamentos similares e sua relação com os medicamentos essenciais do município, contribuindo para maior agilidade e organização do processo. A utilização do site foi apresentada à profissional responsável pelo setor, que recebeu orientação e capacitação

para o uso da ferramenta em sua rotina de trabalho. No dia da entrega e capacitação, a profissional mostrou-se empolgada com a ferramenta, relatando que facilitará o atendimento das demandas judiciais. Qualitativamente, observou-se maior facilidade na consulta das informações e melhor compreensão sobre a utilização de recursos digitais como apoio ao processo de judicialização. Quanto à sustentabilidade, a ferramenta permanece disponível para utilização no serviço, sendo utilizada continuamente pela profissional capacitada, o que evidencia potencial de continuidade e aprimoramento.

3 DISCUSSÃO

A judicialização da saúde constitui um fenômeno multifacetado que impõe desafios significativos à gestão da Assistência Farmacêutica no SUS, especialmente no que se refere ao fornecimento de medicamentos por via judicial. Conforme aponta Pepe et al. (2010), as demandas judiciais por medicamentos interferem em todo o ciclo da Assistência Farmacêutica, desde a seleção e programação até a aquisição, armazenamento, distribuição e utilização dos medicamentos. Os autores destacam que a concessão de tutelas antecipadas, sem a devida análise técnica do gestor, pode comprometer o planejamento dos serviços, gerar aquisições emergenciais sem licitação e favorecer a desorganização logística, além de aprofundar iniquidades no acesso, uma vez que beneficia aqueles com maior capacidade de recorrer ao Judiciário em detrimento dos demais usuários do SUS. A alta pontuação obtida pela planilha de judicialização na Matriz GUT (60 pontos) no presente diagnóstico corrobora a literatura, reforçando que a gestão das demandas judiciais constitui um dos principais gargalos da Assistência Farmacêutica no âmbito municipal.

A utilização da Matriz GUT mostrou-se eficaz para a hierarquização de problemas, permitindo direcionar esforços para as questões de maior impacto. Estudo semelhante, realizado em um território do Noroeste Cearense, aplicou a ferramenta em uma oficina com lideranças comunitárias, profissionais de saúde e usuários, totalizando 22 participantes, e priorizou cinco problemas de saúde, entre os quais o desabastecimento de medicações básicas. Naquela experiência, a matriz também possibilitou a priorização de ações, com os problemas classificados a partir da multiplicação dos atributos Gravidade, Urgência e Tendência. Tais achados reforçam a aplicabilidade da GUT em diferentes cenários da saúde coletiva, corroborando a experiência aqui relatada, na qual a ferramenta auxiliou a equipe do PET-Saúde Digital na tomada de decisão e no planejamento de intervenções.

A integração entre a universidade e o serviço, promovida pelo PET-Saúde Digital, mostrou-se uma estratégia potente para o fortalecimento da inovação e da educação permanente, indo ao encontro das diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (Brasil, 2019). A articulação entre os conhecimentos da Enfermagem e da Engenharia da Computação permitiu a construção de uma solução tecnológica contextualizada, alinhada às recomendações da Estratégia de Saúde Digital para o Brasil (Brasil, 2020). Entretanto, a efetiva incorporação de tecnologias no cotidiano dos serviços depende do desenvolvimento de competências digitais pelos profissionais. Conforme evidenciado por Freitas e Rendeiro (2025), em uma revisão de escopo sobre o tema, os profissionais de saúde apresentam, em geral, baixo nível de alfabetização digital, e essas competências são influenciadas pela experiência prévia com tecnologias, pela formação acadêmica e pela participação em programas de treinamento contínuo. A falta de domínio das tecnologias digitais pode comprometer a efetivação da transformação digital na saúde. Nesse sentido, a capacitação da profissional responsável pelo setor, realizada durante a intervenção, mostrou-se um fator crítico para o sucesso da ferramenta, uma vez que a profissional demonstrou empolgação e compreensão sobre a utilidade do recurso

para a gestão da judicialização. A experiência exitosa reforça que a qualificação profissional é essencial para superar barreiras como a resistência e a baixa competência digital, frequentemente relatadas na literatura.

4 CONCLUSÃO

A realização do diagnóstico situacional permitiu conhecer a organização dos processos de trabalho do Almoxarifado Central e da Central de Abastecimento Farmacêutico, identificar as tecnologias digitais utilizadas e reconhecer fragilidades relacionadas ao gerenciamento das informações, ao controle de estoques e ao monitoramento das condições de armazenamento. A aplicação da Matriz GUT possibilitou priorizar os problemas e direcionar intervenções compatíveis com as necessidades do serviço. A implantação de uma ferramenta digital para apoio à gestão da judicialização demonstrou potencial para otimizar a organização das informações, agilizar a consulta de medicamentos e fortalecer a tomada de decisão, evidenciando a importância da qualificação dos profissionais para o uso das tecnologias digitais. Além disso, a experiência reforçou a integração entre universidade e serviço de saúde, favorecendo o desenvolvimento de soluções interdisciplinares voltadas ao fortalecimento do SUS. Como limitação, destaca-se o recorte temporal e local da experiência, o que não permite generalizações. Recomenda-se a continuidade das ações de educação permanente em saúde digital, o aperfeiçoamento dos sistemas de informação, a padronização dos processos de registro e controle de estoques, bem como a ampliação de parcerias entre instituições de ensino e gestão municipal, visando consolidar práticas inovadoras que promovam maior eficiência, segurança e qualidade na Assistência Farmacêutica.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégia de Saúde Digital para o Brasil 2020-2028**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

PEPE, V. L. E. et al. A judicialização da saúde e os novos desafios da gestão da assistência farmacêutica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2405-2414, 2010.

USO da Matriz GUT na Saúde Coletiva: priorização de problemas em um território do Noroeste Cearense. In: **Anais do PPGS 2024**.

FREITAS, B. C.; RENDEIRO, M. M. P. Competências digitais essenciais dos profissionais de saúde: uma revisão de escopo sobre desafios e perspectivas na transformação digital da saúde. **Caderno Pedagógico**, v. 22, n. 12, 2025.

DOI: 10.51161/iv-conasus/89496

USO DO FLÚOR E PRÁTICAS EDUCATIVAS DA EQUIPE DE SAÚDE BUCAL NO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA

REJANE CRISTINA DOS SANTOS FAZZA; SAUL MARTINS DE PAIVA; ISABELA ALMEIDA PORDEUS

RESUMO

O Programa Saúde na Escola constitui estratégia intersetorial voltada à integração permanente entre saúde e educação, contribuindo para ações de promoção, prevenção e atenção à saúde no ambiente escolar. Na saúde bucal, a presença da Equipe de Saúde Bucal e o uso do flúor assumem papel relevante na prevenção da cárie dentária e na construção de hábitos saudáveis desde a infância. Este estudo teve como objetivo analisar as percepções de pais e professores sobre o uso do flúor e as práticas educativas da Equipe de Saúde Bucal no âmbito do Programa Saúde na Escola. Trata-se de estudo transversal, com grupo de comparação, realizado em duas escolas de Educação Básica de municípios da Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais. Foi utilizada a Metodologia Q, abordagem que integra aspectos qualitativos e quantitativos para identificar padrões de percepção. A construção do Q-sample foi subsidiada por grupos focais e resultou em 36 assertivas relacionadas à higiene bucal, dieta, flúor, participação familiar, escola e atuação da Equipe de Saúde Bucal. Os participantes classificaram as assertivas em escala Likert de sete pontos. Os dados foram analisados por matriz de correlação de Pearson, análise fatorial exploratória, rotação Varimax, alfa de Cronbach e testes não paramétricos. Os resultados evidenciaram um fator denominado Flúor/Práticas Educativas da Equipe de Saúde Bucal, relacionado à aplicação periódica de flúor, troca de escovas, ações preventivas e percepção de redução de queixas de dor dentária. Conclui-se que a presença da Equipe de Saúde Bucal na escola e o uso do flúor foram reconhecidos por pais e professores como estratégias importantes para a prevenção da cárie e para o fortalecimento da promoção da saúde bucal no ambiente escolar.

Palavras-chave: Educação em saúde; Promoção da saúde; Saúde escolar.

1 INTRODUÇÃO

A promoção da saúde ultrapassa a ideia de prevenir doenças de forma isolada. Ela envolve cuidado, educação, participação social, acesso à informação e criação de condições para que indivíduos e comunidades possam fazer escolhas mais saudáveis em seus contextos de vida. No Brasil, essa compreensão dialoga diretamente com os princípios do Sistema Único de Saúde, especialmente quando se reconhece que a saúde é influenciada pelas condições sociais, econômicas, culturais e educacionais da população (BRASIL, 1986; BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

Nesse cenário, a escola ocupa lugar privilegiado. É no ambiente escolar que crianças convivem diariamente, constroem vínculos, aprendem comportamentos e reproduzem hábitos que

DOI: 10.51161/iv-conasus/89501

podem acompanhá-las ao longo da vida. Por isso, a escola não deve ser vista apenas como espaço de ensino formal, mas também como território de cuidado, promoção da saúde e construção de cidadania. Quando saúde e educação caminham juntas, ampliam-se as possibilidades de desenvolver práticas próximas da realidade das crianças e de suas famílias (PAIVA et al., 1992; MASTRANTONIO; GARCIA, 2002).

O Programa Saúde na Escola (PSE), instituído pelo Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007, foi criado com a proposta de integração permanente entre saúde e educação. Suas ações buscam contribuir para a formação integral dos estudantes, articulando promoção, prevenção e atenção à saúde no cotidiano escolar (BRASIL, 2007; BRASIL, 2009). No campo da saúde bucal, essa articulação é especialmente importante, pois a cárie dentária, a dor de dente, a dificuldade de acesso ao atendimento odontológico e a ausência de hábitos adequados de higiene ainda fazem parte da realidade de muitas crianças.

A Equipe de Saúde Bucal, quando inserida no ambiente escolar, amplia sua atuação para além do consultório. Sua presença permite desenvolver ações educativas, orientar práticas de higiene, estimular a alimentação saudável, realizar atividades preventivas, identificar necessidades de tratamento e aproximar os serviços de saúde das famílias. Nesse processo, o uso do flúor aparece como estratégia preventiva importante para o controle da cárie, sobretudo quando associado à educação em saúde e à continuidade das ações (CURY, 2001; WEYNE; HARARI, 2001).

Entretanto, a aplicação do flúor, isoladamente, não garante transformação de hábitos. Para que essa prática tenha sentido no cotidiano escolar, ela precisa estar vinculada à escuta, à orientação, ao vínculo e à participação de professores, pais e responsáveis. A forma como esses atores percebem a atuação da Equipe de Saúde Bucal influencia diretamente a aceitação, a valorização e a permanência das ações desenvolvidas no PSE.

Assim, compreender as percepções de pais e professores sobre o uso do flúor e sobre as práticas educativas da Equipe de Saúde Bucal permite olhar para o Programa Saúde na Escola não apenas como uma política instituída, mas como uma experiência vivida no cotidiano da comunidade escolar. Diante disso, este estudo teve como objetivo analisar as percepções de pais e professores sobre o uso do flúor e as práticas educativas da Equipe de Saúde Bucal no âmbito do Programa Saúde na Escola.

2 MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de estudo transversal, com grupo de comparação, realizado em duas escolas de Educação Básica localizadas em municípios da Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais. A investigação original avaliou a eficácia do Programa Saúde na Escola em relação à saúde bucal, considerando sua capacidade de favorecer comportamentos adequados de higiene bucal na comunidade escolar.

Foi utilizada a Metodologia Q, proposta por William Stephenson, por se tratar de uma abordagem adequada para estudar subjetividades, opiniões e percepções. Essa metodologia combina elementos qualitativos e quantitativos, permitindo identificar padrões de pensamento compartilhados entre os participantes. Diferentemente de estudos que buscam apenas medir a frequência de respostas, a Metodologia Q permite compreender como determinados grupos organizam seus pontos de vista diante de um tema (STEPHENSON, 1953; BROWN, 1980; BROWN, 1986).

DOI: 10.51161/iv-conasus/89501

A população do estudo foi composta por pais e professores vinculados a escolas de Educação Básica. Os participantes pertenciam a municípios com experiências distintas em relação à presença da Equipe de Saúde Bucal no ambiente escolar, o que possibilitou observar diferenças de percepção entre contextos com e sem atuação mais direta da equipe na escola. A pesquisa foi realizada após aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa e autorização das instâncias municipais e escolares envolvidas.

Para a construção do concourse of ideas, foram realizados grupos focais com pais e professores de uma escola de Educação Básica de um terceiro município. As falas obtidas nesses grupos, associadas a informações da literatura e de materiais relacionados ao tema, permitiram reunir diferentes opiniões sobre a presença da Equipe de Saúde Bucal na escola e sobre as ações de promoção da saúde bucal.

A partir desse universo de ideias, foram selecionadas 36 assertivas, compondo o Q-sample. As frases abordavam temas como hábitos de higiene bucal, alimentação, aplicação de flúor, troca de escovas, escovação orientada, participação da família, papel dos professores, atividades educativas, presença da Equipe de Saúde Bucal e queixas de dor dentária. As assertivas foram organizadas de forma a contemplar percepções positivas, negativas e indiferentes sobre as ações do Programa Saúde na Escola.

Cada participante classificou as 36 assertivas em escala do tipo Likert de sete pontos, variando de “discordo muito” a “concordo muito”. Essa ordenação permitiu identificar o grau de concordância ou discordância dos participantes em relação às ações de saúde bucal desenvolvidas no ambiente escolar.

Os Q-sorts foram submetidos à matriz de correlação de Pearson e, posteriormente, à análise fatorial exploratória. Utilizou-se o método de componentes principais, com rotação Varimax e normalização Kaiser. A fidedignidade foi examinada por meio do coeficiente alfa de Cronbach. Também foram utilizados testes não paramétricos de Friedman e Mann-Whitney para avaliar diferenças entre fatores e categorias de participantes. Os dados foram tratados no programa Predictive Analytics Software (PASW 18), adotando-se nível de significância de 5%.

Para este resumo expandido, realizou-se um recorte analítico dos resultados relacionados especificamente ao uso do flúor e às práticas educativas da Equipe de Saúde Bucal no Programa Saúde na Escola, com ênfase no fator denominado Flúor/Práticas Educativas da ESB.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise dos dados permitiu identificar diferentes padrões de percepção entre pais e professores sobre as ações de saúde bucal desenvolvidas no Programa Saúde na Escola. Esses padrões revelaram que a comunidade escolar não percebe o programa de maneira única ou uniforme. Ao contrário, as opiniões se organizam de formas distintas, de acordo com as experiências vividas em cada contexto, especialmente em relação à presença ou ausência da Equipe de Saúde Bucal na escola.

Entre os fatores identificados, destacou-se o fator denominado Flúor/Práticas Educativas da Equipe de Saúde Bucal. Esse fator reuniu assertivas relacionadas à frequência das atividades preventivas da equipe, à aplicação periódica de flúor, à troca de escovas de dente e à percepção de redução do risco de cárie e das queixas de dor dentária entre os escolares. Esse achado mostra que, para pais e professores, o flúor foi compreendido não apenas como uma medida técnica, mas como parte de um conjunto de ações educativas e preventivas realizadas pela Equipe de Saúde Bucal no cotidiano da escola.

DOI: 10.51161/iv-conasus/89501

A concordância positiva em relação a esse fator foi observada principalmente entre os participantes do município em que havia presença da Equipe de Saúde Bucal na escola. Esse resultado sugere que a experiência concreta com a equipe favorece maior reconhecimento da importância das ações desenvolvidas. Quando pais e professores presenciam a atuação da equipe, acompanham a troca de escovas, observam a aplicação de flúor e percebem orientações acontecendo na rotina escolar, essas práticas passam a ter maior significado para a comunidade.

Nesse sentido, a presença da Equipe de Saúde Bucal não aparece apenas como visita pontual ou ação isolada. Ela se revela como possibilidade de vínculo, cuidado e acompanhamento. A equipe, ao frequentar a escola, passa a ser reconhecida como parceira na formação de hábitos saudáveis. Essa aproximação fortalece a relação entre os serviços de saúde e a comunidade escolar, contribuindo para que a saúde bucal seja trabalhada de forma mais integrada e cotidiana.

O uso do flúor, por sua vez, foi percebido como estratégia importante de proteção contra a cárie, especialmente para crianças que nem sempre têm acesso regular ao atendimento odontológico. No contexto escolar, a aplicação periódica de flúor ganha relevância por alcançar coletivamente os escolares e por estar associada a momentos de orientação e aprendizagem. Assim, a prática preventiva deixa de ser apenas um procedimento e passa a compor uma experiência educativa.

A troca de escovas também apareceu como elemento significativo. Mais do que substituir um instrumento de higiene, essa ação pode funcionar como estímulo para a escovação e como oportunidade para reforçar orientações sobre cuidado bucal. Quando realizada pela Equipe de Saúde Bucal em parceria com a escola, a troca de escovas pode despertar interesse nas crianças e favorecer a valorização da higiene bucal no cotidiano.

Outro ponto relevante foi a percepção de redução das queixas de dor dentária. Embora o estudo tenha se baseado em percepções de pais e professores, e não em indicadores clínicos diretos, esse achado é importante porque a dor de dente interfere no bem-estar, na alimentação, na frequência escolar e no processo de aprendizagem. Quando a comunidade escolar percebe redução dessas queixas, isso indica que as ações de saúde bucal podem estar produzindo efeitos sentidos no cotidiano das crianças.

Os resultados também apontam que o uso do flúor deve ser compreendido dentro de uma abordagem ampliada de promoção da saúde. A prevenção da cárie não depende apenas da aplicação de substâncias fluoretadas, mas também da educação em saúde, da motivação, da escovação adequada, da alimentação menos cariogênica, do acompanhamento familiar e da continuidade das ações. Portanto, o flúor se torna mais potente quando articulado a práticas educativas permanentes (CURY, 2001; WEYNE; HARARI, 2001).

A atuação da Equipe de Saúde Bucal no PSE contribui justamente para essa articulação. Ao entrar na escola, a equipe amplia o acesso às ações preventivas e aproxima a saúde bucal da realidade das crianças. Essa presença permite identificar necessidades, orientar professores e famílias, encaminhar escolares para atendimento e construir estratégias mais adequadas ao território. Desse modo, a escola passa a ser reconhecida como espaço de cuidado compartilhado.

Entretanto, os achados também revelam desafios. A percepção positiva foi mais evidente no município com atuação da Equipe de Saúde Bucal na escola, o que sugere que a irregularidade ou ausência dessas ações pode limitar seu reconhecimento pela comunidade. Além disso, a mudança de hábitos não depende apenas da escola ou da equipe de saúde. Ela exige participação

das famílias, apoio dos professores, continuidade das ações e compromisso dos gestores com a integração entre saúde e educação.

Assim, o fator Flúor/Práticas Educativas da Equipe de Saúde Bucal demonstra que ações simples, quando planejadas, contínuas e integradas, podem assumir grande significado para a comunidade escolar. A aplicação de flúor, a troca de escovas e as orientações educativas não devem ser vistas como atividades fragmentadas, mas como partes de uma estratégia maior de promoção da saúde bucal. Para o SUS, esses resultados reforçam a importância do Programa Saúde na Escola como política capaz de aproximar a atenção básica do cotidiano das crianças e contribuir para a redução de desigualdades em saúde bucal.

4 CONCLUSÃO

O recorte analisado demonstrou que o uso do flúor e as práticas educativas da Equipe de Saúde Bucal no Programa Saúde na Escola foram percebidos por pais e professores como estratégias relevantes para a promoção da saúde bucal no ambiente escolar. O fator Flúor/Práticas Educativas da ESB evidenciou a importância da aplicação periódica de flúor, da troca de escovas, da presença da equipe na escola e das ações preventivas na percepção de redução do risco de cárie e das queixas de dor dentária.

Os achados indicam que o flúor, quando inserido em um processo educativo contínuo, ultrapassa a dimensão técnica do procedimento e passa a integrar uma prática de cuidado, orientação e vínculo. A presença da Equipe de Saúde Bucal na escola fortalece a relação entre saúde e educação, amplia o acesso às ações preventivas e favorece a construção de hábitos saudáveis entre os escolares.

Conclui-se que o fortalecimento do Programa Saúde na Escola depende da continuidade das ações da Equipe de Saúde Bucal, do envolvimento dos professores, da participação das famílias e da integração com os serviços da atenção básica. Como limitação, destaca-se que este recorte analisou percepções de pais e professores, não mensurando diretamente indicadores clínicos de cárie ou dor dentária. Estudos futuros podem associar a Metodologia Q a dados clínicos e longitudinais, ampliando a compreensão sobre o impacto das ações educativas e preventivas do PSE na saúde bucal infantil.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Relatório da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987.

BRASIL. Ministério da Saúde. Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde na escola. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 96 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde; Cadernos de Atenção Básica, n. 24).

BROWN, S. R. Political subjectivity: application of Q-methodology in political science. New Haven: Yale University Press, 1980.

BROWN, S. R. Q technique and method: principles and procedures. In: BERRY, W. D.; LEWIS-BECK, M. S. (ed.). New tools for social scientists: advances and applications in research methods. Beverly Hills: Sage University Press, 1986. p. 55-76.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. Physis: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007.

DOI: 10.51161/iv-conasus/89501

CURY, J. A. Uso do flúor e controle da cárie como doença. In: BARATIERI, L. N. et al. Odontologia restauradora: fundamentos e possibilidades. São Paulo: Editora Santos, 2001. p. 32-68.

MASTRANTONIO, S. S.; GARCIA, P. P. N. S. Programas educativos em saúde bucal: revisão de literatura. Jornal Brasileiro de Odontopediatria e Odontologia do Bebê, Curitiba, v. 5, n. 25, p. 215-222, maio/jun. 2002.

PAIVA, S. M. et al. Promoção de saúde bucal: programa implantado em escolares da região leste de Belo Horizonte. Saúde em Debate, n. 37, p. 36-39, dez. 1992.

SANTOS, A. M. et al. Linhas de tensões no processo de acolhimento das equipes de saúde bucal do Programa de Saúde da Família: o caso de Alagoinhas, Bahia, Brasil. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 75-85, jan. 2007.

STEPHENSON, W. The study of behavior. Chicago: The University of Chicago Press, 1953.

WEYNE, S. C.; HARARI, S. G. Cariologia: implicações e aplicações clínicas. In: BARATIERI, L. N. (ed.). Odontologia restauradora: fundamentos e possibilidades. São Paulo: Editora Santos, 2001. p. 3-26.

DOI: 10.51161/iv-conasus/89501

REDUÇÃO DE DANOS NO CAPS AD: CUIDADO, AUTONOMIA, EXPRESSÃO CULTURAL E PARTICIPAÇÃO SOCIAL EM UMA EXPERIÊNCIA NO MUNICÍPIO DE SALVADOR-BA

TAMARA PEREIRA SOARES; MARIA CRISTINA DE JESUS SANTOS ARRUDA; FERNANDA SILVA GOMES DA HORA; AMANDA DAS VIRGENS SILVA

RESUMO

O uso prejudicial de álcool e outras substâncias psicoativas constitui uma questão complexa de saúde pública, atravessada por dimensões psicológicas, sociais, culturais e econômicas. Nesse contexto, a redução de danos apresenta-se como uma perspectiva de cuidado que reconhece a singularidade, a autonomia e os diferentes percursos dos sujeitos, ampliando as possibilidades de atenção para além de modelos centrados exclusivamente na abstinência. Este trabalho tem como objetivo relatar e refletir sobre uma experiência acadêmica de visita a um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS AD), localizado no município de Salvador - BA, destacando aspectos relacionados à redução de danos, à psicoeducação, ao trabalho multiprofissional, à expressão cultural, ao protagonismo dos usuários e à participação social. Trata-se de um relato de experiência, de caráter descritivo e reflexivo, construído a partir da observação das práticas desenvolvidas no serviço e do acompanhamento da participação de usuários e profissionais em manifestações públicas relacionadas à defesa das políticas públicas de saúde e à reivindicação de acesso a medicamentos. Durante a experiência, foram observadas ações de psicoeducação voltadas à reflexão sobre os efeitos e prejuízos associados ao uso de substâncias, além de atividades culturais envolvendo música, dança, poesia e teatro. Destacou-se a atuação da Banda CAPS AD como espaço de convivência, expressão e participação social. A experiência também possibilitou reconhecer a relevância do trabalho multiprofissional e da participação dos usuários em espaços públicos de reivindicação de direitos. As vivências permitiram compreender a redução de danos em uma perspectiva ampliada, contemplando não apenas os prejuízos relacionados ao consumo de substâncias, mas também aspectos subjetivos, relacionais e sociais. Conclui-se que o CAPS AD pode constituir-se como espaço de cuidado em liberdade, fortalecimento da autonomia, produção cultural, convivência e exercício da cidadania, contribuindo para uma compreensão ampliada da atenção psicossocial.

Palavras-chave: Autonomia; Protagonismo; Cidadania.

DOI: 10.51161/iv-conasus/89502

1 INTRODUÇÃO

O uso prejudicial de álcool e outras substâncias psicoativas constitui uma questão complexa de saúde pública, atravessada por dimensões psicológicas, sociais, culturais e econômicas. Diante dessa complexidade, a atenção psicossocial propõe um deslocamento do olhar centrado na substância para o sujeito em sua totalidade, considerando sua história, seus vínculos e suas possibilidades singulares de cuidado.

Nesse cenário, a redução de danos se consolida como uma das principais estratégias dessa perspectiva, orientada à diminuição dos prejuízos associados ao uso de substâncias e ao reconhecimento da autonomia dos sujeitos. Ao contrário de modelos centrados exclusivamente na abstinência, essa abordagem valoriza diferentes percursos de cuidado e respeita os ritmos singulares de mudança de cada pessoa (MACHADO; BOARINI, 2013; MOREIRA et al., 2018).

No Brasil, essa perspectiva encontra respaldo na Reforma Psiquiátrica e na construção de um modelo de atenção em saúde mental pautado pelo cuidado em liberdade e pela garantia de direitos (BRASIL, 2001). É nesse contexto que os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS AD) se inserem como dispositivos estratégicos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), articulando ações de cuidado clínico e psicossocial a atividades coletivas, culturais e de convivência.

Apesar do avanço normativo e conceitual da redução de danos, seu funcionamento cotidiano nos serviços — especialmente a articulação entre práticas terapêuticas, expressão cultural e exercício da cidadania — ainda é pouco explorado a partir de relatos de experiência acadêmica. Nesse sentido, a vivência proporcionada por uma visita a um CAPS AD localizado no município de Salvador (BA) configurou-se como oportunidade privilegiada para observar, na prática, a articulação entre redução de danos, psicoeducação, expressão cultural, trabalho multiprofissional e participação social.

Diante do exposto, este trabalho tem como objetivo relatar e refletir sobre essa experiência acadêmica, destacando a articulação entre cuidado, autonomia, protagonismo e participação social no cotidiano de um CAPS AD.

2 RELATO DE EXPERIÊNCIA

Trata-se de um relato de experiência de caráter descritivo e reflexivo, elaborado a partir das vivências e observações de estudantes durante uma visita acadêmica ao Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS AD), localizado no bairro de Pernambués, em Salvador-BA. A atividade constituiu-se enquanto momento de imersão no cotidiano do serviço, permitindo o acompanhamento de variadas estratégias terapêuticas, encontros com a equipe multiprofissional e interação direta com os usuários em diferentes cenários de cuidado e de reivindicação de direitos.

No decorrer da visita, foi possível constatar a centralidade das práticas de Redução de Danos como pauta ransversal às intervenções do serviço. Em vez de impor a abstinência sumária como condição para o acolhimento,o CAPS AD organiza suas ações a partir da escuta qualificada e da construção pactuada de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS). Entre as ferramentas observadas, destacaram-se as ações de psicoeducação desenvolvidas por meio de grupos focais e rodas de conversa. Tais atividades foram conduzidas de maneira dialógica, oferecendo aos usuários informações científicas sobre os mecanismos de ação das substâncias, os riscos associados ao uso continuado e estratégias práticas de autocuidado, nutrição, hidratação e minimização de agravos.

Outro elemento de grande relevância observado na dinâmica do CAPS AD de Pernambués refere-se ao estímulo ostensivo às atividades coletivas e de expressão artística e

DOI: 10.51161/iv-conasus/89502

cultural. O serviço conta com oficinas de música, dança, poesia e teatro, integradas de forma indissociável ao plano terapêutico. Essas oficinas não são compreendidas como meras ocupações de tempo vago, mas como recursos terapêuticos fundamentais para a reestruturação da subjetividade, resgate da autoestima e elaboração de sofrimentos psíquicos que muitas vezes não encontram vazão pela via verbal tradicional.

Em especial, destacou-se a atuação da Banda CAPS AD, um projeto musical formado por usuários e profissionais do dispositivo. A banda constitui um espaço potente de convivência, criação coletiva, pertencimento e visibilidade social. Ao ensaiarem e se apresentarem em espaços públicos e institucionais, os usuários ocupam novos papéis sociais, deslocando-se do lugar estigmatizado de "dependentes químicos" para o posto de artistas, produtores de cultura e agentes de sua própria história.

A imersão permitiu também acompanhar a operacionalização do trabalho multiprofissional no cotidiano do serviço. A equipe interdivisional — composta por psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros, médicos psiquiatras, terapeutas ocupacionais e educadores físicos — atua em constante interlocução. Por meio de reuniões formais e trocas informais diárias, o cuidado é continuamente reavaliado, superando visões fragmentadas e permitindo respostas integrais que contemplam simultaneamente a dimensão orgânica, psíquica, familiar e social dos atendidos.

Além disso, a experiência extrapolou o espaço físico do equipamento ao contemplar o acompanhamento da participação ativa de usuários e profissionais em manifestações públicas promovidas na Câmara Municipal de Salvador. Essas mobilizações tinham por finalidade a defesa das políticas públicas de saúde mental no SUS, o fortalecimento da RAPS e a reivindicação do acesso regular a medicamentos essenciais. Esse momento de militância evidenciou como o cuidado psicossocial se expande para o campo da participação política e da afirmação de direitos no espaço público.

3 DISCUSSÃO

A experiência permitiu compreender a redução de danos como uma perspectiva de cuidado que ultrapassa a diminuição do consumo de substâncias. Seu foco também envolve autonomia, vínculo, informação e reconhecimento da singularidade dos sujeitos (MACHADO; BOARINI, 2013; MOREIRA et al., 2018).

A psicoeducação pode favorecer a autonomia ao possibilitar que os usuários compreendam os riscos associados ao consumo e participem das decisões relacionadas ao próprio cuidado. Os relatos observados também evidenciaram que mudanças podem ocorrer de forma gradual, respeitando as possibilidades individuais. As atividades culturais apresentaram-se como importantes recursos de expressão e convivência. Música, dança, poesia e teatro podem favorecer o protagonismo e ampliar as possibilidades de participação social. A centralidade das atividades culturais observadas na experiência dialoga com uma concepção de cuidado em saúde mental que reconhece a arte como dispositivo terapêutico e não apenas como atividade complementar. Nessa perspectiva, práticas como música, dança, poesia e teatro operam como recursos de elaboração simbólica, permitindo que conteúdos subjetivos difíceis de serem verbalizados encontrem outras vias de expressão e ressignificação. A atuação da Banda CAPS AD ilustra essa concepção de forma concreta: mais do que uma atividade de lazer, o fazer musical coletivo mobiliza processos de pertencimento, cooperação e reconhecimento mútuo entre os participantes, favorecendo a reconstrução de identidades para além do lugar social do "dependente químico". Esse deslocamento de posição subjetiva — de paciente para artista, de objeto de intervenção para sujeito de criação — aproxima-se do que a literatura sobre reabilitação psicossocial descreve como processos de recuperação de protagonismo e de reinserção social por meio de práticas

culturais e coletivas, reforçando o entendimento de que a produção artística no contexto do CAPS AD constitui uma estratégia legítima de cuidado, e não uma ação meramente ocupacional.

O trabalho multiprofissional mostrou-se fundamental diante da complexidade das demandas relacionadas ao uso de álcool e outras drogas. A articulação entre diferentes saberes favorece uma compreensão ampliada das necessidades dos usuários (PIRES; SANTOS, 2021).

Além da dimensão interna do cuidado, a experiência evidenciou que o CAPS AD não opera de forma isolada, mas como um dos pontos de atenção estratégicos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), instituída como principal dispositivo de organização dos serviços de saúde mental no âmbito do SUS. Essa inserção em rede pressupõe a articulação constante com outros equipamentos — como Unidades Básicas de Saúde, serviços de urgência e emergência, leitos de saúde mental em hospitais gerais e dispositivos de assistência social —, de modo a garantir a continuidade do cuidado e evitar a fragmentação da atenção aos usuários de álcool e outras drogas. Nesse sentido, a efetividade das práticas de redução de danos observadas no CAPS AD está diretamente relacionada à capacidade da rede de sustentar, de forma intersetorial, as diferentes necessidades dos sujeitos — sejam elas clínicas, sociais ou relacionadas à garantia de direitos —, reforçando que o cuidado em liberdade somente se concretiza quando amparado por uma rede de atenção robusta, articulada e continuamente fortalecida.

Por fim, a inserção dos usuários em espaços públicos de luta política, como as mobilizações na Câmara Municipal de Salvador, confere uma dimensão essencial à atenção psicossocial: a dimensão da cidadania ativa. O cuidado em liberdade não pode se restringir ao espaço ambulatorial; deve ocupar as ruas e as arenas de deliberação democrática. A participação nas manifestações em defesa do SUS e pelo acesso a medicamentos evidencia que a atenção psicossocial é indissociável da defesa dos direitos humanos, da luta contra o estigma estrutural e do combate à exclusão social imposta aos usuários de drogas.

Dessa forma, a experiência possibilitou compreender a redução de danos em uma perspectiva ampliada, considerando não apenas os prejuízos relacionados ao consumo, mas também aqueles decorrentes do estigma, da exclusão e da dificuldade de acesso a direitos.

4 CONCLUSÃO

A imersão prática desenvolvida no CAPS AD de Salvador (BA) revelou-se extremamente enriquecedora para a formação acadêmica em Psicologia, proporcionando uma compreensão aprofundada e contextualizada acerca dos desafios e das potencialidades do modelo de atenção psicossocial fundamentado na Redução de Danos.

As práticas acompanhadas no cotidiano do serviço evidenciaram que o cuidado em liberdade, alicerçado no fortalecimento da autonomia dos sujeitos, na promoção de ações psicoeducativas e no trabalho multiprofissional integrado, é plenamente factível e produtor de saúde. As oficinas de expressão cultural e, especialmente, a atuação da Banda CAPS AD demonstraram que a arte é um veículo estratégico de ressignificação da vida, favorecendo o protagonismo, a convivência comunitária e o rompimento dos estigmas associados ao uso de drogas.

De forma articulada, a experiência reafirmou que o cuidado ofertado no CAPS AD não se sustenta isoladamente, mas depende de sua inserção efetiva na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e da manutenção de práticas que integrem dimensões clínicas, culturais e sociais do cuidado. A valorização da arte como recurso terapêutico, associada ao trabalho multiprofissional e à participação ativa dos usuários, evidencia que a atenção psicossocial em álcool e outras drogas se fortalece quando compreendida de forma intersetorial e ampliada,

superando abordagens fragmentadas e reafirmando o compromisso com um cuidado singular, contínuo e emancipatório.

Assim, a articulação entre o acompanhamento terapêutico e a participação em espaços públicos de reivindicação de direitos reforçou que a atenção psicossocial é essencialmente uma prática de cidadania. Não há cuidado efetivo em saúde mental sem a garantia concomitante dos direitos sociais fundamentais e o combate contínuo à exclusão social.

Em síntese, conclui-se que o fortalecimento contínuo da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e o financiamento sustentável das políticas públicas de saúde mental e redução de danos são imperativos éticos para assegurar um modelo público, universal e humanizado de atenção às pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas no Brasil.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001.** Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, DF: Presidência da República, 2001. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm.

MACHADO, Letícia Vier; BOARINI, Maria Lúcia. Políticas sobre drogas no Brasil: a estratégia de redução de danos. **Psicologia: Ciência e Profissão,** Brasília, v. 33, n. 3, p. 580-595, 2013. DOI: https://doi.org/10.1590/S1414-98932013000300006.

MOREIRA, C. R. et al. Estratégias de redução de danos no uso prejudicial de álcool e outras drogas: revisão de literatura. **Ciência & Saúde Coletiva,** Rio de Janeiro, v. 23, n. 7, 2018. DOI: https://doi.org/10.1590/1413-81232018237.21152016.

PIRES, Roberto Rocha C.; SANTOS, Maria Paula Gomes dos. Desafios do multiprofissionalismo para a redução de danos em Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas. **Saúde e Sociedade,** São Paulo, v. 30, n. 2, e200072, 2021. DOI: https://doi.org/10.1590/S0104-12902021200072.

RELATO DE EXPERIÊNCIA: IMPLANTAÇÃO DA JORNADA DE 30 HORAS ASSISTENCIAIS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E REPERCUSSÕES NO PROCESSO DE TRABALHO DO ENFERMEIRO

PEDRO AUGUSTO FRANKLIN CORRÊA; DANIELLE BANDEIRA DE OLIVEIRA JUNQUEIRA; FÁBIO DA COSTA CARBOGIM; GIOVANA CAETANO ARAUJO LAGUARDIA; LILIAN DO NASCIMENTO; MARIA VITÓRIA HOFFMANN.

Resumo:
Introdução: A organização do processo de trabalho do enfermeiro na Atenção Primária à Saúde (APS) requer equilíbrio entre demandas espontâneas, ações programadas, atividades territoriais, educação permanente e planejamento do cuidado. Nesse contexto, a reorganização da jornada de trabalho, com 30 horas semanais destinadas à assistência direta, buscou favorecer a qualificação do cuidado e assegurar períodos protegidos para outras atividades do processo de trabalho. Entretanto, sua operacionalização produziu desafios diante a elevada demanda espontânea nos serviços. Objetivos: Este relato tem como objetivo analisar as repercussões da implantação da jornada de 30 horas assistenciais na organização do processo de trabalho do enfermeiro na APS. Metodologia: Trata-se de um relato de experiência, de caráter descritivo e reflexivo, desenvolvido a partir da vivência profissional de um residente em um município mineiro, considerando o período que antecede a implantação da nova organização da jornada e posterior a sua implantação. A análise foi fundamentada na observação da organização da agenda e da dinâmica assistencial. Resultados: Embora tenham sido previstos períodos específicos para assistência direta, reunião de equipe, educação permanente e registros, observou-se predominância da demanda espontânea durante as horas assistenciais, reduzindo a disponibilidade para consultas programadas e ações de acompanhamento longitudinal. Foram identificados impactos sobre o acompanhamento de pessoas com condições crônicas, pré-natal, puericultura, atenção à saúde da mulher, consultas de enfermagem, visitas domiciliares e execução sistemática do Processo de Enfermagem. Conclusão: A experiência evidencia que a implantação da jornada de 30 horas assistenciais, isoladamente, não garantiu a qualificação do cuidado, sendo necessária a reorganização dos fluxos e da agenda para equilibrar demanda espontânea e programada. Conclui-se que estratégias de gestão do processo de trabalho, educação permanente e garantia de tempo protegido para planejamento e registros são fundamentais para preservar a longitudinalidade, integralidade e resolutividade da APS.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Processo de Trabalho em Saúde; Jornada de Trabalho.

1 INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) constitui a principal porta de entrada e um dos principais pontos de coordenação do cuidado na Rede de Atenção à Saúde, desenvolvendo ações voltadas à promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde (Brasil, 2026). Nesse contexto, a organização do processo de trabalho das equipes assume papel fundamental para garantir acesso, integralidade, longitudinalidade, coordenação e resolutividade do cuidado, considerando as necessidades de saúde da população e as características do território (BRASIL, 2017). A atuação do enfermeiro na APS envolve um conjunto diversificado de atribuições, incluindo consultas de enfermagem, acompanhamento de condições crônicas, atenção à saúde da mulher, pré-natal, puericultura, atendimento à demanda espontânea, visitas domiciliares, atividades educativas, planejamento, registros e participação na gestão e organização do serviço (COREN-BA, 2022).

DOI: 10.51161/iv-conasus/89505

A complexidade dessas atribuições exige uma organização do processo de trabalho capaz de conciliar diferentes modalidades de atendimento, especialmente as demandas espontâneas e programadas (Nunes, et al, 2026). Enquanto a demanda espontânea caracteriza-se pelo atendimento de necessidades apresentadas pelos usuários quando procuram o serviço, a demanda programada possibilita o acompanhamento sistemático de indivíduos e grupos conforme suas necessidades de saúde e os ciclos de vida (BRASIL, 2025). O equilíbrio entre essas modalidades é essencial para que a APS não se limite à resolução de situações imediatas, preservando sua capacidade de acompanhar longitudinalmente a população adscrita (Carvalho et al., 2024).

Nesse cenário, a reorganização da jornada de trabalho do enfermeiro, com a destinação de 30 horas semanais para atividades assistenciais, surge como uma estratégia capaz de favorecer a qualificação do cuidado quando acompanhada de planejamento e organização adequada da agenda (Ires, et al, 2010). A proposta de distribuir a carga horária entre assistência direta, reuniões de equipe, educação permanente e atividades relacionadas ao planejamento e registro possibilita, em princípio, ampliar os espaços destinados à qualificação profissional, discussão dos casos, planejamento das ações e organização do processo de trabalho. Entretanto, a efetividade dessa organização depende das condições concretas de funcionamento dos serviços e da capacidade de gestão em estruturar os fluxos assistenciais (Pereira et al, 2023).

Diante desse contexto, torna-se relevante compreender como a implantação da jornada de 30 horas assistenciais repercute no cotidiano dos serviços e no processo de trabalho do enfermeiro, considerando não apenas a quantidade de horas destinadas à assistência, mas também a forma como essas horas são organizadas e distribuídas entre as diferentes necessidades da população. Assim, este relato busca problematizar os desafios decorrentes da coexistência entre demanda espontânea e demanda programada, destacando suas implicações para a longitudinalidade, integralidade e resolutividade do cuidado na APS.

2 RELATO DE EXPERIÊNCIA

Trata-se de um relato de experiência, de caráter descritivo e reflexivo, construído a partir da vivência de um residente sobre o processo de trabalho da enfermagem em um serviço de Atenção Primária à Saúde de um município mineiro, considerando o período que antecede a implantação da organização da jornada com 30 horas semanais destinadas à assistência direta e posterior a sua implantação. A experiência permitiu observar as mudanças na organização da agenda, na distribuição das atividades assistenciais e nas possibilidades de acompanhamento dos usuários, especialmente diante da necessidade de conciliar demanda espontânea e demanda programada.

Anteriormente à reorganização da jornada, o enfermeiro desenvolvia suas atividades assistenciais ao longo de uma carga horária semanal de 40 horas, contemplando consultas de enfermagem, atendimento às demandas espontâneas, acompanhamento dos usuários vinculados à unidade, visitas domiciliares, atividades educativas, reuniões de equipe, registros e demais ações relacionadas à organização do cuidado. Com a implantação da nova organização, foram estabelecidas 30 horas semanais destinadas à assistência direta, acrescidas de períodos específicos para outras atividades do processo de trabalho: uma hora para reunião de equipe, oito horas para educação permanente e uma hora destinada ao registro e a evolução das visitas no sistema de informação.

A organização proposta apresentava potencial para favorecer a qualificação do processo de trabalho, uma vez que estabelecia períodos destinados não apenas à assistência direta, mas também à discussão coletiva, à atualização profissional, ao planejamento e ao registro das ações realizadas. No entanto, a vivência cotidiana evidenciou uma diferença entre a organização prevista e a dinâmica efetivamente observada no serviço. Durante as 30 horas destinadas à assistência, verificou-se predominância da demanda espontânea, caracterizada pela procura dos

DOI: 10.51161/iv-conasus/89505

usuários por atendimentos não previamente programados. A necessidade de responder continuamente a essas demandas ocupava parcela significativa da agenda assistencial, reduzindo a disponibilidade para consultas previamente programadas e para outras ações de acompanhamento longitudinal.

Esse cenário produziu repercussões particularmente relevantes sobre a demanda programada. Consultas destinadas ao acompanhamento de pessoas com condições crônicas, atenção à saúde da mulher e da criança e demais consultas de enfermagem passaram a disputar o mesmo espaço assistencial com as demandas apresentadas diariamente pelos usuários. A necessidade de priorizar situações espontâneas e imediatas dificultava a manutenção de uma agenda programada ampla e regular, especialmente nos períodos de maior procura pelo serviço.

Na prática, observou-se que o tempo disponível para determinadas consultas e acompanhamentos se tornava reduzido diante da necessidade de absorver as demandas que chegavam à unidade. Essa dinâmica repercutiu não somente na quantidade de atendimentos programados realizados, mas também na possibilidade de desenvolver o cuidado de maneira sistemática. O acompanhamento de usuários com condições crônicas, por exemplo, demanda avaliação clínica periódica, identificação de necessidades, orientações, estabelecimento de condutas, acompanhamento dos resultados e reavaliação do plano de cuidado. Quando o tempo assistencial é predominantemente ocupado pela demanda espontânea, essas etapas podem ser realizadas de maneira mais restrita ou postergadas.

A limitação temporal decorrente da necessidade de atender diferentes demandas em sequência pode dificultar a realização de uma avaliação abrangente, o planejamento individualizado, a implementação das intervenções e o registro adequado da assistência. Dessa forma, embora a consulta de enfermagem permaneça como uma atividade prevista no processo de trabalho, as condições concretas de sua realização podem restringir a capacidade de desenvolver todas as etapas de forma articulada e contínua.

As visitas domiciliares também constituíram um dos componentes afetados pela dinâmica assistencial. Diante da necessidade de manutenção do atendimento dentro da unidade, a disponibilidade para realização de visitas tornou-se mais limitada, sendo priorizadas situações consideradas de maior necessidade ou urgência clínica. Essa organização pode restringir a utilização da visita domiciliar como ferramenta de acompanhamento territorial e longitudinal, especialmente para usuários com dificuldades de acesso à unidade, pessoas com condições crônicas, indivíduos em situação de vulnerabilidade e famílias que demandam acompanhamento continuado.

Nesse sentido, a experiência permitiu identificar uma tensão entre a necessidade de garantir acesso imediato aos usuários e a responsabilidade da equipe de organizar o cuidado de forma planejada e contínua. A demanda espontânea constitui componente indispensável da APS, mas sua predominância pode produzir um processo de trabalho orientado principalmente pela resolução de necessidades imediatas, em detrimento de ações preventivas, de acompanhamento e de planejamento do cuidado. A vivência reforçou, assim, a necessidade de que a reorganização da jornada seja acompanhada de estratégias de gestão da agenda e dos fluxos assistenciais capazes de preservar o equilíbrio entre demanda espontânea, demanda programada e demais atividades que compõem o trabalho do enfermeiro na APS.

3 DISCUSSÃO

A experiência relatada evidencia que a organização da jornada de trabalho do enfermeiro não pode ser compreendida apenas pela quantidade de horas destinadas à assistência direta, mas deve considerar a forma como o tempo de trabalho é distribuído entre as diferentes necessidades da população e as atividades que estruturam o cuidado na Atenção Primária à Saúde. A APS apresenta como característica a responsabilidade pelo acompanhamento contínuo da população adscrita, articulando ações de promoção, prevenção, tratamento e

acompanhamento das condições de saúde. Nesse sentido, a organização da agenda constitui importante instrumento para assegurar equilíbrio entre o atendimento das necessidades imediatas e o desenvolvimento de ações programadas.

A demanda espontânea possui papel fundamental na garantia do acesso aos serviços de saúde e não deve ser compreendida como um componente secundário do trabalho na APS. Entretanto, quando sua magnitude ocupa grande parte das horas destinadas à assistência, estabelece-se uma tensão com a demanda programada. O atendimento de situações apresentadas no momento da procura pelo serviço pode limitar o espaço destinado ao acompanhamento sistemático de usuários, especialmente daqueles que necessitam de consultas periódicas. Dessa forma, o desafio identificado na experiência não está na existência da demanda espontânea, mas na dificuldade de estabelecer uma organização do processo de trabalho que permita responder a ela sem comprometer as demais ações assistenciais.

A demanda programada possui relevância estratégica para a APS por possibilitar o acompanhamento longitudinal de pessoas e famílias. Consultas de enfermagem voltadas ao acompanhamento de hipertensão arterial e diabetes mellitus, pré-natal, puericultura e atenção à saúde da mulher, entre outras, não se restringem à realização de um atendimento pontual. Essas ações pressupõem avaliação periódica, identificação de necessidades, estratificação de riscos, estabelecimento de condutas, educação em saúde, acompanhamento de resultados e reavaliação do cuidado. Quando o tempo destinado à assistência é predominantemente ocupado por atendimentos espontâneos, existe o risco de redução da capacidade da equipe de manter uma programação regular e sistemática dessas ações.

Essa situação pode repercutir diretamente sobre a longitudinalidade, atributo essencial da APS. A longitudinalidade pressupõe uma relação contínua entre usuários e equipe de saúde ao longo do tempo, permitindo que necessidades sejam acompanhadas para além de episódios isolados de adoecimento. A redução da disponibilidade para consultas programadas pode favorecer uma lógica assistencial mais orientada pela procura imediata, na qual o usuário acessa o serviço principalmente quando apresenta uma necessidade aguda, enquanto ações de acompanhamento podem ser postergadas ou realizadas com menor frequência.

Outro aspecto relevante refere-se ao Processo de Enfermagem. A consulta de enfermagem constitui espaço privilegiado para que o enfermeiro desenvolva uma assistência sistematizada, considerando as necessidades individuais do usuário e estabelecendo intervenções de acordo com sua avaliação. Entretanto, a execução adequada desse processo demanda tempo para coleta de informações, avaliação clínica, identificação das necessidades, planejamento, implementação e registro das ações realizadas. A sobreposição entre demanda espontânea e programada pode reduzir o tempo disponível para essas etapas, favorecendo uma prática mais centrada na resolução imediata da queixa apresentada e dificultando o desenvolvimento sistemático de um plano de cuidado individualizado.

A questão do registro também merece destaque. O registro das informações assistenciais não constitui apenas uma atividade burocrática, mas integra o processo de cuidado, possibilitando a comunicação entre os profissionais, o acompanhamento da evolução clínica e a continuidade da assistência. A ausência ou insuficiência de tempo protegido para registros pode ampliar a possibilidade de informações serem registradas de forma incompleta ou postergada, especialmente em contextos de elevada demanda assistencial. Nesse sentido, a existência de período específico para registros e evolução de visitas representa uma estratégia potencialmente importante para qualificar o processo de trabalho, desde que esse tempo seja efetivamente preservado.

As visitas domiciliares constituem outro componente importante da atuação do enfermeiro na APS que pode sofrer repercussões diante da concentração da assistência no interior da unidade. A visita possibilita conhecer o contexto de vida do usuário, identificar barreiras de acesso, compreender determinantes sociais relacionados ao processo saúde-doença

e acompanhar indivíduos que apresentam dificuldades de deslocamento até o serviço. Sua restrição a situações consideradas de maior gravidade ou necessidade clínica pode reduzir uma importante possibilidade de cuidado territorial e de acompanhamento de usuários que necessitam de atenção continuada.

Nesse contexto, a educação permanente prevista na reorganização da jornada apresenta potencial para contribuir justamente para o enfrentamento desses desafios. O tempo protegido para discussão de casos, análise dos processos de trabalho, atualização técnica e construção coletiva de estratégias pode auxiliar a equipe a identificar gargalos, reorganizar fluxos e qualificar a resposta às necessidades do território. Entretanto, para que esse potencial seja concretizado, a educação permanente precisa estar articulada aos problemas efetivamente vivenciados no cotidiano do serviço, incluindo a organização da agenda, a gestão da demanda espontânea e a garantia do acompanhamento programado.

A experiência também permite problematizar o papel da gestão municipal na organização dos fluxos assistenciais. A definição de uma jornada com 30 horas destinadas à assistência, isoladamente, não garante a qualificação do cuidado. É necessário que essa mudança seja acompanhada por estratégias de gestão capazes de organizar a demanda, definir critérios de acesso, estabelecer fluxos, apoiar a atuação multiprofissional e dimensionar as necessidades do território. A ausência dessas estratégias pode fazer com que a reorganização da jornada produza, paradoxalmente, maior concentração das horas assistenciais em atividades imediatas, reduzindo a capacidade de planejamento e acompanhamento da população.

Dessa forma, a experiência aponta para a necessidade de compreender a jornada de trabalho como parte de uma organização mais ampla do processo de trabalho em saúde. A garantia de períodos destinados à educação permanente, reuniões, registros e demais atividades não assistenciais constitui importante avanço quando efetivamente incorporada à rotina. Contudo, é necessário assegurar também que as horas destinadas à assistência sejam organizadas de modo a contemplar tanto a demanda espontânea quanto a demanda programada. Estratégias como organização de agendas por blocos de atendimento, definição de fluxos para demandas espontâneas, planejamento das consultas programadas e discussão periódica dos indicadores assistenciais podem contribuir para esse equilíbrio.

Assim, a principal repercussão observada na experiência não decorre exclusivamente da redução das horas de assistência direta, mas da relação entre o tempo assistencial disponível e a forma como esse tempo é ocupado. A manutenção da qualidade da APS depende de que o enfermeiro disponha de condições para responder às necessidades imediatas sem abandonar o acompanhamento longitudinal, o planejamento do cuidado, as ações territoriais e a sistematização da assistência. A reorganização da jornada, portanto, deve estar acompanhada de mudanças na gestão da agenda e no processo de trabalho, de modo que a redução da carga assistencial direta não resulte na intensificação da demanda espontânea e no enfraquecimento das ações programadas.

4 CONCLUSÃO

A experiência evidenciou que a implantação da jornada de 30 horas semanais destinadas à assistência direta apresentou potencial para contribuir com a qualificação do processo de trabalho do enfermeiro na Atenção Primária à Saúde, especialmente quando acompanhada de períodos protegidos para educação permanente, reuniões de equipe, planejamento e registros. Entretanto, a efetividade dessa organização está diretamente relacionada à forma como as horas assistenciais são estruturadas e às estratégias adotadas para conciliar as diferentes necessidades do território.

A predominância da demanda espontânea durante o período assistencial mostrou-se um importante desafio para a manutenção da demanda programada, repercutindo no acompanhamento de pessoas com condições crônicas, pré-natal, puericultura, atenção à saúde

da mulher, consultas de enfermagem e visitas domiciliares. A sobreposição dessas demandas também pode limitar a execução do Processo de Enfermagem, especialmente quanto à avaliação, planejamento, implementação e registro do cuidado.

Nesse sentido, a experiência demonstra que a reorganização da jornada, quando não acompanhada de estratégias de gestão da agenda e dos fluxos assistenciais, pode favorecer a concentração do trabalho na resolução de necessidades imediatas, reduzindo o espaço destinado ao acompanhamento longitudinal e às ações programadas. O desafio, portanto, não está na redução das horas destinadas à assistência direta, mas na necessidade de garantir que esse período seja organizado de maneira equilibrada entre demanda espontânea e programada.

Torna-se necessário fortalecer estratégias de organização da agenda, definição de fluxos assistenciais, planejamento das ações programadas, qualificação do trabalho em equipe e utilização da educação permanente como ferramenta para análise e transformação do processo de trabalho. A garantia de tempo protegido para registros, planejamento e qualificação profissional também deve ser preservada como componente do cuidado, e não compreendida como atividade secundária à assistência.

Conclui-se que a implantação da jornada de 30 horas assistenciais pode representar uma oportunidade de qualificação do trabalho do enfermeiro na APS, desde que inserida em uma organização do serviço capaz de garantir acesso às demandas imediatas sem comprometer a longitudinalidade, a integralidade e a resolutividade do cuidado. A experiência reforça a importância de que mudanças na jornada sejam acompanhadas por estratégias de gestão e reorganização dos processos de trabalho, considerando as necessidades reais dos profissionais, os usuários, e por conseguinte, o território.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Brasília, DF: **Ministério da Saúde**, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção Primária. Brasília, DF: **Ministério da Saúde**, 2026. Acesso em: 30 de ago. de 2026, disponível em; <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Equipe de Atenção Primária e Saúde da Família: mais acesso à Atenção Primária à Saúde. Brasília, DF: **Ministério da Saúde**, 2025. Acesso em: 30 de ago. de 2026, disponível em: <https://sisaps.saude.gov.br/sistemas/esusaps/docs/guias-preenchimento/equipeaps>.

CARVALHO, E. M. P. de; PIRES, D. X.; OLIVEIRA, T. M.; SPADOTI, K. A.; LEITE, J. S.; SILVA, R. M. da. Acolhimento à demanda espontânea na atenção primária: percepção dos enfermeiros. **Revista JRG de Estudos Acadêmicos,** Brasil, São Paulo, v. 7, n. 14, p. e14690, 2024.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DA BAHIA**.** Parecer Técnico nº 0011/2022. Salvador: **COREN-BA**, 2022.

IRES, D.; LOPES, M. G. D.; SILVA, M. C. N. da; LORENZETTI, J.; PERUZZO, S. A.; BRESCIANI, H. R. Jornada de 30 horas semanais: condição necessária para assistência de enfermagem segura e de qualidade. **Enfermagem em Foco**, Brasília, DF, v. 1, n. 3, p. 114-118, 2010.

NUNES, L. A.; CAMPOS, E. M. S. Prontuário Eletrônico do Cidadão como ferramenta para análise de demanda e planejamento das ações na Estratégia Saúde da Família. **Saúde em Redes**, v. 12, supl. 3, 2026.

PEREIRA, Á. A. C.; CUNHA, C. L. F.; ALVARENGA, E. C.; LEMOS, M.; BASTOS, M. do S. C. B. de O.; SILVA, K. L. da; SÁ, N. N. B. de. Precarização do trabalho de enfermeiras: uma análise na atenção primária à saúde brasileira. **Trabalho, Educação e Saúde**, [S.L.], v. 21, p. 1-15, 2023.

CONSTRUÇÃO DE PRIORIDADES PARA UM NOVO CICLO DE POLÍTICA PÚBLICA: A EXPERIÊNCIA DA SECRETARIA DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA À SAÚDE DO MINISTÉRIO DA SAÚDE PARA O 7º TRIÊNIO DO PROADI-SUS

FERNANDO HENRIQUE MARTINS DA SILVA

RESUMO

A preparação de um novo ciclo do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS) envolve a articulação entre diretrizes governamentais, problemas públicos, necessidades territoriais e capacidade de execução. Este trabalho relata a experiência da Secretaria de Atenção Especializada à Saúde do Ministério da Saúde na construção das prioridades que orientaram a preparação do 7º Triênio do Programa, correspondente ao período de 2027 a 2029. Trata-se de relato de experiência, de caráter descritivo e abordagem qualitativa, baseado em documentos, registros institucionais, informações da carteira vigente e reuniões de planejamento realizadas em 2026. O percurso foi organizado em três movimentos complementares: diagnóstico da carteira de projetos do triênio 2024-2026; construção de matriz de coerência relacionando projetos, problemas centrais e causas, seguida de discussão estratégica com áreas técnicas e gestão da Secretaria; e consolidação das linhas prioritárias para o novo período. A análise permitiu deslocar o foco de projetos isolados e entidades executoras para os problemas públicos e as transformações pretendidas para o Sistema Único de Saúde, identificando convergências, complementaridades, lacunas e possibilidades de atuação integrada. Como resultado, foram consolidadas dez linhas prioritárias, abrangendo tanto áreas assistenciais quanto dimensões estruturantes da organização do sistema, como regulação do acesso, informação, custos e telessaúde. O processo também incorporou território e população como referências para a definição das futuras intervenções, considerando desigualdades regionais, vazios assistenciais, capacidade instalada e necessidades dos usuários. A experiência evidenciou que a qualificação da formulação de projetos pode começar antes do plano de trabalho, por meio da definição prévia dos problemas, prioridades e resultados pretendidos. Conclui-se que a construção antecedente de prioridades fortalece a governança do portfólio, amplia o protagonismo da área finalística e qualifica o PROADI-SUS como instrumento indutor da implementação de políticas de saúde orientadas às necessidades do Sistema Único de Saúde e da população.

Palavras-chave: Planejamento em Saúde; Gestão de Projetos; Sistema Único de Saúde.

1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS), por sua dimensão territorial, diversidade regional e organização federativa, exige processos de planejamento capazes de articular diretrizes governamentais, necessidades de saúde e intervenções concretas. A implementação de políticas públicas é especialmente complexa, pois depende da articulação entre atores, instituições, níveis de governo, capacidades organizacionais e contextos territoriais. Em arranjos interorganizacionais, essa complexidade exige coordenação de responsabilidades, recursos e processos decisórios em torno de objetivos comuns (Barbosa, 2016). Nesse contexto, projetos

DOI: 10.51161/iv-conasus/89506

estratégicos podem traduzir problemas prioritários e diretrizes institucionais em objetivos, entregas e resultados.

No campo da saúde, o Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS) integra esse conjunto de instrumentos. Sob responsabilidade do Ministério da Saúde, o Programa viabiliza projetos de apoio e a prestação de serviços ambulatoriais e hospitalares não remunerados por Entidades de Saúde de Reconhecida Excelência, em benefício do SUS. Entre suas áreas de atuação estão avaliação e incorporação de tecnologias, capacitação de recursos humanos, pesquisas de interesse público em saúde e desenvolvimento de técnicas e operações de gestão em serviços de saúde (Brasil, 2022). Organizado em ciclos trienais, o PROADI-SUS mobiliza capacidade técnica, institucional e financeira para apoiar a implementação e o aprimoramento de políticas públicas de saúde.

Essa compreensão permite ultrapassar uma perspectiva centrada exclusivamente em projetos isolados. Francisco (2024) evidencia a participação do PROADI-SUS no financiamento e no desenvolvimento de iniciativas estratégicas para o SUS, inclusive em sua relação com o Plano Nacional de Saúde e com áreas estruturantes do sistema. A partir dessa perspectiva, este trabalho considera que o potencial indutor do Programa depende não apenas da qualidade individual dos projetos, mas também da coerência entre a carteira de iniciativas, os problemas públicos, as prioridades governamentais e os resultados pretendidos. Assim, a construção de um novo ciclo requer definir previamente as transformações que orientarão os projetos, para que o portfólio resulte de prioridades institucionais e dialogue com as necessidades dos territórios e os problemas enfrentados pela população. Sob a perspectiva da Saúde Coletiva, esse movimento articula planejamento, redes de atenção, território e necessidades dos usuários.

Na Atenção Especializada, esse desafio envolve um campo amplo e heterogêneo. A Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde (PNAES) compreende esse nível de atenção como articulado aos demais pontos da Rede de Atenção à Saúde e orientado pelas necessidades da população e dos territórios (Brasil, 2023). O Plano Nacional de Saúde 2024-2027, por sua vez, estabelece como objetivo ampliar a oferta e o acesso à Atenção Especializada, com redução das desigualdades regionais e sociais e promoção da integralidade do cuidado (Brasil, 2024). Nesse contexto, a formulação de projetos deve considerar sua inserção em estratégias mais amplas de organização do cuidado, integração entre níveis de atenção e resposta às necessidades territoriais. A definição prévia de prioridades pode, assim, aproximar os instrumentos de cooperação das necessidades identificadas pela gestão e das políticas públicas sob sua responsabilidade.

A preparação do 7º Triênio do PROADI-SUS, correspondente ao período de 2027 a 2029, levou a Secretaria de Atenção Especializada à Saúde (SAES) a estruturar previamente suas prioridades para o novo ciclo. O processo considerou a experiência acumulada com a carteira em execução, os problemas e necessidades identificados pelas áreas responsáveis pelas políticas de atenção especializada e os direcionamentos da gestão. A organização prévia dessas prioridades buscou deslocar a lógica de planejamento dos projetos disponíveis para as transformações consideradas prioritárias para a política pública.

Nesse contexto, este trabalho apresenta a experiência de construção e consolidação das linhas prioritárias da Atenção Especializada para o 7º Triênio do PROADI-SUS, tomando esse processo como etapa de planejamento de um novo ciclo de política pública. O relato concentra-se no percurso desenvolvido no âmbito da SAES até a definição dessas linhas, compreendidas como referências estratégicas para orientar as etapas subsequentes de formulação do portfólio. Ao sistematizar a experiência, busca-se discutir como a definição prévia de prioridades pode contribuir para fortalecer a relação entre política pública, planejamento e projetos estratégicos, qualificando o uso do PROADI-SUS como instrumento indutor da implementação de ações voltadas às necessidades e aos objetivos do SUS.

DOI: 10.51161/iv-conasus/89506

2 RELATO DE CASO/EXPERIÊNCIA

Trata-se de relato de experiência, de caráter descritivo e abordagem qualitativa, desenvolvido no âmbito da Secretaria de Atenção Especializada à Saúde do Ministério da Saúde (SAES/MS), durante o processo preparatório para o 7º Triênio do PROADI-SUS, correspondente ao período de 2027 a 2029. Para fins deste trabalho, o recorte compreende as etapas internas de planejamento realizadas em 2026, desde a análise da carteira de projetos vigente até a consolidação e apresentação das linhas prioritárias da Atenção Especializada para o novo ciclo. Não integram o escopo deste relato as etapas posteriores de detalhamento das intervenções, formulação dos novos projetos ou definição das respectivas entidades executoras.

A sistematização da experiência foi realizada a partir de fontes documentais e registros institucionais produzidos ou utilizados durante o processo de planejamento. Constituíram fontes do relato as bases administrativas e gerenciais da carteira de projetos PROADI-SUS sob governança da SAES no triênio 2024-2026; informações sobre escopo, execução física e financeira, abrangência territorial, entregas e resultados dos projetos; apresentações consolidadas por entidade executora e por iniciativa; documentos de planejamento produzidos pelas áreas da Secretaria; além de registros e sínteses das reuniões internas destinadas à discussão da carteira e das prioridades para o novo triênio. A análise da carteira vigente foi estruturada para subsidiar a construção do 7º Triênio, contemplando dimensões técnicas, financeiras, assistenciais e de alcance das intervenções.

O processo foi organizado, para fins deste relato, em três movimentos complementares. O primeiro correspondeu à construção de um diagnóstico da carteira vigente. Os projetos foram revisitados buscando compreender não apenas seu objeto formal, mas o problema enfrentado, o público e os territórios alcançados, as principais entregas, os resultados produzidos, a composição financeira, a continuidade das ações e as possibilidades de manutenção, ampliação, integração ou reposicionamento no novo triênio. A análise também buscou identificar iniciativas com objetos convergentes, possíveis sobreposições, complementaridades e lacunas, permitindo deslocar o olhar de cada projeto isoladamente para o conjunto de intervenções relacionadas às políticas sob responsabilidade da Atenção Especializada.

O segundo movimento consistiu na construção, pela equipe, de uma matriz de coerência da carteira vigente, utilizada para relacionar cada projeto aos problemas centrais e às causas sobre as quais suas intervenções incidiam. A matriz permitiu reorganizar a leitura do portfólio para além dos títulos, objetos formais ou entidades executoras, buscando explicitar qual problema público cada iniciativa pretendia enfrentar, quais determinantes ou causas estavam relacionados à intervenção e em que medida diferentes projetos convergiam para desafios semelhantes. Esse exercício possibilitou identificar aproximações temáticas, complementaridades, sobreposições, lacunas e diferentes níveis de contribuição dos projetos para problemas comuns da Atenção Especializada. A partir dessa leitura estruturada, os achados foram submetidos à discussão estratégica com a equipe responsável pela governança dos projetos, as áreas técnicas e a direção da SAES, incluindo reunião específica com o Secretário de Atenção Especializada à Saúde para revisão do portfólio e definição dos direcionamentos para o novo ciclo. Nesse processo, foram consideradas a necessidade de partir dos problemas e prioridades do SUS, a possibilidade de integrar iniciativas convergentes em intervenções de maior escala, a orientação para resultados sanitários mensuráveis e a sustentabilidade e internalização das soluções pela rede. O direcionamento consolidado buscou, assim, substituir uma organização predominantemente centrada em projetos ou entidades executoras por uma lógica em que os problemas públicos, suas causas e os resultados pretendidos pelo SUS antecedem a definição das soluções e dos parceiros responsáveis por sua execução.

DOI: 10.51161/iv-conasus/89506

O terceiro movimento compreendeu a transformação dos direcionamentos estratégicos em linhas prioritárias para a Atenção Especializada. Os temas identificados nas etapas anteriores foram agrupados e sucessivamente refinados a partir de critérios relacionados aos problemas de saúde e de organização do SUS, às políticas e responsabilidades institucionais da SAES, às necessidades assistenciais e territoriais, à possibilidade de atuação em escala, à transversalidade entre áreas e ao potencial de geração de resultados para a população. As propostas passaram por rodadas internas de discussão, reorganização e validação, buscando evitar que temas específicos ou projetos já existentes fossem automaticamente convertidos em prioridades do novo ciclo. O produto dessa etapa foi um conjunto de linhas prioritárias concebidas como referências estratégicas para orientar a fase subsequente de construção do portfólio do PROADI-SUS.

Para a sistematização analítica deste relato, foram definidas cinco dimensões de análise: i) relação entre os projetos existentes e os problemas públicos enfrentados; ii) alinhamento com as prioridades e políticas da Atenção Especializada; iii) capacidade de produzir resultados relevantes para o SUS e para a população nos territórios; iv) potencial de integração, escala e sustentabilidade das intervenções; e v) governança do processo de priorização, especialmente quanto ao protagonismo da área finalística na definição das demandas. O ponto de encerramento do relato corresponde à apresentação das linhas prioritárias consolidadas como produto da etapa interna de planejamento, sem considerar como resultados deste estudo os desdobramentos posteriores de construção das Teorias da Mudança ou de formulação dos projetos do triênio 2027-2029.

3 DISCUSSÃO

A análise da carteira vigente, a partir das bases administrativas, gerenciais e dos registros institucionais descritos anteriormente, evidenciou que a leitura dos projetos exclusivamente por entidade executora, área técnica ou iniciativa individual era insuficiente para orientar a construção do novo ciclo. Embora esse formato permitisse acompanhar a execução de cada projeto, dificultava a visualização do conjunto das intervenções relacionadas a um mesmo problema público, bem como a identificação de convergências, sobreposições, lacunas e possibilidades de atuação integrada. No processo analisado, a revisão da carteira possibilitou deslocar a unidade de análise do projeto isolado para o problema que justificava a intervenção, favorecendo uma leitura do portfólio orientada pelas necessidades e pelos desafios sob responsabilidade da Atenção Especializada.

A elaboração da matriz de coerência aprofundou esse deslocamento ao relacionar os projetos vigentes aos respectivos problemas centrais e às causas sobre as quais incidiam. A análise evidenciou que iniciativas desenvolvidas por diferentes entidades ou acompanhadas por distintas áreas da Secretaria podiam atuar sobre componentes de um mesmo problema, ainda que não estivessem originalmente organizadas como parte de uma estratégia comum. Da mesma forma, foram identificadas situações em que a existência de projetos relacionados a determinado tema não significava, necessariamente, cobertura suficiente das diferentes causas do problema ou das necessidades existentes nos territórios. No processo analisado, a matriz funcionou como instrumento de leitura estratégica do portfólio, permitindo discutir não somente o que estava sendo executado, mas também a relação entre as intervenções existentes e as transformações pretendidas para o SUS.

A discussão desses achados com a gestão da SAES resultou em uma mudança na lógica utilizada para a preparação do 7º Triênio. O direcionamento adotado foi de que a construção da nova carteira deveria partir dos problemas e prioridades definidos pelo Ministério da Saúde, cabendo às Entidades de Saúde de Reconhecida Excelência contribuir posteriormente com suas capacidades técnicas para o desenvolvimento das soluções. A orientação também favoreceu a

DOI: 10.51161/iv-conasus/89506

integração de iniciativas convergentes, a busca por intervenções em escala compatível com os problemas identificados e maior ênfase em resultados, sustentabilidade e internalização das soluções no SUS. Em termos analíticos, esse direcionamento dialoga com a discussão sobre implementação de políticas públicas em arranjos interorganizacionais, nos quais a coordenação entre diferentes atores e instituições constitui elemento relevante para a articulação de responsabilidades e objetivos comuns (Barbosa, 2016). No processo analisado, essa mudança representou uma transição de uma organização predominantemente baseada na oferta de projetos para uma lógica orientada pela demanda e pelas prioridades da política pública, na qual os problemas públicos, os resultados pretendidos e a escala necessária passaram a anteceder a definição das soluções e dos parceiros executores.

Como produto do recorte analisado, a consolidação dos documentos e registros institucionais utilizados no processo de planejamento resultou na definição de dez linhas prioritárias para orientar as etapas subsequentes do PROADI-SUS na Atenção Especializada: Cardiopatias Congênitas e Cardiologia Pediátrica; Oncologia Pediátrica; Diagnóstico e Informação Oncológico; Saúde Mental e Fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial; Urgência e Emergência; Regulação do Acesso e Gestão das Filas na Atenção Especializada; Linha Cardiovascular Integrada; Transplantes; Modelo Nacional de Apuração de Custos; e Telessaúde na Atenção Especializada (Brasil, 2026). Para cada linha, o processo avançou da identificação temática para a explicitação de um problema central e das principais causas relacionadas, criando uma base estruturada para a posterior definição de resultados esperados e o desenho das intervenções. A análise dos problemas centrais e de suas causas evidenciou questões relacionadas às desigualdades territoriais no acesso e na capacidade assistencial, à fragmentação das redes e dos fluxos de cuidado, às limitações de informação e regulação, à heterogeneidade da capacidade instalada, às dificuldades de relacionar custos e resultados e à fragmentação das ofertas de telessaúde.

A diversidade das linhas consolidadas evidencia que a priorização não se limitou a doenças ou especialidades clínicas. O conjunto incluiu linhas assistenciais, como cardiopatias congênitas, oncologia pediátrica, saúde mental, urgência e emergência e transplantes, além de questões estruturantes do funcionamento do sistema, como regulação do acesso, informação oncológica, apuração de custos e telessaúde. Essa configuração dialoga com a Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde, que compreende a Atenção Especializada de forma articulada aos demais pontos da Rede de Atenção à Saúde, orientada pelas necessidades da população e dos territórios e envolvendo dimensões relacionadas à regulação, à gestão, à informação e à organização do cuidado (Brasil, 2023). A composição das prioridades expressou, assim, uma abordagem da Atenção Especializada que ultrapassa a oferta de procedimentos e incorpora mecanismos necessários à organização e ao funcionamento das redes de cuidado.

Outro resultado observado foi a incorporação do território e da população como referências para a discussão das futuras intervenções. A análise deixou de considerar a abrangência territorial apenas como local de execução do projeto e passou a utilizá-la como dimensão relacionada à distribuição das necessidades, às capacidades instaladas, aos vazios assistenciais e às diferenças de acesso e resultados. Essa perspectiva apareceu de forma transversal nas linhas consolidadas, especialmente nas desigualdades regionais da capacidade de diagnóstico e tratamento, na concentração do acesso a procedimentos de maior complexidade, na fragmentação dos fluxos de referência, nas diferenças entre serviços e na insuficiente integração das soluções digitais às necessidades assistenciais dos territórios. Esse direcionamento é coerente com a Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde, que orienta a organização da Atenção Especializada a partir das necessidades de saúde da população e dos territórios, e com o Plano Nacional de Saúde 2024-2027, que estabelece entre seus

objetivos a ampliação do acesso à Atenção Especializada com redução das desigualdades regionais e sociais (Brasil, 2023; Brasil, 2024).

Do ponto de vista da governança, a experiência mostrou que a definição das prioridades envolveu tanto a participação das áreas técnicas quanto o direcionamento da alta gestão. As áreas técnicas contribuíram com conhecimento específico sobre as políticas, os problemas e as necessidades sob sua responsabilidade, enquanto a instância estratégica da Secretaria possibilitou analisar o portfólio em seu conjunto, estabelecer prioridades e orientar sua utilização como instrumento de implementação das políticas de Atenção Especializada. Essa dinâmica encontra respaldo na abordagem de governança em saúde baseada em direcionamento estratégico, coordenação e alinhamento entre as unidades responsáveis pela gestão e execução das políticas. O Guia de Governança e Gestão em Saúde do Tribunal de Contas da União estabelece que a definição da estratégia envolve a identificação das demandas e necessidades das partes interessadas, a avaliação do ambiente, a definição de objetivos e o alinhamento das áreas envolvidas, atribuindo à liderança responsabilidade pelo direcionamento da gestão (Brasil, 2018).

A experiência analisada sugere, ainda, que a qualificação da formulação dos projetos pode ser iniciada antes da elaboração do plano de trabalho. O modelo técnico do PROADI-SUS prevê que as propostas demonstrem sua vinculação aos instrumentos de planejamento governamental e às políticas públicas, sua relevância para o SUS, sua abrangência territorial, seus objetivos, resultados, indicadores e lógica de execução (Brasil, 2022). Nesse sentido, a definição prévia das linhas prioritárias cria condições para que esses elementos sejam considerados de forma articulada desde a origem da intervenção, em vez de serem organizados somente após a existência de uma proposta de projeto. A principal contribuição do processo relatado foi, portanto, reposicionar a pergunta inicial do planejamento: antes de definir quais projetos devem integrar o novo ciclo, identificar quais problemas públicos precisam ser enfrentados, por que são prioritários e quais transformações o SUS pretende produzir.

Por fim, os resultados devem ser interpretados dentro dos limites do recorte adotado. As linhas prioritárias representam um produto intermediário do planejamento e não correspondem, por si mesmas, a projetos aprovados, soluções definidas ou resultados sanitários alcançados. Sua função, nesta etapa, é estabelecer uma referência estratégica comum para o aprofundamento dos problemas e de suas causas, a definição dos resultados esperados, dos objetivos e indicadores e a posterior formulação das intervenções. A efetividade da abordagem adotada dependerá da capacidade de preservar, nas etapas subsequentes, a coerência entre as prioridades estabelecidas e os projetos que vierem a compor o 7º Triênio, bem como de acompanhar se as intervenções formuladas mantêm aderência aos problemas públicos e às necessidades dos territórios que fundamentaram sua priorização.

4 CONCLUSÃO

A experiência relatada indica que a construção de prioridades para um novo ciclo do PROADI-SUS pode ser qualificada quando antecedida por uma leitura estruturada da carteira vigente e orientada pelos problemas públicos que as intervenções pretendem enfrentar. A análise dos projetos, associada à construção da matriz de coerência entre problemas centrais, causas e iniciativas existentes, favoreceu o deslocamento de uma leitura fragmentada do portfólio para uma perspectiva orientada pelos problemas e subsidiou a definição de linhas prioritárias a partir das necessidades da Atenção Especializada, dos territórios e da população.

A consolidação das linhas prioritárias expressou uma mudança na lógica adotada para o planejamento do novo ciclo, ao estabelecer que os problemas públicos, as transformações pretendidas e as prioridades institucionais deveriam anteceder o desenho dos projetos e a definição das soluções. Nesse processo, o protagonismo da área finalística e o direcionamento

DOI: 10.51161/iv-conasus/89506

da alta gestão foram fortalecidos na orientação estratégica do portfólio. A experiência também indica que o PROADI-SUS pode ser utilizado como instrumento de apoio à implementação de políticas públicas de saúde quando sua carteira é estruturada a partir de prioridades previamente definidas, aproximando planejamento, governança e formulação de projetos das necessidades concretas do SUS.

As linhas construídas constituem, entretanto, um produto intermediário do processo e não correspondem a projetos aprovados, soluções definidas ou resultados sanitários alcançados. Nesta etapa, sua função é estabelecer uma referência estratégica para o aprofundamento dos problemas e de suas causas, a definição de resultados esperados, objetivos e indicadores e a posterior formulação das intervenções. A continuidade do processo deverá preservar a coerência entre essas prioridades e os projetos que vierem a compor o 7º Triênio, de modo que a carteira 2027-2029 mantenha aderência aos problemas identificados, às prioridades da Atenção Especializada e às necessidades da população nos diferentes territórios.

REFERÊNCIAS

BARBOSA, Sheila Cristina Tolentino. Capacidade de gestão: coordenação interorganizacional na implementação de programas públicos federais no Brasil. Boletim de Análise Político-Institucional, Brasília, DF, n. 9, p. 47-58, jan./jun. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual do PROADI-SUS: manual técnico de orientação para elaboração, análise e prestação de contas dos projetos do PROADI-SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022. 2. atualização, set. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.604, de 18 de outubro de 2023. Institui a Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde (PNAES), no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, n. 200, p. 87-90, 20 out. 2023. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2023/prt1604_20_10_2023.html. Acesso em: 30 ago. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Plano Nacional de Saúde 2024-2027. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/gestao-do-sus/instrumentos-de-planejamento/pns/plano-nacional-de-saude-pns-2024-2027/view. Acesso em: 30 ago. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Coordenação-Geral de Projetos da Atenção Especializada. Consolidação Linhas Prioritárias SAES PROADI. Brasília, DF: Ministério da Saúde, ago. 2026. Documento interno.

BRASIL. Tribunal de Contas da União. Guia de governança e gestão em saúde: aplicável a secretarias e conselhos de saúde. Brasília, DF: TCU, Secretaria de Controle Externo da Saúde, 2018.

FRANCISCO, Iago Bergamo. Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS (PROADI-SUS): uma análise das contribuições para o sistema de saúde. 2024. Trabalho Aplicado (Mestrado Profissional em Gestão e Políticas Públicas) - Escola de Administração de Empresas de São Paulo, Fundação Getulio Vargas, São Paulo, 2024.

MODELOS DE SISTEMAS DE SAÚDE PÚBLICA EM ANGOLA E BRASIL: ANÁLISE COMPARATIVA E IMPLICAÇÕES PARA A SAÚDE DA POPULAÇÃO (2010–2020)

PAULA SIMONE SACAHANDA CABITA

Introdução: Este projeto de pesquisa com o tema central "Modelos de Sistemas de Saúde Pública em Angola e Brasil: Análise Comparativa e Implicações para a Saúde da População (2010–2020)". **Objetivo:** Propõe compreender as semelhanças, diferenças e particularidades dos sistemas de saúde dos dois países, analisando como seus contextos políticos, econômicos e sociais interferem no acesso, qualidade e na efetividade dos serviços de saúde. Entendendo a saúde pública como um direito humano fundamental e um dos pilares do desenvolvimento social. A pesquisa busca responder à seguinte questão central: de que forma os modelos de sistemas de saúde pública em Angola e no Brasil, entre 2010 e 2020, influenciam os resultados na saúde da população e a efetivação do direito à saúde? A partir dessa questão principal, surgem outras indagações que orientam a análise: quais são as principais características estruturais e organizacionais dos sistemas de saúde de Angola e do Brasil? **Metodologia:** o estudo conta com uma metodologia comparativa através da revisão bibliográfica realizada no periódico da CAPES para analisar e responder a problemática e os objetivos da pesquisa. **Resultados:** O estudo evidenciou que os sistemas de saúde de Angola e Brasil enfrentam enormes desafios apesar dos avanços, sendo condicionado pelos problemas históricos, políticos, económicos e sociais requerendo maior atuação do Estado para garantia na qualidade do serviço prestado a população. Entre 2010 e 2020, no Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) consolidou-se como uma das maiores experiências de política pública universal do mundo, mesmo enfrentando desafios estruturais e financeiros com diversos governos. Em Angola, desde 2002 busca reconstruir suas instituições após o longo período de conflito armado, houve importantes esforços para expandir o acesso aos serviços básicos de saúde, reduzir a mortalidade infantil e fortalecer a atenção primária, ainda que persistam desigualdades regionais e limitações de infraestrutura por ser um estado unitário com políticas centralizadas. **conclusão:** Há necessidade de estreitar a relação entre os dois países na área da saúde (cooperação Sul-Sul) sendo Brasil um país mais avançado e como um modelo de sistema de saúde universal e referencial a nível mundial.

Palavras-chave: **SUS; SAÚDE PÚBLICA; ANGOLA BRASIL**

DOI: 10.51161/iv-conasus/89511

DO DESCONHECIDO AO DIÁLOGO: A LUTA ANTIMANICOMIAL E A REFORMA PSIQUIÁTRICA NO ESPAÇO UNIVERSITÁRIO - UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

MARIA CRISTINA DE JESUS SANTOS ARRUDA; TAMARA PEREIRA SOARES; FERNANDA SILVA GOMES DA HORA; AMANDA DAS VIRGENS SILVA

Introdução: A Luta Antimanicomial representa um marco na atenção em saúde mental, propondo a substituição do modelo manicomial por cuidados pautados na dignidade humana, cidadania e inclusão social. Nesse contexto, a Reforma Psiquiátrica brasileira busca superar a internação prolongada e fortalecer o cuidado humanizado e comunitário. **Objetivo:** Relatar a experiência de uma ação extensionista desenvolvida por acadêmicos do 7º semestre de Psicologia para divulgar informações sobre a Reforma Psiquiátrica, a Luta Antimanicomial e os direitos das pessoas em sofrimento psíquico no contexto universitário. **Relato de Experiência:** A ação envolveu visitas a um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e diálogos com estudantes de diferentes cursos na instituição de ensino. Para intermediar e dinamizar as interações, utilizaram-se recursos interativos como banner, folder e painel informativo, além da estruturação de um espaço de acolhimento interativo voltado à escuta sensível. Por meio desses recursos, abordaram-se os direitos das pessoas em sofrimento psíquico e os aspectos da assistência psiquiátrica no Brasil. Observou-se que muitos participantes desconheciam a Luta Antimanicomial, a legislação e os direitos em saúde mental, inclusive pessoas com familiares em sofrimento psíquico. Isso evidenciou a necessidade de ampliar o diálogo no ambiente universitário. A atividade possibilitou desconstruir preconceitos e reforçar o reconhecimento desses indivíduos como sujeitos de direitos. Assim, a vivência destacou a relevância da extensão universitária como ferramenta de conscientização e transformação social, aproximando áreas do conhecimento. **Conclusão:** Ações educativas dessa natureza são essenciais para ampliar o debate sobre saúde mental, fortalecer a cultura de inclusão e promover conhecimento de utilidade pública. A experiência possibilitou a difusão de informações e criou um espaço fundamental de diálogo e reflexão entre os estudantes.

Palavras-chave: **INFORMAÇÃO; CIIDADANIA; INCLUSÃO**

DOI: 10.51161/iv-conasus/89518

GESTÃO DO SUS, COMPETÊNCIAS FEDERATIVAS E CONTROLE SOCIAL NO ENFRENTAMENTO À COVID-19 EM SANTA LUZIA/MG

GLAUCON DURÃES DA SILVA SANTOS

RESUMO

Este resumo expandido analisa como a distribuição federativa de competências e os mecanismos de controle social condicionaram a resposta do sistema municipal de saúde de Santa Luzia-MG à pandemia de Covid-19 entre 2020 e 2023. O objetivo foi examinar as medidas municipais de prevenção, assistência, vacinação e transparência, suas relações com as decisões das demais esferas governamentais e a intervenção do Conselho Municipal de Saúde e da Câmara Municipal. Trata-se de um recorte de pesquisa de doutorado em Ciências Sociais, especificamente, um estudo de caso de natureza qualitativa, com uso das técnicas da Análise Documental e da Entrevista Aberta Focalizada. Foi realizada análise de documentos legais, administrativos, epidemiológicos, bem como de depoimentos de conselheiros e trabalhadores da saúde pública municipal. Os resultados indicam que Santa Luzia adotou medidas emergenciais de prevenção e controle, mas apresentou contradições entre normas sanitárias e práticas político-administrativas. A dependência histórica dos serviços de Belo Horizonte e a concentração regional da atenção especializada evidenciaram limites da autonomia municipal e a importância da cooperação interfederativa. A União exerceu funções de financiamento, normatização e coordenação nacional, enquanto o estado participou da distribuição de vacinas e da organização regional, entretanto, a descoordenação política entre os entes dificultou respostas articuladas. No âmbito local, o Conselho de Saúde atuou na defesa da vacinação universal, na cobrança por leitos, separação de fluxos e adequação da assistência. A Câmara Municipal fiscalizou despesas e contratos e aprovou normas de transparência, inclusive após vetos do Executivo. Conclui-se que a efetividade da resposta municipal resultou da atuação do Executivo mediante a pressão exercida pelo controle social, pelo Legislativo e pela interdependência metropolitana. O caso demonstra que autonomia federativa sem coordenação, transparência e participação social pode ampliar desigualdades, enfraquecer a autoridade sanitária e agravar as situações de vulnerabilidade da população.

Palavras-chave: Federalismo sanitário; Participação popular; Vigilância epidemiológica.

1 INTRODUÇÃO

A pandemia de Covid-19 submeteu o Sistema Único de Saúde (SUS) a uma de suas maiores crises desde a sua criação. A referida emergência sanitária exigiu ampliação da capacidade assistencial, reorganização da atenção básica, vigilância epidemiológica, aquisição de equipamentos, vacinação em massa e produção contínua de informações. Essas ações deveriam ser executadas em um sistema descentralizado, regionalizado e organizado por responsabilidades comuns e específicas da União, dos estados e dos municípios.

A Constituição Federal (CF) de 1988 estabelece que a saúde é direito de todos e dever do Estado. Também define como competência comum dos entes federativos cuidar da saúde e

DOI: 10.51161/iv-conasus/89520

da assistência pública. A Lei nº 8.080/1990 distribui atribuições administrativas e sanitárias entre as esferas governamentais, enquanto a Lei nº 8.142/1990 institucionaliza conselhos e conferências de saúde como instâncias de participação comunitária. (Brasil, 1988; Brasil, 1990; Brasil, 1990).

A descentralização do SUS ampliou a capacidade dos municípios de organizar serviços conforme as necessidades locais. Não obstante, a desigualdade de recursos financeiros, profissionais, tecnológicos e hospitalares exige relações cooperativas e redes regionalizadas. Os consórcios intermunicipais e outros mecanismos de articulação procuram superar o chamado municipalismo autárquico, promovendo compartilhamento de estruturas e serviços de maior complexidade (Rocha; Faria, 2004).

Durante a pandemia da Covid-19, o federalismo brasileiro transformou-se em uma arena de disputas. A condução federal foi marcada por confrontação, contradições e descoordenação intergovernamental, enquanto estados e municípios adotaram respostas inovadoras (Abrucio et al., 2020; Fleury, 2020; Fleury; Fava, 2022). Isso porque a atuação do Supremo Tribunal Federal reafirmou competências concorrentes e comuns dos entes, impedindo a concentração das decisões sanitárias na União (Fernandes; Ouverney, 2022; Shimizu et al., 2021).

A despeito das inovações da gestão da referida crise sanitária protagonizadas por estados e municípios, Santa Luzia, situada na Região Metropolitana de Belo Horizonte (RMBH), é um caso de cidade metropolitana brasileira cujo enfrentamento a pandemia envolveu tensões entre, por um lado, o Poder Legislativo, o Conselho Municipal de Saúde (CMS) e a dinâmica da região metropolitana, e por outro lado, o Poder Executivo, em grande medida, alinhado ao modus operandi negacionista e anticiência, do governo do presidente Jair Bolsonaro.

2 MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de estudo de caso de abordagem qualitativa, com uso das técnicas da Análise Documental teorizada por Samara e Tupy (2010) e Entrevista Aberta Focalizada, teorizada por Rosenthal (2014), realizado no município de Santa Luzia, tendo como objeto à gestão municipal do Sistema Único de Saúde no enfrentamento da pandemia de Covid-19 e tendo como recorte temporal o período de 2020 a 2023.

Inicialmente, procedi a revisão da bibliografia nacional especializada referente aos temas da Covid-19 e do federalismo e regionalização do SUS.

Na sequência, realizei a análise dos chamados Boletins Epidemiológicos Coronavírus e relatórios anuais de gestão (RAG) da SMS, até então disponibilizados no *site* da Prefeitura Municipal de Santa Luzia (PM-SL), bem como de decretos, leis, projetos de lei, indicações e requerimentos da Câmara Municipal de Santa Luzia (CM-SL), legislação federal do SUS, decisões e normas relacionadas à pandemia e documentos da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES-MG).

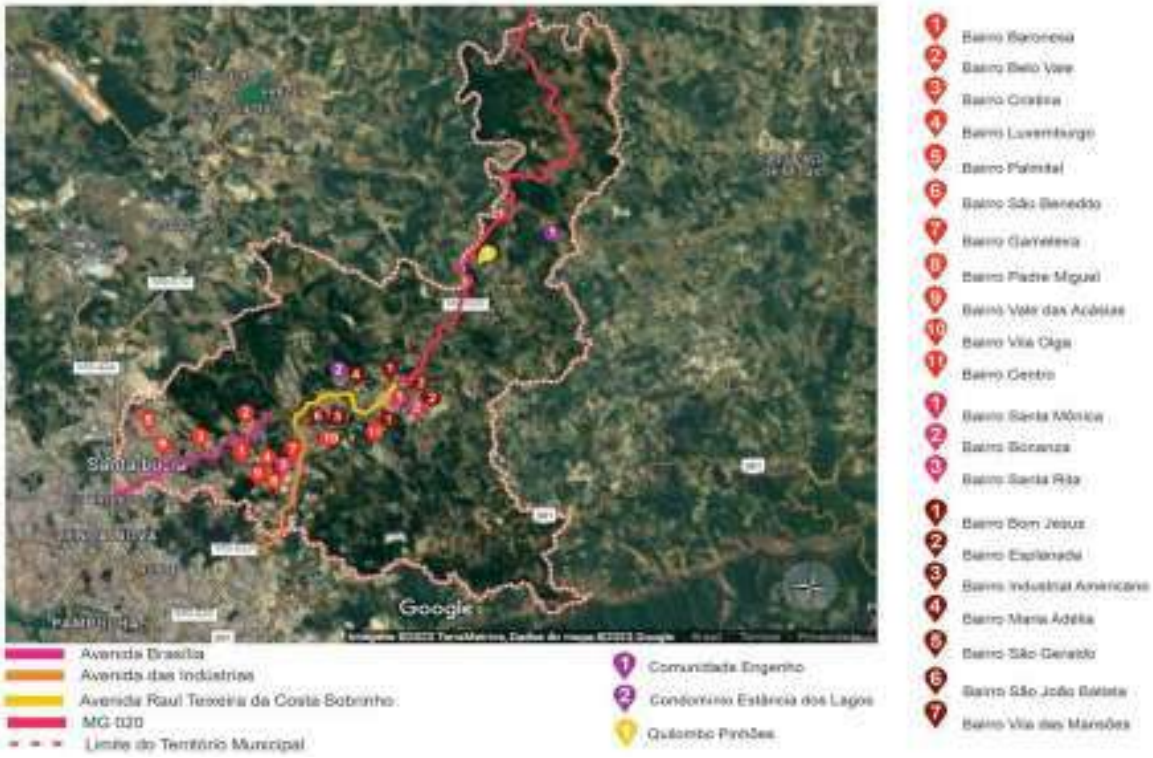
Por fim, realizei 4 entrevistas com 3 conselheiras municipais de saúde representantes dos segmentos de usuários e trabalhadores e 1 trabalhador do SUS. O contato com os interlocutores se deu por meio de participação nas reuniões do CMS. As entrevistas foram agendadas a partir da disponibilidade de dia, horário e local dos entrevistados. Os interlocutores foram identificados por nomes-fantasia, para preservar suas identidades.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O primeiro caso suspeito de Covid-19 em Santa Luzia foi notificado em 11 de março de 2020, e o primeiro caso confirmado ocorreu em 28 de março. O primeiro óbito foi registrado em 10 de maio, uma mulher de 89 anos, residente no distrito de São Benedito e internada no Hospital Eduardo de Menezes, em Belo Horizonte. Esse atendimento expressa a dependência

histórica de Santa Luzia em relação à rede da capital, principalmente após o fechamento, em 2015, do Hospital São João de Deus (HSJD), único hospital da cidade, reaberto em 13 de abril de 2020 (Vilela, 2020).

A disseminação inicial do vírus, segundo dados dos Boletins Epidemiológicos da SMS, conforme é possível observar no mapa a seguir, ocorreu em bairros adjacentes as avenidas Brasília e das Indústrias, eixos que conectam Santa Luzia a Belo Horizonte. Posteriormente, os casos avançaram pelas vias que ligam as áreas urbanas à zona rural, alcançando a comunidade quilombola de Pinhões em julho de 2020. Entre maio de 2020 e abril de 2022, foram registrados casos em 67 dos 83 bairros acompanhado (Santa Luzia, 2022). O padrão territorial confirma a influência da conurbação, dos deslocamentos pendulares e das rodovias sobre a circulação do vírus. Esses achados são compatíveis com a análise de Nicolelis et al. (2021), para a qual as rodovias, as cidades superpropagadoras e a concentração de leitos nas capitais influenciaram a interiorização da Covid-19.



MAPA 1 - Distribuição do número de casos confirmados de Covid-19 por bairros de Santa Luzia nos dias 15, 20 e 26/05/2020 e casos isolados nos dias 04/07/2020 e 09/04/2022[1]

Os indicadores de morbidade hospitalar apontados nos relatórios anuais de gestão da SMS demonstraram o impacto da pandemia. O grupo "algumas doenças infecciosas e parasitárias" passou de aproximadamente 567 internações em 2019 para 1.322 em 2020. Em 2021, alcançou 2.613 internações, cerca de 18% das 14.543 hospitalizações de residentes no ano. Em 2022, o total caiu para 1.369 e, em 2023, para 1.022. Na mortalidade, o mesmo grupo passou de 52 óbitos em 2019 para 205 em 2020 e 465 em 2021, recuando para 113 em 2022. A trajetória de crescimento e queda evidencia a pressão exercida pela pandemia sobre a rede

[1] Fonte: Elaborado por Douglas Dias e Glaucon Durães a partir dos dados do Boletim Epidemiológico Coronavírus (2020-2022).

DOI: 10.51161/iv-conasus/89520

assistencial e a posterior redução associada à vacinação, à imunidade adquirida e à reorganização dos serviços (RAG, 2023).

3.1 Gestão municipal e competências das esferas governamentais

A União possui atribuições estratégicas de coordenação nacional, financiamento, vigilância em saúde, definição de diretrizes e organização de políticas como o Programa Nacional de Imunizações (PNI). Os estados coordenam redes regionalizadas, apoiam tecnicamente os municípios, distribuem insumos e articulam serviços de referência. Aos municípios compete executar ações de atenção básica, vigilância local, vacinação, fiscalização sanitária e organização dos serviços sob sua gestão, de acordo com as necessidades do território (Brasil, 1990).

Em Santa Luzia, o primeiro ato administrativo de enfrentamento a Covid-19, foi o Decreto nº 3.540, de 13 de março de 2020, que declarou emergência em saúde pública. Decretos posteriores regulamentaram medidas de prevenção, contingenciamento e funcionamento da administração. Em 13 de abril, o Decreto nº 3.554 tornou obrigatório o uso de máscaras. Conforme Silva Segundo et al. (2020), Santa Luzia adotou cerca de 68% das 34 medidas analisadas para os municípios da RMBH no primeiro semestre de 2020.

A reabertura do HSJD em 2020 ampliou a capacidade municipal de resposta e possibilitou sua utilização no atendimento à Covid-19. A medida representou importante recuperação da infraestrutura local, mas dependeu de recursos externos e ocorreu quando o vírus já circulava.

Sobre o enfrentamento municipal a pandemia, as minhas entrevistadas Alexandra e Sandra apontaram para a resistência, inicial, da PM-SL à instalação de estruturas de triagem, à separação de pacientes e à adoção de medidas mais restritivas. Já Felícia, destacou, em entrevista concedida a mim, a capacitação dos trabalhadores e a criação de estruturas provisórias de vacinação.

A interdependência com Belo Horizonte constituiu aspecto central para pacientes de Santa Luzia que utilizavam a rede de saúde da cidade vizinha. Segundo Sandra, a possibilidade de a capital impor restrições ao atendimento de moradores de municípios que não adotassem medidas sanitárias contribuiu para mudar a postura da PM-SL.

O caso confirma que competências comuns não equivalem a responsabilidades indiferenciadas. Sem coordenação, cada ente pode transferir responsabilidades, disputar protagonismo ou adotar decisões contraditórias. Abrucio et al. (2020) identificam a descoordenação como elemento crítico da resposta brasileira. Fleury e Fava (2022) acrescentam que a politização das medidas sanitárias enfraqueceu mecanismos de cooperação previamente consolidados no SUS. Em Santa Luzia, essas tensões apareceram na relação entre diretrizes nacionais, decisões estaduais, decretos municipais e pressões metropolitanas.

3.2 Vacinação, autonomia municipal e direito universal à saúde

A vacinação contra a Covid-19 começou no município em 19 de janeiro de 2021, após o recebimento de 762 doses encaminhadas pela SES-MG. O evento ocorreu na inauguração da Unidade Básica de Saúde (UBS) Prefeito Rui Avelar de Sousa, no bairro Industrial Americano, contraditoriamente, gerando aglomeração de pessoas. A primeira pessoa vacinada foi um técnico de enfermagem do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).

O início da referida campanha vacinal ilustra a cadeia federativa do SUS, que vai desde a aquisição e coordenação nacional até a distribuição estadual e execução municipal. Não obstante, no dia 26 de maio de 2021, o prefeito municipal Delegado Christiano Xavier declarou em entrevista à rádio 98 *Talks* (FM), ter proibido a vacinação das pessoas privadas de liberdade,

embora esse grupo estivesse contemplado no PNI (98 TALKS, 2021)[2]. O argumento estabelecia oposição entre presos e "população de bem", associando a vacina a prêmio moral.

A conselheira Sandra afirmou que o CMS deliberou pela referida imunização. O meu entrevistado Eduard Janner, que é profissional da vigilância epidemiológica, confirmou a vacinação extramuros. O episódio mostra que a autonomia do Executivo municipal é limitada pelas normas do SUS e pelas instâncias de controle social.

3.3 Controle social, fiscalização legislativa e transparência

O CMS possui caráter permanente e deliberativo e é formado por representantes do governo, prestadores de serviços, trabalhadores e usuários do SUS. Sua função é acompanhar a política municipal de saúde, apreciar planos e relatórios, fiscalizar recursos e participar de decisões estratégicas (Brasil, 1990).

No caso analisado, o controle social não se limitou à homologação formal das decisões do Executivo. A conselheira Sandra destacou sua atuação na cobrança por leitos, instalação de hospital de campanha, implantação de tenda na Unidade de Pronto Atendimento de São Benedito, separação de fluxos assistenciais e vacinação de pessoas privadas de liberdade. E a conselheira Alexandra sintetizou que o município enfrentou a Covid-19, mas o fez sob pressão constante do Conselho.

A atuação do CMS apresentou, entretanto, limites. Felícia afirmou que o tema nem sempre ocupava espaço central nas reuniões do CMS e que parte das informações era apresentada pela gestão de forma pontual. A referida conselheira também destacou um desafio frequente, qual seja, a participação formal não garante acesso igual à informação, capacidade técnica nem influência efetiva de todos os segmentos no Conselho.

A CM-SL desempenhou função complementar. Entre 2020 e 2022, foram aprovadas 36 indicações e 31 requerimentos relacionados à pandemia, além de projetos e normas sobre medidas sanitárias, sociais e econômicas. O primeiro ato identificado foi a Indicação nº 213, de 20 de março de 2020, que propôs atendimento domiciliar para idosos com problemas de saúde.

Os requerimentos solicitaram informações sobre equipamentos hospitalares, ações de enfrentamento, contratações e execução de medidas. Diante das dificuldades de acesso aos dados, a CM-SL aprovou as leis Nº 4.184/2020 e Nº 4.189/2020, após derrubar vetos do Executivo. Essas normas determinaram o envio de informações sobre recursos empregados no combate à Covid-19 e ampliaram a transparência de contratos, convênios e parcerias emergenciais.

Também ocorreram contradições entre normas e condutas públicas. Em agosto de 2021, quando o município acumulava 495 mortes por Covid-19, o telejornal MG 1, da TV Globo Minas, noticiava que o prefeito Delegado Christiano Xavier havia feito aglomeração, sem máscara e sem distanciamento social, em evento com pista de dança, contrariando disposições de decreto municipal editado por ele mesmo (Democracia Luziense, 2021)[3].

Diante do exporto, fica nítido que a capacidade de resposta do município não depende apenas da existência de decretos ou estruturas administrativas, mas da coerência das autoridades, da circulação de informações, da participação social e da fiscalização. Shimizu et al. (2021) observam, com entusiasmo, que governadores e prefeitos assumiram protagonismo durante a pandemia, mas, como vimos a partir do caso aqui analisado, a autonomia subnacional produziu resultados heterogêneos. Em Santa Luzia, o CMS, a CM-SL e a pressão metropolitana contribuíram para conter decisões seletivas e aperfeiçoar medidas assistenciais.

---

[2] Cf. https://www.youtube.com/watch?v=lrBLELLTc8g&t=595s. Acesso em: 1º set. 2023.
[3] Cf. https://www.youtube.com/watch?v=XzmSxzPzOZo. Acesso em: 1º set. 2023.

DOI: 10.51161/iv-conasus/89520

4 CONCLUSÃO

Como foi tratado ao longo deste resumo expandido, a gestão do enfrentamento a pandemia da Covid-19 em Santa Luzia combinou avanços institucionais, fragilidades assistenciais, conflitos políticos e forte dependência metropolitana. As ações de enfrentamento a pandemia não decorreram apenas da iniciativa autônoma do Executivo. Foram condicionadas por recursos externos, diretrizes nacionais, distribuição estadual de insumos, serviços de referência de Belo Horizonte e pressão das instâncias locais de fiscalização e controle.

A atuação do CMS e da CM-SL foram imprescindíveis para limitar decisões incompatíveis com o direito à saúde, como a proibição de vacinação de população carcerária, bem como fiscalizar ações, contratações e recursos emergenciais, confirmando, assim, a importância dos freios institucionais durante situações excepcionais.

A subnotificação de casos de Covid-19, a ausência de divulgação pública das atas das reuniões do CMS à época da pandemia, bem como dos registros territoriais completos, a remoção de materiais digitais dos *sites* oficiais da PM-SL, como por exemplo os Boletins Epidemiológicos Coronavírus, impuseram limites a análise aqui apresentada, que poderá ser aprofundada em pesquisas posteriores, e em análises comparativas com os casos de outras cidades metropolitanas brasileiras.

REFERÊNCIAS

ABRUCIO, F. L.; GIN, E. J.; FRANZESE, C.; SEGATTO, C. I.; COUTO, C. G. Combate à COVID-19 sob o federalismo bolsonarista: um caso de descoordenação intergovernamental. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 54, n. 4, p. 663-677, 2020.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Presidência da República, 1988.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde e sobre a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 20 set. 1990a.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 31 dez. 1990b.

FERNANDES, G. A. A. L.; OUVERNEY, A. M. Federalismo, democracia e saúde: a dinâmica da pandemia de Covid-19 no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, p. 1343-1357, 2022.

FLEURY, S. O SUS e a pandemia: a necessidade de reinventar o pacto federativo brasileiro. Centro de Estudos Estratégicos da Fiocruz, Rio de Janeiro, 2020.

FLEURY, S.; FAVA, V. M. D. Vacina contra Covid-19: arena da disputa federativa brasileira. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 46, n. esp. 1, p. 248-264, 2022.

NICOLELIS, M. A. L; RAIMUNDO, R. L. G.; PEIXOTO, P. S.; ANDREAZZI, C. S. The impact of super-spreader cities, highways, and intensive care availability in the early stages of the COVID-19 epidemic in Brazil. **Scientific Reports**, London, v. 11, art. 13001, 2021.

ROCHA, C. V.; FARIA, C. A. P. Cooperação intermunicipal, reterritorialização da gestão pública e provisão de bens e serviços sociais no Brasil contemporâneo: a experiência dos consórcios de saúde de Minas Gerais. **Cadernos Metrópole**, São Paulo, n. 11, p. 73-106, 2004.

ROSENTHAL, G. Da entrevista semiestruturada à entrevista narrativa. In: ROSENTHAL, G. **Pesquisa social interpretativa: uma introdução**. Porto Alegre: Editora PUC-RS, 2014.

SAMARA, E. M.; TUPY, I. S. S. A análise do documento: crítica interna e externa da fonte. **História e documento e metodologia de pesquisa**. Belo Horizonte: Autêntica, 2010.

SANTA LUZIA. Decreto nº 3.540, de 13 de março de 2020. Declara emergência em saúde pública no Município de Santa Luzia em razão de surto de doença respiratória do Coronavírus. Santa Luzia: Prefeitura Municipal, 2020a.

SANTA LUZIA. Decreto nº 3.554, de 13 de abril de 2020. Estabelece o uso de máscaras como meio de prevenção ao Coronavírus - Covid-19 e dá outras providências. Santa Luzia: Prefeitura Municipal, 2020b.

SANTA LUZIA. Secretaria Municipal de Saúde. Boletim Epidemiológico Coronavírus. Santa Luzia: SMS, 2020c.

SANTA LUZIA. Secretaria Municipal de Saúde. Relatório Anual de Gestão 2023. Santa Luzia: SMS, 2023.

SHIMIZU, H. E.; LIMA, L. D.; CARVALHO, A. L. B.; CARVALHO, B. G.; VIANA, A. L. D. Regionalização e crise federativa no contexto da pandemia da Covid-19: impasses e perspectivas. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 45, n. 131, p. 945-957, 2021.

SILVA SEGUNDO. G. S.; FONTES, R. B.; MENDONÇA, J. G.; ANDRADE, L. T. As metrópoles e a Covid-19: Dossiê Nacional. Análise da Região Metropolitana de Belo Horizonte (RMBH). Belo Horizonte: **Observatório das Metrópoles**, 2020. In: <https://repositorio.ufmg.br/server/api/core/bitstreams/5b82fe9b-428b-43da-9f5c-b63103525eeb/content> Acesso em: 28/08/2026.

VILELA, P. R. Hospital São João de Deus é reaberto em Santa Luzia. Agência Brasil, Brasília, DF, 13 abr. 2020.

APRENDIZAGEM SIGNIFICATIVA E GAMIFICAÇÃO: RELATO DE EXPERIÊNCIA SOBRE A RDC 6.2012 COM A EQUIPE DE ENFERMAGEM EM GASTROENTEROLOGIA

GLAICE KELLY DIAS BARBOSA; MARTA MARIA NAZARIO MONTEIRO DA CRUZ; HENRIQUE DA SILVA DANIEL; VANESSA CARVALHO MARTINS DA SILVA; SIRLEI SATURNINO DE OLIVEIRA; ALEX FERREIRA RODRIGUES

Introdução: A educação permanente em enfermagem é pilar fundamental para a segurança do paciente e para a padronização das rotinas em setores especializados. Nos serviços de endoscopia, a adesão rigorosa à Resolução RDC nº 6/2012 é indispensável para o correto processamento dos produtos para a saúde e controle de infecção. Frente ao desafio de tornar o ensino de normas regulatórias atrativo, a combinação de metodologias ativas com ferramentas de gamificação surge como estratégia eficaz para dinamizar o aprendizado e potencializar a retenção do conhecimento. **Objetivo:** Relatar a experiência da aplicação de uma intervenção educativa sobre a RDC nº 6/2012 pautada na discussão prática e na gamificação com a equipe de enfermagem de um setor de exames gastroenterológicos. **Relato de experiência:** A ação foi realizada no setor de exames da gastroenterologia e contou com a participação de 8 profissionais da equipe de enfermagem, sendo 2 enfermeiros e 6 técnicos de enfermagem. A intervenção estruturou-se em dois momentos complementares. Inicialmente, realizou-se uma exposição dialogada sobre os requisitos centrais da RDC nº 6/2012, abrindo espaço para perguntas, debates e análise crítica dos fluxos de limpeza e desinfecção de equipamentos específicos da rotina do setor. Em seguida, aplicou-se um questionário interativo por meio da plataforma *Kahoot!*, culminando na distribuição de brindes para os três primeiros colocados. A dinâmica promoveu alta adesão, competição saudável e a oportunidade de sanar dúvidas operacionais em tempo real. **Conclusão:** A utilização de metodologias ativas aliada à gamificação provou ser uma estratégia viável e altamente participativa para a educação permanente no setor de gastroenterologia. A iniciativa superou a passividade dos treinamentos normativos tradicionais, fixou conceitos críticos de biossegurança de forma lúdica e fortaleceu a integração da equipe assistencial.

Palavras-chave: **ENFERMAGEM; ENDOSCOPIA; GAMIFICAÇÃO**

DOI: 10.51161/iv-conasus/89542

DO HEMATOMA À FRATURA DE FÊMUR: FALHA DE PROTEÇÃO EM LACTENTE VÍTIMA DE MAUS TRATOS

DANILO AIRES ALVES

Introdução: a violência contra crianças costuma ser identificada primeiro nos serviços de saúde, que funcionam ao mesmo tempo como porta de entrada assistencial e como instância de proteção. Quando não há exame pericial direto, o prontuário torna-se a única fonte de prova disponível, e sua qualidade passa a determinar a própria possibilidade de demonstrar o mecanismo lesivo. **Objetivo:** relatar caso de perícia médico-legal indireta em lactente com suspeita de violência não acidental, discutindo a fragmentação do itinerário assistencial, a qualidade do registro clínico e a falha do fluxo de proteção. **Relato de caso:** lactente de 9 meses, não deambulante, atendido em três serviços de saúde distintos em três dias consecutivos. No primeiro, o registro manuscrito era ilegível, sendo possível identificar apenas a solicitação de radiografia de crânio e o acionamento do Conselho Tutelar. No segundo, constava trauma em olho e orelha à esquerda, com edema e hematoma de dois dias de evolução, e relato de novo trauma na mesma topografia no dia anterior. No terceiro, houve admissão em emergência com edema bipalpebral bilateral e internação por traumatismo cranioencefálico. Os responsáveis atribuíam as lesões a impactos da cabeça contra berço de ferro, sem queda. A tomografia afastou fratura craniana, mas descreveu quatro focos contusionais, todos à esquerda: periorbitário, malar, frontotemporal e de alta convexidade frontoparietal. Cerca de três semanas após a alta, a criança retornou por dor e edema em coxa, e a radiografia evidenciou fratura diafisária completa em terço proximal do fêmur direito. Nunca houve exame pericial direto; toda a análise apoiou-se na documentação assistencial. **Conclusão:** o padrão multifocal, a implausibilidade biomecânica do mecanismo narrado e a fratura de alta energia em criança que não deambula configuram altíssima probabilidade de violência não acidental. O caso expõe duas falhas do sistema: a ausência de rastreamento entre serviços, que permitiu atendimentos sucessivos sem reconhecimento do padrão, e a insuficiência do fluxo de proteção, pois a notificação feita já no primeiro contato não impediu a escalada da violência. Registros legíveis, padronizados e com descrição morfológica adequada são condição tanto para a proteção da criança quanto para a produção da prova.

Palavras-chave: **MAUS-TRATOS INFANTIS; MEDICINA LEGAL; SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

DOI: 10.51161/iv-conasus/89545

INTRODUÇÃO À ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM ENDOSCOPIA: RELATO DE EXPERIÊNCIA EM INTEGRAÇÃO DE NOVOS COLABORADORES

GLAICE KELLY DIAS BARBOSA; LAÍS SILVA SALES DO AMARAL; SIRLEI SATURNINO DOS SANTOS; VANESSA CARVALHO MARTINS DA SILVA; MARINA THOMPSON; VALLESKA MATURANO DE SOUZA

Introdução: A integração de novos colaboradores em setores especializados, como a Endoscopia, é fundamental para garantir a segurança do paciente e a padronização das rotinas assistenciais. A aula expositiva sobre introdução ao serviço atua como ponte inicial entre os conhecimentos teóricos gerais e as particularidades técnico-operacionais da assistência endoscópica. **Objetivo:** Promover o acolhimento e a capacitação inicial de 8 novos colaboradores (3 enfermeiros e 5 técnicos de enfermagem), apresentando os conceitos fundamentais, a estrutura do setor, o fluxo de atendimento e as normas de biossegurança aplicadas à rotina do serviço de endoscopia. **Relato de caso/experiência:** A atividade foi conduzida em formato de aula expositiva interativa com duração total de 3 horas. A facilitação foi realizada por duas enfermeiras que atuam diretamente na assistência técnica do setor, trazendo uma perspectiva teórico-prática alinhada à realidade diária da unidade. A programação dividiu-se em três momentos principais: Boas-vindas e Visão Geral (45min): Apresentação da equipe, estrutura física, principais exames realizados (endoscopia digestiva alta, colonoscopia e broncoscopia) e o papel da enfermagem na segurança do paciente. Processos e Processamento de Materias(1h15min): Explicação detalhada sobre o fluxo dos exames (pré, trans e pós-procedimento), noções básicas de sedação, manuseio dos videoprocessadores, além dos protocolos rígidos de limpeza, desinfecção de alto nível e biossegurança dos endoscópios. Discussão Prática e Encerramento(1hora): Espaço para sanar dúvidas específicas de cada categoria profissional, apresentação dos manuais operacionais padrão (POP) e alinhamento das expectativas para o período de treinamento em campo. **Conclusão:** A aula expositiva cumpriu com sucesso a proposta de introduzir a equipe recém-admitida ao ambiente de endoscopia. A condução realizada por profissionais atuantes facilitou a adesão do grupo, otimizando a transmissão de conhecimentos operacionais e reforçando a cultura de biossegurança e qualidade no atendimento desde o primeiro dia.

Palavras-chave: **ENFERMAGEM; ENDOSCOPIA; EDUCAÇÃO CONTINUADA**

DOI: 10.51161/iv-conasus/89549

GOVERNANÇA PÚBLICA E GESTÃO POR RESULTADOS NO SUS: TRANSFORMANDO DIRETRIZES EM ENTREGAS DE VALOR PARA A POPULAÇÃO

ÍRIS ALEXSANDRA SILVA PAIXÃO

RESUMO

A governança pública e a gestão por resultados são instrumentos fundamentais para o fortalecimento da administração pública contemporânea, especialmente no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS). A crescente complexidade dos serviços de saúde, associada às limitações de recursos financeiros e às demandas cada vez maiores da população, torna necessária a adoção de práticas de gestão capazes de promover eficiência, transparência e efetividade. Nesse cenário, a governança pública apresenta-se como um conjunto de mecanismos voltados ao direcionamento, monitoramento e avaliação das ações institucionais, favorecendo a tomada de decisões mais qualificadas e alinhadas ao interesse coletivo. Paralelamente, a gestão por resultados busca orientar os processos organizacionais para o alcance de objetivos previamente estabelecidos, mediante utilização de indicadores, metas e sistemas de acompanhamento do desempenho. O presente estudo teve como objetivo refletir sobre a contribuição da governança pública e da gestão por resultados para a qualificação da gestão do SUS e para a geração de valor público à sociedade. Trata-se de uma revisão narrativa de literatura, associada à análise de documentos oficiais sobre governança e gestão pública. Os resultados demonstram que a adoção desses instrumentos favorece o alinhamento entre planejamento, execução e avaliação das políticas públicas de saúde, contribuindo para a melhoria dos serviços prestados à população. Entretanto, persistem desafios relacionados à integração de informações, qualificação gerencial, cultura organizacional e continuidade administrativa. Conclui-se que o fortalecimento da governança e da gestão orientada por resultados representa uma estratégia essencial para ampliar a eficiência, a transparência e a capacidade de resposta do SUS diante das necessidades da população.

Palavras-chave: Eficiência Administrativa; Planejamento Estratégico; Valor Público.

1 INTRODUÇÃO

A saúde é reconhecida constitucionalmente como um direito fundamental de todos os cidadãos e dever do Estado. No Brasil, esse princípio materializa-se por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), instituído pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pela Lei nº 8.080/1990, sendo orientado pelos princípios da universalidade, integralidade e equidade (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990).

Apesar de sua relevância social, o SUS enfrenta desafios relacionados ao financiamento, à complexidade da gestão, às desigualdades regionais e à crescente demanda por serviços, fatores que exigem o aperfeiçoamento contínuo dos processos de gestão e planejamento em saúde (PAIM, 2019; BRASIL, 2024).

Nesse contexto, a governança pública tem sido destacada como instrumento essencial para modernizar a administração pública, promovendo mecanismos de liderança, estratégia e

DOI: 10.51161/iv-conasus/89552

controle voltados à geração de valor público e à melhoria do desempenho institucional (TCU, 2020; MATIAS-PEREIRA, 2020).

Paralelamente, a gestão por resultados busca superar modelos administrativos centrados exclusivamente em procedimentos burocráticos, direcionando a atuação organizacional para o alcance de metas, indicadores e resultados mensuráveis para a sociedade (SECCHI, 2019; MATIAS-PEREIRA, 2020).

A combinação entre governança pública e gestão por resultados possibilita maior alinhamento entre planejamento estratégico, execução das ações e avaliação dos resultados alcançados. Essa integração permite que gestores identifiquem prioridades, monitorem indicadores e utilizem evidências para subsidiar decisões mais eficientes e alinhadas às necessidades da população.

Diante desse cenário, o presente trabalho tem como objetivo discutir a importância da governança pública e da gestão por resultados no SUS, destacando potencialidades, desafios e perspectivas para o aprimoramento da gestão em saúde.

2 MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, reflexivo e qualitativo, desenvolvido por meio de revisão narrativa de literatura e análise documental.

Foram utilizados documentos oficiais relacionados à governança pública, gestão estratégica e administração pública em saúde, incluindo publicações do Ministério da Saúde, Tribunal de Contas da União e legislações que regulamentam a organização do SUS. Também foram considerados estudos científicos que abordam planejamento estratégico, avaliação de desempenho, monitoramento de indicadores e eficiência organizacional na administração pública.

A análise foi realizada mediante leitura crítica dos materiais selecionados, buscando identificar elementos que evidenciassem a relação entre governança pública, gestão por resultados e melhoria do desempenho institucional no contexto da saúde pública brasileira.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise dos documentos e da literatura demonstra que a governança pública tem assumido papel cada vez mais estratégico na administração do SUS, contribuindo para o alinhamento entre liderança, estratégia e controle organizacional (TCU, 2020; MATIAS-PEREIRA, 2020).

No contexto da saúde, a governança contribui para fortalecer a coordenação interfederativa entre União, estados e municípios, aspecto considerado fundamental para a efetividade das políticas públicas de saúde (BRASIL, 2024; PAIM, 2019). A governança contribui para fortalecer a capacidade de coordenação entre os diferentes níveis de gestão, favorecendo a integração entre União, estados e municípios. Essa articulação torna-se essencial diante da complexidade da rede assistencial, composta por serviços de atenção primária, especializada, hospitalar e de vigilância em saúde. A ausência de mecanismos de coordenação frequentemente resulta em fragmentação dos processos, duplicidade de ações e desperdício de recursos.

Outro aspecto relevante refere-se ao planejamento estratégico. Organizações públicas que adotam práticas de governança tendem a desenvolver objetivos mais claros e alinhados às prioridades institucionais. Esse processo favorece a alocação racional dos recursos disponíveis e amplia a capacidade de monitoramento dos resultados alcançados. No SUS, o planejamento estratégico possibilita definir metas assistenciais e indicadores que auxiliam gestores na tomada de decisões e na avaliação do desempenho das unidades de saúde.

DOI: 10.51161/iv-conasus/89552

A gestão por resultados complementa esse processo ao direcionar esforços para o alcance de objetivos mensuráveis. Em vez de avaliar apenas o cumprimento de atividades administrativas, essa abordagem busca mensurar os impactos das ações realizadas. Dessa forma, aspectos como acesso aos serviços, redução de filas, aumento da cobertura assistencial e melhoria dos indicadores epidemiológicos tornam-se parâmetros centrais de avaliação institucional.

Entre os instrumentos mais utilizados destacam-se os indicadores de desempenho, os painéis de monitoramento e os sistemas informatizados de gestão. Essas ferramentas permitem acompanhar a execução das ações em tempo real, identificar problemas operacionais e implementar intervenções corretivas de maneira mais ágil. Além disso, contribuem para ampliar a transparência e fortalecer a prestação de contas à sociedade.

A utilização de indicadores de desempenho constitui importante estratégia para a gestão baseada em evidências, permitindo avaliar resultados, monitorar metas e subsidiar processos decisórios mais qualificados (BRASIL, 2024; SECCHI, 2019). Por meio deles, torna-se possível avaliar o desempenho organizacional, comparar resultados entre serviços e monitorar a efetividade das políticas implementadas. Consequentemente, a tomada de decisão deixa de se apoiar exclusivamente em percepções subjetivas e passa a utilizar informações concretas produzidas pelos sistemas de informação em saúde.

Entretanto, os resultados da análise também evidenciam desafios significativos para a consolidação da gestão orientada por resultados no SUS. Um dos principais obstáculos está relacionado à fragmentação dos sistemas de informação. Estudos apontam que a fragmentação dos sistemas de informação representa um dos principais obstáculos à governança em saúde, dificultando a integração dos dados e a avaliação do desempenho institucional (BRASIL, 2024; TCU, 2020). Em muitos contextos, os dados encontram-se dispersos em diferentes plataformas, dificultando análises integradas e reduzindo a capacidade gerencial dos serviços.

A qualificação gerencial é outro fator determinante para a implementação de modelos de gestão por resultados, exigindo competências relacionadas ao planejamento estratégico, monitoramento de indicadores e gestão de riscos (MATIAS-PEREIRA, 2020; TCU, 2020). A adoção de modelos modernos de governança exige conhecimentos em planejamento estratégico, análise de indicadores, gestão de riscos e avaliação de desempenho. Todavia, muitos profissionais assumem funções gerenciais sem capacitação específica para lidar com essas demandas.

A cultura organizacional também constitui fator determinante. Em diversas instituições ainda predominam práticas administrativas voltadas ao cumprimento de rotinas burocráticas, com limitada valorização dos processos de monitoramento e avaliação. A mudança dessa realidade requer investimento contínuo em educação permanente, desenvolvimento de lideranças e fortalecimento de mecanismos de responsabilização institucional.

Outro ponto relevante diz respeito à descontinuidade administrativa decorrente das mudanças frequentes de gestores e equipes técnicas. Essa situação pode comprometer a execução de estratégias de longo prazo e prejudicar a maturidade dos modelos de governança implementados. A institucionalização das práticas de gestão torna-se, portanto, fundamental para garantir continuidade e sustentabilidade das ações.

A participação social, por meio dos Conselhos e Conferências de Saúde, fortalece a legitimidade das decisões públicas e amplia a transparência da gestão do SUS (BRASIL, 1990; PAIM, 2019). E destaca-se igualmente como elemento essencial da governança pública em saúde. Os Conselhos e Conferências de Saúde representam espaços democráticos que fortalecem a transparência, a legitimidade das decisões e o compromisso institucional com a geração de valor público. Quando efetivamente fortalecidos, esses mecanismos ampliam a capacidade de diálogo entre gestores, trabalhadores e usuários do sistema.

As perspectivas futuras apontam para uma crescente incorporação de tecnologias digitais no processo de gestão. Ferramentas de Business Intelligence, análise de dados, inteligência artificial e monitoramento eletrônico apresentam potencial para aprimorar significativamente a governança do SUS, tornando mais eficiente a gestão dos recursos e a organização dos serviços.

Dessa forma, observa-se que a integração entre governança pública, gestão por resultados e transformação digital pode fortalecer a capacidade institucional do SUS, favorecendo maior eficiência administrativa, qualidade assistencial e satisfação dos usuários.

4 CONCLUSÃO

A governança pública e a gestão por resultados constituem ferramentas fundamentais para o aprimoramento do Sistema Único de Saúde e para a modernização da administração pública brasileira.

Os resultados deste estudo evidenciam que a adoção de práticas voltadas ao planejamento estratégico, monitoramento de indicadores e avaliação de desempenho contribui para melhorar a utilização dos recursos públicos, fortalecer os processos decisórios e ampliar a efetividade das políticas de saúde.

Apesar dos avanços observados, permanecem desafios relacionados à integração dos sistemas de informação, qualificação dos gestores, fortalecimento da cultura avaliativa e continuidade administrativa. Enfrentar essas limitações exige investimentos em inovação, capacitação profissional e fortalecimento institucional.

Conclui-se que a implementação consistente da governança pública associada à gestão por resultados possui potencial para transformar diretrizes governamentais em entregas efetivas de valor para a população, contribuindo para um SUS mais eficiente, transparente e sustentável.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Diário Oficial da União, Brasília, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Planejamento Estratégico do Ministério da Saúde 2024-2027. Brasília: Ministério da Saúde, 2024.

BRASIL. Decreto nº 9.203, de 22 de novembro de 2017. Dispõe sobre a política de governança da administração pública federal.

MATIAS-PEREIRA, J. Manual de Gestão Pública Contemporânea. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2020.

OCDE. Recommendation of the Council on Public Governance. Paris: OECD, 2020

PAIM, J. S. Sistema Único de Saúde (SUS): tudo o que você precisa saber. Rio de Janeiro: Atheneu, 2019.

DOI: 10.51161/iv-conasus/89552

SECCHI, L. *Políticas Públicas: conceitos, esquemas de análise, casos práticos*. 3. ed. São Paulo: Cengage Learning, 2019.

TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO. *Referencial Básico de Governança Organizacional para Organizações Públicas e Outros Entes Jurisdicionados ao TCU*. 4. ed. Brasília: TCU, 2020.

WHO. World Health Organization. Health Systems Governance for Universal Health Coverage, 2021

DOI: 10.51161/iv-conasus/89552

PREVALÊNCIA DE DOR MUSCULOESQUELÉTICA EM LACTANTES E SUA RELAÇÃO COM AS POSTURAS DE AMAMENTAÇÃO

MARIA RITA FÁTIMA VIANA; MIRELLA ENDI BERTOLDO MARTINS; JÉSSICA SUZUKI YAMANAKA (ORIENTADORA)

Introdução: A amamentação proporciona importantes benefícios à saúde materno-infantil, sendo recomendada pela Organização Mundial da Saúde de forma exclusiva até os seis meses de idade. Apesar de seus benefícios, pode estar associada a desconfortos musculoesqueléticos relacionados às posturas adotadas durante sua realização. A permanência em posições estáticas e a ausência de suporte adequado podem aumentar a sobrecarga musculoesquelética, especialmente sobre a coluna e os membros superiores. **Objetivo:** Investigar a prevalência, a intensidade e a distribuição da dor musculoesquelética em lactantes e analisar sua relação com as posturas adotadas durante a amamentação. **Metodologia:** Estudo descritivo-analítico, transversal, realizado em domicílios de Pouso Alegre, Turvolândia e Conceição dos Ouros, Minas Gerais. Participaram 23 mulheres lactantes, com idade entre 18 e 44 anos, que amamentavam crianças de até 24 meses. Foram aplicados questionário sociodemográfico e relacionado à amamentação e Escala Visual Analógica (EVA) para avaliação da dor. As posturas durante a amamentação foram registradas fotograficamente e analisadas pelo método Rapid Entire Body Assessment (REBA), que permitiu classificar o risco ergonômico. **Resultados:** A prevalência de dor musculoesquelética foi de 95,7% (n=22), com intensidade média de 4,83 pontos na EVA. A região corporal mais acometida foi a das costas, com 47,83% (n=11), seguida pelos ombros, com 30,43% (n=7). O escore médio do REBA foi de 8,91 pontos, sendo 56,5% (n=13) das participantes classificadas com alto risco ergonômico e 21,7% (n=5) com risco muito alto. Não foi observada correlação estatisticamente significativa entre dor e risco ergonômico (rho=0,303; p=0,160). Entretanto, o uso de apoio para o bebê apresentou associação significativa com menores escores de risco ergonômico (p=0,016). Observou-se ainda maior intensidade de dor entre as participantes que não praticavam atividade física (p=0,032) e correlação negativa moderada entre idade materna e intensidade da dor (rho=-0,470; p=0,024). **Conclusão:** Observou-se elevada prevalência de dor musculoesquelética e predominância de alto risco ergonômico entre as lactantes avaliadas. Embora não tenha sido identificada associação significativa entre a intensidade da dor e o risco ergonômico, o uso de apoio para o bebê esteve relacionado a menores escores de risco, reforçando a importância da adoção de estratégias ergonômicas durante a amamentação.

Palavras-chave: **AMAMENTAÇÃO; DOR MUSCULOESQUELÉTICA; ERGONOMIA**

DOI: 10.51161/iv-conasus/89554

O DIREITO AO CUIDADO DA MULHER INDÍGENA NA ASSISTÊNCIA AO PARTO: DESAFIOS PARA A EFETIVAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE NO BRASIL

BEATRIZ OLIVEIRA AMARAL; MARIA ALICE VILARINHO DOS REIS

RESUMO

A assistência ao parto constitui dimensão fundamental do direito à saúde e deve ser prestada de maneira integral, humanizada e compatível com a dignidade, a autonomia e as particularidades socioculturais da mulher. Quando se trata de mulheres indígenas, entretanto, a efetivação desse direito apresenta desafios específicos, decorrentes tanto das dificuldades de acesso aos serviços de saúde quanto da necessidade de articulação entre o modelo biomédico e os saberes, práticas e modos de cuidado próprios dos diferentes povos indígenas. O presente estudo tem por objetivo analisar os principais desafios enfrentados no Brasil para a efetivação do direito ao cuidado da mulher indígena durante a assistência ao parto, considerando o direito à saúde, a proteção constitucional dos povos indígenas e as diretrizes do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. Adota-se abordagem qualitativa, de caráter bibliográfico e documental, mediante análise da Constituição Federal de 1988, da Lei nº 8.080/1990, da Lei nº 9.836/1999, da Convenção nº 169 da Organização Internacional do Trabalho e de documentos oficiais do Ministério da Saúde, além de estudos científicos acerca da saúde materna indígena. Verifica-se que, embora o ordenamento jurídico brasileiro reconheça a necessidade de uma atenção diferenciada e culturalmente adequada, persistem obstáculos relacionados à distância territorial, à insuficiência da articulação entre os serviços indígenas e a rede convencional do Sistema Único de Saúde, à desconsideração dos saberes tradicionais e à dificuldade de assegurar autonomia e protagonismo às mulheres indígenas durante o parto. Conclui-se que a efetivação do direito ao cuidado exige a superação de uma concepção meramente universalista da assistência, de modo que a igualdade no acesso seja acompanhada de equidade e respeito à diversidade cultural.

Palavras-chave: mulheres indígenas; direito à saúde; assistência no parto.

1 INTRODUÇÃO

O direito à saúde constitui direito fundamental assegurado pela Constituição Federal de 1988. Mais especificamente, em seu art. 196 estabelece que a saúde é direito de todos e dever do Estado, a ser efetivado através de políticas destinadas a garantir acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção e recuperação de saúde (Brasil, 1988). No que compete aos povos originários, o texto constitucional avança ao reconhecer no art. 231, sua organização social, costumes, línguas, crenças e tradições, impondo proteção por parte do Estado à sua identidade cultural (Brasil, 1988).

DOI: 10.51161/iv-conasus/89556

A conjugação destes dispositivos aponta para o fato de que a saúde indígena, e a prestação de serviços nesta área voltados para estes povos, não pode ser compreendida apenas pelo crivo da universalização formal de direitos (Lopes Garrafa, 2024). A igualdade material exige que haja a superação do paradigma assimilacionista, historicamente arraigado na política indigenista brasileira (Ribeiro, 1962), trazendo assim a consideração das particularidades socioculturais e territoriais indígenas (Lopes Garrafa, 2024). Essa exigência assume particular relevância quando se analisa a assistência à gestação, ao parto e ao puerpério, uma vez que tais processos se desdobram em experiências comunitárias, simbólicas e corporais regidas por costumes e tradições específicos destes povos (Hernández; Rangel Flores, 2023).

Dessa maneira, no plano infraconstitucional, a Lei nº 8.080/1990, após as alterações trazidas pela Lei nº 9.836/1999 ("Lei Arouca"), instituiu o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS), determinando que o modelo de atenção considere obrigatoriamente a realidade local e as especificidades culturais dos povos indígenas por meio dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) (Brasil, 1990). Conjuntamente, a Convenção nº 169 da Organização Internacional do Trabalho (OIT) trouxe também, na esfera internacional, uma proteção a autonomia e à coordenação comunitária dos serviços de saúde (OIT, 1989). Entretanto, atualmente a assistência hospitalar ainda se impõe sob o modelo biomédico hegemônico (Diniz, 2014; Diniz *et al.* 2015; Palharini, 2017), que não considera questões culturais, e ainda leva a privação do protagonismo feminino durante o parto, e por conseguinte a violência obstétrica e a perpetuação do racismo institucional na saúde pública (Hernández; Rangel Flores, 2023; Palharini, 2017; Guedes; Borges, 2017).

Nesse contexto, o presente estudo parte da seguinte problemática: quais são os principais desafios para a efetivação do direito ao cuidado da mulher indígena durante a assistência ao parto no Brasil, diante da necessidade de conciliar o atendimento obstétrico institucionalizado com as especificidades socioculturais dos povos indígenas (Lopes Garrafa, 2024)?

O objetivo geral consiste em analisar os principais obstáculos à efetivação desse direito. Especificamente, busca-se compreender o fundamento jurídico do direito ao cuidado da mulher indígena; identificar os principais desafios presentes na assistência ao parto; e discutir a importância de uma atenção obstétrica culturalmente adequada e compatível com a autonomia e a dignidade dessas mulheres.

2 MATERIAL E MÉTODOS

A presente pesquisa é qualitativa, de caráter descritivo-analítico, desenvolvida por meio de revisão bibliográfica e documental. No que tange a pesquisa documental, foram analisados o arcabouço normativo nacional, e internacional, de proteção aos direitos dos povos indígenas e da saúde materna. Fazendo assim um diálogo com a Constituição Federal de 1988, a Lei nº 8.080/1990, a Lei nº 9.836/1999, a Convenção nº 169 da OIT, que foi incorporado ao ordenamento brasileiro através do Decreto nº 5.051/2004 (Brasil, 2004), além das diretrizes técnicas do Ministério da Saúde e da Secretaria de Saúde Indígena (SESAI) (Brasil, 1999).

A pesquisa bibliográfica foi realizada através das bases de dados acadêmicos SciELO, LILACS, e a plataforma integradora da Biblioteca Virtual em Saúde, sendo utilizados os descritores "mulheres indígenas", "assistência ao parto", "violência obstétrica", "SasiSUS" e "direitos culturais" (Pantoja; Batisti; Pereira; Lopes Garrafa, 2024; Hernández; Rangel Lopes, 2023; Diniz *et al.* 2015; Diniz, 2005; Wolff; Waldow, 2008). Os dados coletados foram então submetidos à análise de conteúdo (Bardin, 2016), organizados em três eixos: a) a

fundamentação jurídica e interculturalidade; b) as barreiras de acesso e violência obstétrica no contexto indígena; e c) articulação do Plano de Parto e das práticas dos povos originárias como forma de garantia e exercícios de direitos.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Em uma primeira análise dos instrumentos normativos elencados acima, nota-se que a atenção à saúde da mulher indígenas se assenta no princípio da equidade, e no respeito à diversidade (Brasil, 1988; 1990; 1999). O artigo 19-F, incluído pela Lei Arouca na Lei nº 8.080/1990, prevê a adequação dos serviços públicos de saúde para que considerem as especificidades socioculturais dos povos originários (Brasil, 1999). Ademais, a própria Convenção 169 da OIT ratifica em seu artigo 25 a obrigatoriedade dos Estados signatários de estipularem seus serviços de saúde em nível comunitário, para que assim estes sejam planejados em participação com as populações indígenas interessadas, respeitando assim seus métodos e tradições (OIT, 1989; Brasil, 2004).

A questão torna-se ainda mais significativa no âmbito da assistência obstétrica. O Ministério da Saúde reconhece que a atenção às mulheres indígenas deve articular as orientações técnicas da saúde pública com os saberes e práticas das próprias comunidades relacionados à gestação, ao parto e ao nascimento (Brasil, 2004).

Dessa maneira, o direito ao cuidado da mulher indígena deve ser compreendido de forma ampliada. Não basta assegurar que a mulher consiga chegar a um estabelecimento de saúde. É necessário que, uma vez inserida no serviço, sua identidade cultural seja respeitada, que possa participar das decisões relacionadas ao seu corpo e que suas práticas tradicionais sejam consideradas sempre que compatíveis com a segurança e com as necessidades clínicas apresentadas (Nunes; Oliveira, 2024).

No entanto, a realidade assistencial acaba por expor grandes lacunas na efetivação dos direitos preconizados no âmbito jurídico. O primeiro grande desafio centra-se nas grandes barreiras territoriais e geográficas, que afetam a logística vivenciada nas populações indígenas nas aldeias localizadas em terras indígenas. A assistência ao parto, sobretudo diante de situações de risco obstétrico, exige articulação eficiente entre a atenção primária realizada nos territórios indígenas e os serviços de média e alta complexidade localizados fora deles (Hernández; Rangel Lopes, 2023; Nunes; Oliveira, 2024).

A necessidade dessa articulação é reconhecida pelo próprio ordenamento jurídico (Brasil, 1990). A Lei nº 8.080/1990 determina que o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena seja integrado ao SUS e estabelece mecanismos para garantir a atenção secundária e terciária quando esta precisar ser realizada fora dos territórios indígenas.

Esse aspecto é particularmente importante porque a distância geográfica não constitui apenas um problema logístico (Hernández; Rangel Flores, 2023). Em determinadas situações, a necessidade de deslocamento da gestante para centros urbanos pode significar o afastamento de sua comunidade, de seus familiares, das pessoas tradicionalmente envolvidas no cuidado da gestação e do parto, e dos rituais comunitários, como a preservação simbólica da placenta e do cordão umbilical presentes na cosmovisão de várias populações indígenas na América do Sul (Hernández; Rangel Flores, 2023).

O segundo desafio consiste na prevalência da violência obstétrica, que na realidade brasileira é agrava pelos marcadores de raça, classe e gênero (Pantoja; Batisti; Pereira, 2024; Hernández; Rangel Lopes, 2023; Gonçalves; Simioni, 2025). No contexto indígena, a violência

obstétrica não se limita apenas ao abuso de procedimentos intervencionistas já rechaçados, como as episiotomias, amniotomias, ou a Manobra de Kristeller, mas sim manifestando-se predominantemente na violência simbólica e institucional (Alves et al., 2023; Hernández; Rangel Flores, 2023). Isso inclui a infantilização das parturientes, a imposição do jejum e da posição litotômica, a ausência de tradutores linguísticos, a negação de acompanhante e a imposição coercitiva de métodos anticonceptivos ou esterilização cirúrgica sem o devido consentimento livre e esclarecido (Hernández; Rangel Flores, 2023; Nunes; Oliveira, 2024)

Tais desigualdades refletem-se nos indicadores epidemiológicos: entre 2015 e 2021, a Razão de Mortalidade Materna entre mulheres indígenas brasileiras atingiu 115,14 óbitos por 100 mil nascidos vivos, em comparação com 66,92 entre não indígenas (Lopes Garrafa, 2024). Para além do viés assistencialista, a superação desse cenário requer o reconhecimento do Plano de Parto intercultural como mecanismo de proteção da autonomia feminina (Nunes; Oliveira, 2024). A formalização e a pactuação prévia das escolhas da mulher durante o pré-natal no SasiSUS permitem integrar a medicina ocidental baseada em evidências aos saberes das parteiras tradicionais, garantindo um ambiente seguro, respeitoso e digno (Nunes; Oliveira, 2024; Pantoja; Batisti; Pereira, 2024).

Portanto, não se trata de substituir a medicina baseada em evidências pelas práticas tradicionais, mas de construir um modelo de atenção no qual diferentes conhecimentos possam dialogar, preservando-se a segurança da mulher e do recém-nascido e, simultaneamente, sua dignidade e autonomia (Nunes; Oliveira, 2024).

4 CONCLUSÃO

Por fim, conclui-se que a efetivação do direito ao cuidado voltado a mulher indígena contexto da assistência ao parto ressoa não só com a Constituição de 1988, mas também em outros dispositivos legais, como a Lei nº 9.836/1999 e no Decreto nº 5.051/2004, que incorpora a Convenção nº 169 da OIT ao ordenamento nacional (Brasil, 2004). Apesar desse arcabouço normativo, persistem desafios significativos para a concretização desse direito. Entre eles, destacam-se as dificuldades territoriais e logísticas, a necessidade de maior articulação entre o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena e os demais níveis do SUS, a desigualdade nos resultados de saúde materna e, especialmente, a necessidade de superar modelos assistenciais que desconsiderem os saberes e as práticas tradicionais.

A elevada mortalidade materna observada entre mulheres indígenas demonstra que a garantia do direito ao cuidado também depende da existência de assistência obstétrica qualificada e capaz de responder adequadamente às situações de risco (Lopes Garrafa, 2024). Ao mesmo tempo, a segurança clínica não pode ser utilizada como fundamento para a eliminação das particularidades culturais das mulheres e de suas comunidades (Nunes; Oliveira, 2024).

Portanto, urge assim pela superação de tais paradigmas calcados ainda numa lógica excludente, consolidando assim uma nova perspectiva na assistência ao parto, trazendo a interculturalidade como fator primordial, complementando entre o saber biomédico e a medicina originária. (Hernández; Rangel Flores, 2023). Tendo em vista tal cenário, a capacitação permanente dos profissionais da saúde para o letramento étnico-racial, a garantia de comunicação compreensível e inclusiva, o fortalecimento da infraestrutura do SasiSUS, e o incentivo ao Plano de Parto como instrumento jurídico de emancipação e garantia da autonomia

DOI: 10.51161/iv-conasus/89556

das mulheres indígenas (Nunes; Oliveira, 2024), são pontos primordiais para a efetivação dos direitos estabelecidos.

REFERÊNCIAS

ALVES, Guilherme Kelvin et al. Relação entre iniquidades racial e violência obstétrica no parto. **Revista Científica da Escola Estadual de Saúde Pública de Goiás "Cândido Santiago"**, Goiânia, v. 9, n. 9d3, p. 1-19, 2023.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2016.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, 1988. Disponível em: url Planalto https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm . Acesso em: 26 ago. 2026.

BRASIL**. Decreto nº 3.156, de 27 de agosto de 1999**. Dispõe sobre as condições para a prestação de assistência à saúde dos povos indígenas, no âmbito do Sistema Único de Saúde, pelo Ministério da Saúde. Brasília, DF: Presidência da República, 1999. Disponível em: url Planalto https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d3156.htm . Acesso em: 26 ago. 2026.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1990. Disponível em: url Planalto https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm . Acesso em: 26 ago. 2026.

BRASIL. **Lei nº 9.836, de 23 de setembro de 1999**. Acrescenta dispositivos à Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde. Brasília, DF: Presidência da República, 1999. Disponível em: url Planalto https://planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9836.htm . Acesso em: 26 ago. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Mulheres (PNAISM).** Brasília, DF: Ministério da Saúde, [s.d.]. Disponível em: url Ministério da Saúde https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-da-mulher/pnaism . Acesso em: 26 ago. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde indígena.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, [s.d.]. Disponível em: url Ministério da Saúde https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sesai/saude-indigena/ . Acesso em: 26 ago. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde indígena: direito constitucional.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2026. Disponível em: url Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_indigena_direito_constitucional.pdf . Acesso em: 26 ago. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde materna**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, [s.d.]. Disponível em: url Ministério da Saúde https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-da-mulher/saude-materna . Acesso em: 26 ago. 2026.

DINIZ, Carmen Simone Grilo. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. Ciência & Saúde Coletiva, v. 10, n. 3, p. 627-637, jul. 2005.

DINIZ, Carmen Simone Grilo. O renascimento do parto, e o que o SUS tem a ver com isso. Interface (Botucatu) [Internet]. 2014;18(48) : 217-20.

DINIZ, Simone Grilo et al. Violência obstétrica como questão para a saúde pública no Brasil: origens, definições, tipologia, impactos sobre a saúde materna, e propostas para sua prevenção. J. Hum. Growth Dev., São Paulo, v. 25, n. 3, p. 377-384, 2015.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Parto e nascimento na Terra Indígena Yanomami e Ye'kwana**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2026. Disponível em: url Portal de Boas Práticas da Fiocruz https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/parto-nascimento-yanomami-yekwana/ . Acesso em: 26 ago. 2026.

GONÇALVES, Júlia Silva; SIMIONI, Fabiane. Justiça Reprodutiva no Sistema Interamericano de Direitos Humanos: desafios regionais para o enfrentamento da violência obstétrica. Civitas: revista de Ciências Sociais, [S. l.], v. 25, n. 1, p. e47450, 2025. DOI: 10.15448/1984-7289.2025.1.47450.

GUEDES, Cristiane Achilles; BORGES, Luísa Nogueira. Pelo direito de parir: A violência obstétrica na perspectiva dos direitos humanos. Revista da Defensoria Pública do Estado do Rio Grande do Sul, v. 17, n. 17, p. 59-92, jan./abr, 2017.

HERNÁNDEZ, Eduarda; RANGEL FLORES, Yesica Yolanda. Una mirada desde la interseccionalidad a la violencia obstétrica en mujeres indígenas. **CONfines de Relaciones Internacionales y Ciencia Política**, San Luis Potosí, v. 19, n. 37, p. 31-48, 2023.

LOPES GARRAFA, et al. **Maternal deaths among Brazilian indigenous women: analysis from 2015 to 2021**. International Journal of Gynecology & Obstetrics, 2024. DOI: 10.1002/ijgo.15607. Disponível em: url PubMed https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38746990/ . Acesso em: 26 ago. 2026.

NUNES, Jaynara Echiley Souza; OLIVEIRA, Larissa Lages Ferrer de. O uso do plano de parto como instrumento de prevenção de violência obstétrica contra a mulher indígena. **Revista JRG de Estudos Acadêmicos**, v. 7, n. 14, p. 1-12, 2024.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO. **Convenção nº 169 sobre povos indígenas e tribais**. Genebra: OIT, 1989. Promulgada no Brasil pelo Decreto nº 5.051, de 19 de abril de 2004.

PALHARINI, Luciana Aparecida. Autonomia para quem? O discurso médico hegemônico sobre a violência obstétrica no Brasil. **Cadernos Pagu**, n. 49, p. e174907, 2017.

PANTOJA, Jessica Corrêa; BATISTI, Mateus Batista; PEREIRA, Maria Clara de Araújo Rodrigues. Repensando o nascimento como um direito integral na luta contra a violência obstétrica no Brasil. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, Brasília, v. 13, n. 2, p. 41-61, 2024.

RIBEIRO, Darcy. **A política indigenista brasileira**. Rio de Janeiro: Ministério da Agricultura, Serviço de Informação Agrícola, 1962. 178 p.

WOLFF, Leila Regina; WALDOW, Vera Regina. Violência consentida: mulheres em trabalho de parto e parto. Saúde e Sociedade, São Paulo, v. 17, n. 3, p. 138-151, 2008.

A INTEGRAÇÃO DE PROGRAMAS DE ENFRENTAMENTO AO ASSÉDIO NO TRABALHO À POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR DO SUS: REVISÃO CRÍTICA FRENTE ÀS ATUALIZAÇÕES DA NR-1 E DA NR-5

HELEN AKSENOW AFFONSO; RODRIGO CORRÊA FERNANDES; VANDA TARGINO DE OLIVEIRA

Introdução: O assédio moral e sexual no trabalho constitui fator de risco psicossocial com repercussões relevantes sobre a saúde física e mental do trabalhador, incluindo transtornos ansiosos, depressivos e afastamentos por incapacidade. No Brasil, a Política Nacional de Saúde do Trabalhador, operacionalizada pela Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) e pelos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), é a principal estratégia do SUS para vigilância e assistência nesse campo. O marco regulatório foi recentemente reforçado pela Lei nº 14.457/2022, que instituiu a Comissão Interna de Prevenção de Acidentes e de Assédio via atualização da NR-5, e pela Portaria MTE nº 1.419/2024, que incorporou os riscos psicossociais ao Gerenciamento de Riscos Ocupacionais da NR-1, com vigência a partir de maio de 2026. **Objetivo:** Analisar, por meio de revisão bibliográfica, as evidências científicas sobre assédio e saúde do trabalhador, discutindo vantagens, nível de evidência e limitações de sua articulação com a vigilância em saúde do trabalhador no SUS, à luz das atualizações da NR-1 e da NR-5. **Metodologia:** Realizou-se revisão bibliográfica nas bases SciELO, PePSIC e BVS/LILACS, com os descritores "assédio moral", "assédio sexual", "saúde do trabalhador", "riscos psicossociais" e "SUS" (2008-2025). Os estudos foram comparados por delineamento, amostra, instrumento e desfecho, classificados em níveis de evidência adaptados a desenhos observacionais e qualitativos. **Resultados:** Predominam estudos transversais e revisões narrativas/integrativas, de evidência moderada a baixa, mas de relevância epidemiológica reconhecida. Estudos observacionais associam assédio a sofrimento psíquico; revisões integrativas apontam lacunas de gênero e raça; revisões de intervenção mostram superioridade de abordagens multinível sobre ações isoladas. A integração do assédio ao GRO/NR-1 e à CIPA+A/NR-5 amplia o potencial de detecção precoce, mas a subnotificação no Sinan e a fragmentação da RENAST limitam a evidência causal. **Conclusão:** As evidências, majoritariamente observacionais, sustentam a relevância de articular a vigilância do assédio às ações de saúde do trabalhador no SUS. As atualizações da NR-1 e NR-5 representam avanço regulatório, cuja efetividade dependerá do aprimoramento da notificação e de estudos longitudinais que mensurem impacto causal.

Palavras-chave: **ASSÉDIO NO TRABALHO; VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR; RISCOS PSICOSSOCIAIS**

DOI: 10.51161/iv-conasus/89560

SAÚDE MENTAL: COMO OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE VIVENCIAM ESTA REALIDADE

ÁDILA MARCELA LIMA NUNES

Introdução: Os profissionais de saúde vivenciam diariamente situações de pressão, sobrecarga de trabalho, sofrimento, perdas e responsabilidade pelo cuidado de outras pessoas. Essa realidade pode afetar sua saúde mental e seu bem-estar. Portanto, A saúde mental dos profissionais de saúde constitui um dos principais desafios para os sistemas de saúde, pois está diretamente relacionada à qualidade de vida dos trabalhadores, à segurança do paciente e à efetividade da assistência. Enfermeiros, médicos, técnicos e demais profissionais atuam em contextos marcados por elevada demanda, longas jornadas, escassez de recursos, pressão por resultados e exposição contínua ao sofrimento, à dor e à morte. **Objetivo geral:** Compreender como os profissionais de saúde vivenciam as situações relacionadas à saúde mental no ambiente de trabalho. **Método:** Foi realizada uma revisão simples da literatura, com base em estudos científicos relacionados à saúde mental dos profissionais de saúde. **Resultados:** Os estudos apontam a presença de estresse, ansiedade, cansaço emocional, desmotivação e burnout entre os profissionais. A falta de descanso, as jornadas intensas e as condições inadequadas de trabalho podem contribuir para o sofrimento mental. Nesse contexto, o apoio da equipe, o acolhimento institucional e a valorização profissional são importantes para promover o bem-estar.**Conclusão:** A saúde mental dos profissionais de saúde é um elemento essencial para a qualidade da assistência e para a segurança do cuidado. As evidências mostram que fatores como sobrecarga de trabalho, jornadas prolongadas, pressão emocional e condições inadequadas de trabalho aumentam o risco de estresse, ansiedade, depressão e síndrome de burnout. Dessa forma, é fundamental que os serviços de saúde implementem estratégias de promoção da saúde mental, incluindo apoio psicológico, ambientes de trabalho mais humanizados, valorização profissional e ações de prevenção do adoecimento ocupacional. Investir no bem-estar desses trabalhadores significa fortalecer o cuidado prestado à população e reconhecer que cuidar de quem cuida é uma responsabilidade coletiva.

Palavras-chave: **SAÚDE MENTAL; CUIDADO; PROFISSIONAIS DE SAUDE**

DOI: 10.51161/iv-conasus/89561

ESTRUTURAÇÃO DA PSICOLOGIA HOSPITALAR NA ALTA COMPLEXIDADE: INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO, FLUXOS E PRECEPTORIA

NELIZE REGINA DUARTE

Introdução: A inserção da Psicologia Hospitalar em serviços de alta complexidade frequentemente enfrenta o desafio de legitimar suas práticas em territórios dominados pela hegemonia do modelo biomédico tradicional. O hospital geral estrutura-se sob um viés organicista centrado na patologia, gerando resistências institucionais para a validação da dimensão subjetiva do adoecimento. Diante da total ausência de fluxos formais de assistência psicológica em uma instituição de alta complexidade, a inserção pioneira de estudantes de graduação exigiu a articulação de estratégias de governança técnica para balizar a prática e assegurar a integralidade do cuidado. **Objetivo:** Analisar a experiência de articulação técnica, administrativa e pedagógica na implantação do estágio supervisionado de Psicologia em um hospital geral de alta complexidade, destacando a transição da inexperiência institucional para a consolidação de fluxos formais assistenciais. **Relato de experiência:** O estágio obrigatório ocorreu com alunos dos últimos semestres de Psicologia atuando em um hospital geral parceiro. A engenharia de implantação dividiu-se em três etapas de gestão: articulação vertical com a diretoria administrativa para contratualização jurídica; alinhamento horizontal com as coordenações de medicina e enfermagem; e a coconstrução de fluxogramas de encaminhamento e critérios céleres de triagem beira-leito. A formalização desse dispositivo transformou a enfermagem em coparticipante ativa na identificação do sofrimento psíquico, atenuando sua sobrecarga histórica. **Reflexão sobre a experiência:** O amadurecimento técnico dos estudantes, mediado pela preceptoria ativa, consolidou-se em dois eixos: a Dimensão Técnico-Assistencial, pelo manejo de crises agudas, luto antecipatório e registros objetivos em prontuário; e a Dimensão Pedagógica, que transformou a escassez de rotinas prévias em disparador de aprendizagem ativa e discussões diárias de casos. **Conclusões:** A construção pactuada de fluxos assistenciais não apenas legitimou a atuação do psicólogo na equipe multiprofissional, mas instituiu um legado de assistência sustentável e formação de excelência na alta complexidade.

Palavras-chave: **PSICOLOGIA HOSPITALAR; ESTÁGIO SUPERVISIONADO; HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA**

DOI: 10.51161/iv-conasus/89564

O EFEITO DA SEMAGLUTIDA (OZEMPIC) ALÉM DA BULA: UMA ANÁLISE DAS CONSEQUÊNCIAS METABÓLICAS E CLÍNICAS DO USO OFF-LABEL PARA FINS ESTÉTICOS

DAVI RODILHA DOS SANTOS

Introdução: A semaglutida, desenvolvida originalmente como análogo de GLP-1 para o controle glicêmico do Diabetes Mellitus Tipo 2, teve sua utilização acelerada no mercado para o uso *off-label* com finalidade exclusivamente estética. Essa mudança no perfil de consumo levanta preocupações sobre os perigos clínicos e o impacto na saúde pública. Este estudo investiga as consequências metabólicas e os riscos do uso indiscriminado desse fármaco para emagrecimento sem supervisão médica. **Objetivos:** Os objetivos primários deste trabalho foram examinar os perigos metabólicos e clínicos associados ao uso indiscriminado da semaglutida para emagrecimento estético e avaliar o impacto da automedicação e a atuação do profissional farmacêutico na segurança do paciente. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, de natureza qualitativa e caráter descritivo. A coleta de dados foi realizada nas bases PubMed, SciELO e Google Acadêmico, utilizando descritores como "Semaglutida", "Uso Indiscriminado", "Estética" e "Emagrecimento", com recorte temporal entre 2023 e 2025. **Resultados:** A literatura apontou que o uso estético e sem acompanhamento expõe os indivíduos a complicações gastrointestinais e hepatobiliares severas, como pancreatite aguda e colelitíase. Constatou-se também o risco de hipoglicemia, prejuízo à massa muscular (sarcopenia) e a ocorrência do efeito rebote (reganho de peso) após a interrupção da terapia. Além disso, identificaram-se impactos psicológicos associados à dismorfia corporal, riscos sanitários por falsificação com insulina e desabastecimento para pacientes crônicos, o que culminou no reforço regulatório da ANVISA em 2025 com a exigência de retenção de receita. **Conclusão:** A semaglutida requer acompanhamento clínico rigoroso, sendo o uso puramente estético uma prática de alto risco. O estudo reforça a relevância estratégica do profissional farmacêutico para promover o uso racional do medicamento, orientar sobre as reações adversas e conter os danos da automedicação irresponsável.

Palavras-chave: **SEMAGLUTIDA; EFEITOS COLATERAIS; EMAGRECIMENTO**

DOI: 10.51161/iv-conasus/89566

ANATOMIA EM FOCO: EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA NA EDUCAÇÃO EM SAÚDE DE JOVENS DA REDE PÚBLICA

ANA CLARA PAIVA NASCIMENTO; RHUANA MARIANNE DA PAZ OLIVEIRA; NOÉLIA MARIA DE SOUSA LEAL

Introdução: A educação em saúde constitui importante estratégia para ampliar conhecimentos, estimular o autocuidado e fortalecer a aproximação entre universidade e comunidade. O ensino da anatomia humana pode contribuir para a compreensão do funcionamento do organismo, relacionar conteúdos científicos ao cotidiano e despertar o interesse de jovens pelas ciências da saúde. A extensão universitária favorece a democratização do acesso a conhecimentos e recursos didáticos restritos ao ambiente acadêmico, fortalecendo a integração ensino-comunidade e as ações de promoção da saúde. **Objetivo:** Relatar a experiência de acadêmicos de Medicina no desenvolvimento de ações extensionistas voltadas à educação em saúde e ao ensino de anatomia humana para estudantes da rede pública de ensino. **Relato de experiência:** Trata-se de um relato de experiência referente ao projeto de extensão “Anatomia em Foco: Conhecendo o Corpo Humano para Inspirar Jovens e Promover Bem-Estar”, desenvolvido entre agosto de 2025 e agosto de 2026 na Escola Municipal Noé Fortes. Acadêmicos do curso de Medicina, sob supervisão docente, participaram como extensionistas e monitores de atividades teórico-práticas relacionadas aos diferentes sistemas do corpo humano. As ações utilizaram modelos anatômicos sintéticos, recursos audiovisuais, explicações dialogadas, dinâmicas em grupo, materiais didáticos e orientações de estudo, buscando associar os conteúdos de anatomia e fisiologia aos conhecimentos trabalhados na disciplina de Biologia. Ao longo do período, foram realizados dez encontros presenciais, com participação aproximada de 50 estudantes por atividade. As ações favoreceram a aproximação dos jovens com o conhecimento sobre o corpo humano, a interação com estudantes universitários e o contato com recursos didáticos utilizados no ensino médico. Entre os principais desafios identificados destacaram-se a conciliação dos horários dos extensionistas e a logística para transporte dos materiais anatômicos até a escola. **Conclusão:** A experiência evidenciou a relevância da extensão universitária como estratégia de socialização do conhecimento científico e de educação em saúde. O emprego de metodologias práticas, dialogadas e interativas favoreceu a aproximação dos estudantes da rede pública com conteúdos relacionados ao corpo humano e fortaleceu a integração entre universidade e comunidade. A atividade contribuiu para a formação dos acadêmicos de Medicina ao estimular habilidades de comunicação, responsabilidade social e compromisso com a cidadania.

Palavras-chave: **ANATOMIA; EDUCAÇÃO EM SAÚDE; EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA**

DOI: 10.51161/iv-conasus/89575

IMPACTOS SOCIOEMOCIONAIS DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA EM PESSOAS QUE GESTAM NA REGIÃO METROPOLITANA DE BELÉM: UM ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO

LAÍS ARAÚJO MESSIAS; LOHANNE ELISA OLIVEIRA CAVALCANTE; HAMANDA RODRIGUES DA SILVA PINHO

Introdução: A violência obstétrica é uma violação que ocorre no meio hospitalar e envolve condutas abusivas, desrespeitosas e de maus tratos às gestantes, podendo se manifestar de maneira multifacetada, antes, durante ou pós parto, englobando ações que podem afetar física e emocionalmente a vítima. **Objetivo**: Este estudo teve como objetivo investigar os impactos socioemocionais da violência obstétrica em pessoas que gestam na região metropolitana de Belém. **Metodologia**: Trata-se de uma pesquisa aplicada, transversal, descritiva e exploratória, de abordagem quantitativa, os dados foram coletados por meio de um formulário on-line autoral, e a divulgação do estudo visando atrair participantes ocorreu em um Centro de Especialidades Médicas de Belém. **Resultados**: Mais da metade das participantes relatou sentimentos de tristeza (61,5%) e medo (51,9%) após o episódio de violência. Além disso, 78,8% das entrevistadas afirmaram que a experiência afetou sua relação com o próprio corpo, manifestando sentimentos de vergonha em relação à aparência corporal e dificuldades em manter relações sexuais, além de que 57,7% relataram impactos na relação com o bebê. Apenas 26,9% das participantes manifestaram concordância em engravidar novamente após vivenciarem a violência obstétrica. Além disso, 78,8% das vítimas apresentaram sintomas depressivos e 51,9% relataram sintomas de estresse pós-traumático após a violação. **Conclusão**: Diante do exposto, evidencia-se que a violência obstétrica traz impactos socioemocionais significativos nas vítimas. Assim, torna-se urgente o reconhecimento dessa prática como uma problemática de saúde pública, que demanda políticas públicas específicas, formação ética e humanizada de profissionais da saúde e espaços de escuta qualificada para o acolhimento e defesa dos direitos das vítimas.

Palavras-chave: **VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA; GESTAÇÃO; IMPACTOS SOCIOEMOCIONAIS**

DOI: 10.51161/iv-conasus/89579

PASSÔMETRO DIGITAL: INOVAÇÃO TECNOLÓGICA PARA QUALIFICAR A PASSAGEM DE PLANTÃO ENTRE ENFERMEIROS

PAULLA MASCARENHAS DO VALE DE SOUZA MATOS; VITÓRIA SOLANGE COELHO FERREIRA; JORGE HENRIQUE DE OLIVEIRA SALES; ÍTALA PARIS DE SOUZA; HEBERT COSTA VAZ SANTANA; ENZO LIMA ALVES DOS SANTOS

RESUMO

A passagem de plantão constitui uma atividade essencial da enfermagem, por possibilitar a transferência de informações e responsabilidades necessárias à continuidade da assistência. Apesar de sua relevância, esse processo ainda pode ocorrer de forma pouco estruturada, apoiado em registros manuais e na comunicação verbal, favorecendo a fragmentação das informações. Este estudo teve como objetivo desenvolver o Passômetro Digital, aplicativo destinado a apoiar a passagem de plantão entre enfermeiros em ambiente hospitalar. Trata-se de um estudo metodológico de desenvolvimento tecnológico, fundamentado na Design Science Research (DSR) e articulado aos princípios do Design Thinking. O desenvolvimento foi subsidiado por uma revisão de escopo da literatura, conduzida conforme as recomendações do Joanna Briggs Institute, possibilitando mapear evidências relacionadas à passagem de plantão, estratégias de comunicação e tecnologias utilizadas nesse processo. A partir dos achados, foram definidos requisitos e funcionalidades para a construção do produto. Como resultado, foi desenvolvido um protótipo estruturado para reunir e organizar informações clínicas e assistenciais em ambiente digital, contemplando identificação do paciente, diagnóstico, avaliação clínica, sinais vitais, medicamentos, dispositivos, exames, intercorrências e pendências, além do registro dos profissionais envolvidos na transferência das informações. A proposta busca reduzir a fragmentação das informações e favorecer maior organização e rastreabilidade da comunicação. Conclui-se que o Passômetro Digital representa uma proposta de inovação tecnológica aplicada à enfermagem, desenvolvida a partir de uma necessidade concreta do processo assistencial e fundamentada em evidências científicas, apresentando potencial para apoiar uma comunicação mais estruturada, favorecer a continuidade do cuidado e contribuir para a segurança do paciente assistencial.

Palavras-chave: Comunicação em Saúde; Enfermagem; Tecnologia Digital.

1 INTRODUÇÃO

A passagem de plantão constitui uma atividade essencial da enfermagem, por possibilitar a transferência de informações e responsabilidades necessárias à continuidade da assistência. A qualidade desse processo está relacionada à comunicação entre os profissionais e à disponibilidade de informações pertinentes ao paciente, sendo relevante para a segurança do cuidado (Ahn; Jang; Son, 2021).

DOI: 10.51161/iv-conasus/89585

Apesar de sua importância, o handover pode apresentar fragilidades relacionadas à omissão de informações, registros fragmentados, comunicação predominantemente verbal e interrupções durante a transferência do cuidado. Interrupções e distrações são reconhecidas como barreiras à qualidade e à eficiência desse processo (Ahn; Jang; Son, 2021; Vanderzwan et al., 2023). Estratégias estruturadas de comunicação podem favorecer a organização das informações, enquanto recursos eletrônicos apresentam potencial para qualificar a transferência do cuidado (Vanderzwan et al., 2023; Tataei et al., 2023).

No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a integralidade da assistência e a organização dos serviços constituem princípios fundamentais, reforçando a necessidade de práticas que favoreçam a continuidade e a qualidade do cuidado (Brasil, 1990). Nesse contexto, a transformação digital amplia as possibilidades de qualificação dos processos de trabalho por meio de tecnologias desenvolvidas a partir das necessidades concretas dos serviços. Assim, uma ferramenta específica para apoiar a passagem de plantão pode contribuir para organizar informações e fortalecer a comunicação entre profissionais.

Diante disso, este estudo teve como objetivo geral desenvolver o Passômetro Digital, aplicativo destinado a apoiar a passagem de plantão entre enfermeiros em ambiente hospitalar, favorecendo a organização das informações, a continuidade do cuidado e a segurança do paciente.

2 MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo metodológico, de natureza aplicada, voltado ao desenvolvimento de uma tecnologia digital para apoiar a passagem de plantão entre enfermeiros em ambiente hospitalar. O percurso metodológico foi fundamentado na Design Science Research (DSR), abordagem orientada à construção de artefatos destinados à solução de problemas identificados em contextos reais (Peffers et al., 2007; Dresch; Lacerda; Antunes Júnior, 2015).

Como estratégia complementar, utilizou-se o Design Thinking, considerando seus princípios de compreensão do problema, definição de necessidades, geração de ideias e construção de soluções centradas no usuário (Brown, 2018; Cavalcanti; Filatro, 2017). No presente estudo, a etapa de compreensão das necessidades foi subsidiada pelos achados da literatura, não sendo realizada, nesta fase, investigação direta com os usuários.

Para fundamentar o desenvolvimento do produto, foi realizada uma revisão de escopo, conduzida segundo as recomendações do Joanna Briggs Institute (JBI), com o propósito de mapear evidências científicas sobre passagem de plantão, estratégias de comunicação e tecnologias utilizadas na transferência do cuidado (Peters et al., 2024). A seleção dos estudos foi realizada de forma sistematizada, com apoio do software Rayyan, e os dados extraídos foram organizados para posterior análise e síntese.

Os achados da revisão subsidiaram a identificação das principais necessidades relacionadas à comunicação durante a passagem de plantão e orientaram a definição dos requisitos do produto. Na etapa de ideação, essas informações foram organizadas e discutidas para estabelecer os conteúdos e funcionalidades pertinentes à tecnologia. Posteriormente, procedeu-se à prototipação do Passômetro Digital, contemplando a estrutura da interface, os campos de registro e a organização das informações clínicas e assistenciais.

O percurso resultou na construção do protótipo, que será submetido às etapas subsequentes de validação e avaliação, necessárias para verificar sua adequação, usabilidade e aplicabilidade no contexto da enfermagem hospitalar.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

DOI: 10.51161/iv-conasus/89585

O estudo resultou no desenvolvimento do protótipo Passômetro Digital, concebido para apoiar a passagem de plantão entre enfermeiros por meio da organização integrada de informações clínicas e assistenciais. A ferramenta reúne dados de identificação, diagnóstico, avaliação clínica, sinais vitais, medicamentos, dispositivos, exames, intercorrências e pendências, além do registro dos profissionais envolvidos na transferência do cuidado.

A estrutura do produto responde a fragilidades identificadas na literatura, especialmente relacionadas à comunicação durante o handover e às interrupções que podem comprometer a qualidade da transferência das informações (Ahn; Jang; Son, 2021; Vanderzwan et al., 2023). Nesse sentido, o Passômetro Digital associa comunicação estruturada, organização dos dados e suporte tecnológico em uma única ferramenta.

O diferencial do produto está, portanto, não apenas na digitalização de registros, mas na construção de um artefato direcionado às necessidades específicas da passagem de plantão da enfermagem. Essa característica está alinhada à Design Science Research, ao transformar uma necessidade concreta do processo de trabalho em uma solução tecnológica passível de aplicação e avaliação (Peffers et al., 2007; Dresch; Lacerda; Antunes Júnior, 2015). Evidências sobre handover eletrônico também apontam resultados promissores quanto à qualidade e eficiência da transferência de informações e à segurança do paciente (Tataei et al., 2023).

No contexto do SUS, a incorporação de tecnologias voltadas à qualificação dos processos de trabalho pode representar uma estratégia para fortalecer a integralidade e a continuidade do cuidado. O Passômetro Digital, concebido a partir de uma necessidade concreta da enfermagem hospitalar, apresenta potencial de aplicação em serviços públicos de saúde, articulando inovação tecnológica, comunicação profissional e segurança do paciente. Sua efetividade e aplicabilidade, contudo, deverão ser verificadas nas etapas posteriores de validação e avaliação.

4 CONCLUSÃO

O desenvolvimento do Passômetro Digital resultou em uma proposta de inovação tecnológica voltada à qualificação da passagem de plantão entre enfermeiros. Ao integrar e organizar informações clínicas e assistenciais em um ambiente digital, o produto apresenta potencial para fortalecer a comunicação profissional, favorecer a continuidade do cuidado e apoiar práticas mais seguras. No âmbito do SUS, a proposta reforça a importância de desenvolver tecnologias contextualizadas e alinhadas às necessidades dos serviços públicos de saúde. A continuidade do estudo, por meio da validação e avaliação do produto, será essencial para verificar sua usabilidade, aplicabilidade e contribuição efetiva ao contexto hospitalar.

REFERÊNCIAS

AHN, Jung-Won; JANG, Hye-Young; SON, Youn-Jung. Critical care nurses' communication challenges during handovers: a systematic review and qualitative meta-synthesis. Journal of Nursing Management, v. 29, n. 4, p. 623-634, 2021. DOI: 10.1111/jonm.13207.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1990.

BROWN, Tim. Design thinking: uma metodologia poderosa para decretar o fim das velhas ideias. Rio de Janeiro: Alta Books, 2018.

CAVALCANTI, Carolina Costa; FILATRO, Andrea. Design thinking na educação presencial, a distância e corporativa. São Paulo: Saraiva Uni, 2017.

DRESCH, Aline; LACERDA, Daniel Pacheco; ANTUNES JÚNIOR, José Antonio Valle. Design Science Research: método de pesquisa para avanço da ciência e tecnologia. Porto Alegre: Bookman, 2015.

PEFFERS, Ken; TUUNANEN, Tuure; ROTHENBERGER, Marcus A.; CHATTERJEE, Samir. A design science research methodology for information systems research. Journal of Management Information Systems, v. 24, n. 3, p. 45-77, 2007. DOI: 10.2753/MIS0742-1222240302.

PETERS, Micah D. J.; GODFREY, Christina; McINERNEY, Patricia; MUNN, Zachary; TRICCO, Andrea C.; KHALIL, Hanan. Scoping reviews. In: AROMATARIS, E.; LOCKWOOD, C.; PORRITT, K.; PILLA, B.; JORDAN, Z. (ed.). JBI Manual for Evidence Synthesis. Adelaide: JBI, 2024. DOI: 10.46658/JBIMES-24-09.

TATAEI, Azadeh; RAHIMI, Bahlol; AFSHAR, Hadi Lotfnezhad; ALINEJAD, Vahid; JAFARIZADEH, Hossein; PARIZAD, Naser. The effects of electronic nursing handover on patient safety in the general (non-COVID-19) and COVID-19 intensive care units: a quasi-experimental study. BMC Health Services Research, v. 23, art. 527, 2023. DOI: 10.1186/s12913-023-09502-8.

VANDERZWAN, Kathryn J.; KILROY, Susan; DANIELS, Amy; O'ROURKE, Jennifer. Nurse-to-nurse handoff with distractors and interruptions: an integrative review. Nurse Education in Practice, v. 67, art. 103550, 2023. DOI: 10.1016/j.nepr.2023.103550.

O ESTÁGIO EM PSICOLOGIA EM UM RESIDENCIAL TERAPÊUTICO PRIVADO: CONTRIBUIÇÕES DA ANÁLISE INSTITUCIONAL FRANCESA E DA TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

NATHÁLIA DE VARGAS MINUZZI; DIOGO FARIA CORRÊA DA COSTA

RESUMO

Este estudo tem como objetivo analisar as experiências de estágio em Psicologia realizadas em um Residencial Terapêutico privado, a partir das perspectivas da Análise Institucional Francesa e da Teoria das Representações Sociais. Trata-se de um relato de experiência desenvolvido em um Residencial Terapêutico localizado na região central do Rio Grande do Sul, com moradores egressos de longas internações psiquiátricas, incluindo pessoas provenientes de instituições totais e do Instituto Psiquiátrico Forense. A partir das vivências registradas em diário de campo, foram observadas situações que possibilitaram problematizar a efetivação da desinstitucionalização no cotidiano institucional, especialmente no que se refere às relações de poder, à autonomia e às formas de cuidado. Situações como a restrição da escolha sobre a alimentação e a compreensão de um morador acerca da possibilidade de sair do residencial mediante o pagamento de fiança foram utilizadas como analisadores, por evidenciarem aspectos naturalizados da dinâmica institucional. A Análise Institucional possibilitou compreender essas situações para além de condutas individuais, considerando os efeitos das normas, relações de poder e modos de funcionamento institucionais. A Teoria das Representações Sociais, por sua vez, contribuiu para analisar a permanência de concepções associadas à loucura, à incapacidade e à periculosidade, que podem sustentar práticas tutelares e de controle. Os resultados apontam para uma contradição entre a proposta de cuidado em liberdade e a permanência de práticas que reproduzem aspectos da lógica manicomial. Conclui-se que a desinstitucionalização não se resume à substituição do hospital por uma residência, exigindo transformação das relações, práticas e representações que atravessam o cuidado. Assim, destaca-se a necessidade de reconhecer os moradores como sujeitos de direitos, fortalecendo sua autonomia, participação e possibilidade de decisão sobre a própria vida.

Palavras-chave: Desinstitucionalização; Reforma Psiquiátrica; Saúde Mental.

1 INTRODUÇÃO

Através da Lei 10.216, de 6 de abril de 2001, entra em vigor a proteção dos direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, redirecionando o modelo assistencial em saúde mental no Brasil. Esse feito é um marco significativo, pois simboliza o início das tentativas de superação dos manicômios e representa o nascimento oficial da nova política de saúde mental

DOI: 10.51161/iv-conasus/89586

através da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Os indivíduos com transtornos mentais, que antes eram retirados da sociedade para seus "tratamentos" de forma isolada, sem proteção e sem garantias dignas, passam a caminhar lentamente para o cuidado em liberdade, através de seus dispositivos em rede, buscando promover saúde e assegurar o cuidado integral.

Um destes dispositivos é o Serviço Residencial Terapêutico (SRT), criado pelo Ministério da Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) pela portaria N° 106, de 11 de fevereiro de 2000, a qual estabelece que o serviço se caracteriza como moradias ou casas inseridas, preferencialmente na comunidade, destinadas a cuidar dos portadores de transtornos mentais, egressos de internações psiquiátricas de longa permanência, que não possuam suporte social e laços familiares e que viabilizem sua inserção social. Contudo, como apregoa o jargão popular, *o papel tudo aceita*, a alteração da realidade de vida dessas pessoas ainda está distante de ser em liberdade e com maiores possibilidades de autonomia e convívio social. É um pouco sobre essa "letra morta" do papel que esse trabalho objetiva discutir.

No contexto da RAPS gaúcha, a proliferação de Residenciais Terapêuticos Privados levou a Secretaria Estadual de Saúde a publicar a Portaria Nº 588/2021, que regulamenta o funcionamento dos SRTs privados, visando estabelecer critérios mínimos de funcionamento adequados e condizentes com as diretrizes da RAPS. O estágio que aqui será discutido foi desenvolvido em um residencial privado, característica importante a ser discutida, pois além do cuidado, há o atravessamento dos interesses econômicos e dinâmicas de funcionamento de uma empresa, que também visa o lucro e a ascensão social.

Apesar da beleza da construção das políticas e do dispositivo mencionado, este estudo também visa analisar as dificuldades de efetivação do cuidado desinstitucionalizado. A literatura apresenta que a maior dificuldade não está apenas em retirar a pessoa do hospital psiquiátrico ou dos hospitais de custódia, mas em evitar que a lógica manicomial seja reproduzida na residência, nos serviços e nas relações cotidianas. (Corrêa e Lima, 2025; Cesário, 2025.)

Franco Basaglia, grande liderança da reforma dos desumanos hospitais psiquiátricos da Itália, defendia a perspectiva de que não se pode falar em desinstitucionalização se for mantida a lógica medicalizante e manicomial reproduzida em serviços substitutivos. Sobre lógica manicomial entende-se uma diversidade de comportamentos e atitudes que reforçam um grau de superioridade daqueles que possuem a razão sobre os que são cuidados, os desarrazoados ou loucos, assim mencionados por Michel Foucault em sua obra *A história da Loucura* (1961). Tais comportamentos igualmente observados na prática de estágio fomentam a necessidade de uma análise detalhada da literatura acerca das dificuldades da real desinstitucionalização, a fim de trazer fragmentos que por vezes alimentam práticas não condizentes com a Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB). A partir disso, este resumo tem por objetivo analisar as experiências de estágio em Psicologia em um residencial terapêutico privado, a partir das perspectivas epistemológicas da Análise Institucional francesa e da Teoria das Representações Sociais.

2 RELATO DE EXPERIÊNCIA

Este relato de experiência é resultado de um estágio em Psicologia, com ênfase em promoção e prevenção de saúde, realizado em um Residencial Terapêutico privado na região central do Rio Grande do Sul, iniciado em março de 2026 com previsão de término em dezembro de 2026 e com carga horário semanal de 12 horas no local de prática.

O dispositivo em análise é caracterizado como "TIPO I" por contar com moradores que realizam suas atividades de vida diária com maior independência, necessitando de menor auxílio da equipe mínima, que é composta por cuidadores e por um profissional da enfermagem (Brasil, 2023). O público abrangido pelo estágio foram homens e mulheres com

idades entre 27 e 65 anos, sendo oito (08) mulheres e sete (07) homens. Todos procedem de longas internações psiquiátricas em instituições totais- caracterizadas por Erving Goffman (1961) em *Manicômios, Prisões e conventos* como "local de residência e trabalho onde um grande número de indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, levam uma vida fechada e formalmente administrada"- sendo que os homens possuem um viés com o crime, pois são egressos do Instituto Psiquiátrico Forense do Rio Grande do Sul. Foi possível observar que, mesmo após a Reforma Psiquiátrica Brasileira, há uma lógica de cuidado que rememora o modelo asilar, especialmente questões de hierarquia, patologização e infantilização.

Para discutir e exemplificar, serão mencionadas, ao longo deste resumo, narrativas registradas em diário de campo e sinalizadas em itálico, com o objetivo de analisar e problematizar a questão da desinstitucionalização em residenciais privados. A seguir, apresentaremos algumas cenas que evidenciaram as dinâmicas institucionais, levando-nos a refletir sobre as mesmas.

CENA 1: *Se nem a pizza que sobra, sobra para os loucos, então o que sobra?*

Em uma das tardes de estágio, o lanche servido foi pizza de sardinha. Todas as moradoras receberam um pedaço igual e porcionado, sem o direito de escolher o próprio pedaço ou de repetir. Cláudia (nome fictício) ganhou o mesmo tamanho de pizza das demais, porém, notou olhares de uma das colegas suplicando, mesmo que indiretamente, um pedaço a mais de pizza. Antes de precisar ouvir o pedido oficial ou de qualquer discussão, ofereceu um pedaço de sua pizza para Simone (nome fictício). Não contava, porém, que esse pedaço faria falta e lhe deixaria com fome. Pediu para que eu fosse até a cozinha pedir ao "pai" (cozinheiro) mais um pedaço de pizza. A resposta eu já esperava e seria não. Logo em seguida, Cláudia pediu para que fossemos até o pátio, pegou minha mão e me levou até lá. Ela esboçava um rosto irritado e mencionava que tinha ficado com fome, que nunca viu em nenhum outro lugar deixarem as pessoas sem comer, que aquilo não se fazia. Eram pessoas ruins. Dizia, porém, que não aguentava mais ficar lá. A partir desse momento ficou evidente que o incômodo maior não se deu exclusivamente pela pizza, foi apenas desencadeado por ela. Os motivos eram outros tantos: falta de independência, de não escolher o que comer, a quantidade que deseja comer, o horário que quer comer. Se elas estão em casa, por que não ter autonomia de quem está na própria casa? Esse nosso momento no pátio foi observado pela Simone e pelo cozinheiro, na tentativa de escutarem o que ela me falava. Ao retornarmos até a casa, notei uma insatisfação e indignação do cozinheiro, me questionando o motivo do "surto" da Cláudia. Ainda falou que não havia motivo nenhum pra esse surto, porque foi ela quem deu um pedaço de sua pizza pra Simone (informação que até aquele momento me era desconhecida). Fui até o quarto que a Cláudia estava. Era um choro profundo, intenso. Olhar vago, sem ter um local específico para fixar. Fiquei ali com ela sem dizer nada, apenas de corpo presente. Em determinado momento, comecei a sondar a informação que eu havia descoberto sobre ela ter compartilhado um pedaço da própria pizza. Ela contou que sim, que deu um pedaço porque a Simone tinha ficado olhando. Penso que a fome que a Cláudia sentiu nesse dia não poderia ser saciada com alimento, tampouco com a pizza de sardinha. Foi uma fome de liberdade, de poder ir na cozinha e pegar mais um pedaço. Além de tudo, a cuidadora do dia informou que ela não poderia comer mais porque tinha acabado, o "pai" tinha feito pouco. Cláudia entrou na cozinha e viu lá um pedaço de pizza sobrando. Tinha pizza, só não tinha para ela. Tinha para mim, para a equipe, para os "certos". "A Cláudia 'tá' louca!", disse o cozinheiro. "Complicando por nada, criando confusão. Ela sabe que não pode mais um pedaço, eu ainda dei um pedaço grande pra ela."

Com base na Análise Institucional, analisa-se que no episódio relatado, a pizza desempenhou o papel de Analisador, descrito por René Lourau (2014) como um acontecimento, situação, objeto ou pessoa que provoca rupturas e revela o que está oculto em

uma instituição. Naquele momento, através da vontade de comer mais um pedaço de pizza, foi revelada a falta de autonomia dos residentes em servirem seu próprio pedaço, do desejo insaciável de liberdade e de comer o que e o quanto se deseja. Estudos de Andreola e Rodrigues (2023) mostram que a autonomia não pertence exclusivamente ao usuário: ela também atravessa os profissionais, os saberes técnicos, os projetos terapêuticos e a própria instituição. O exercício da autonomia perpassa pelas áreas técnicas e administrativas do residencial, haja vista que precisa haver uma série de mudanças significativas no funcionamento. Para tanto, não cabe exclusivamente ao residente o desenvolvimento dessa habilidade, mas principalmente pela equipe diretiva e de saúde que devem promover atividades de incentivo às pequenas autonomias para devolver ao sujeito o que historicamente lhe foi tomado.

Cabe também relacionar o episódio com a experiência de Gorizia, protagonizada por Franco Basaglia, que transformou radicalmente as relações dentro do Hospital Psiquiátrico (Basaglia, 1985). Basaglia retirou grades, suspendeu o uso de camisas de força, abriu os pavilhões e promoveu a participação dos internados em assembléias e nas decisões. A experiência de Gorizia é útil para pensar os residenciais terapêuticos. Uma reunião de moradores só será coerente com Basaglia se tiver capacidade real de questionar regras, discutir decisões, modificar rotinas e reconhecer os moradores como sujeitos políticos. Contudo, mesmo que a experiência tenha inspirado as novas perspectivas de cuidado mais humanizado, transformar o interior do hospital não bastava e não se tornou suficiente. A retirada das grades físicas foi um grande avanço para o início da reforma psiquiátrica, mas não se pode negar que as grades simbólicas seguem presentes na lógica da instituição manicomial.

CENA 2: *Nem fiança me tira daqui…*

- *Oi dona. A senhora é o que?*
- *Sou estagiária de Psicologia.*
- *Ah, Psicóloga então. Eu poderia conversar em particular com a senhora depois?*
- *Pode, claro.*
- *Deu um passo pra trás, ficou um pouco ali e perguntou:*
- *Dra., a senhora sabe ´se´ eu pagar fiança eu consigo sair daqui?*
- *Desculpa. Pode repetir?*
- *A senhora sabe que ´se´ eu pagar fiança e que valor preciso pagar pra me tirar daqui?*
- *Olha, na verdade aqui não é um presídio, é um residencial, a casa de vocês… Então não segue essa lógica de fiança porque vocês não estão presos.*
- *Ah, tá. Achei que com fiança eu poderia sair.*

Há um conhecimento popular, também chamado de senso comum, que atribui à figura do indivíduo com transtornos mentais um certo grau de periculosidade, o que justificou por tantos anos a prática de institucionalização em nome do controle e da higienização social. Desde a criação do Hospício Pedro II reverberou o modelo de instituição que não prioriza o cuidado em saúde mental, mas que se preocupa, prioritariamente, com a segurança da sociedade. As discussões de Serge Moscovici, formulador da da Teoria das Representações Sociais, evidenciam e justificam as ideias sociais que estigmatizam o louco como perigoso e como um risco imediato e generalizado para a sociedade, mantendo-se a justificativa padrão de isolamento e proteção para a coletividade.

Ainda hoje, é possível observar resquícios da exclusão e do isolamento desses indivíduos da sociedade. Embora extintos, os manicômios como instituições físicas, há práticas e formas de cuidado que rememoram a instituição simbólica, descrita como um conjunto de lógicas, normas, valores e modelos de comportamento que regulam a vida humana. Ela define o que é permitido, proibido ou aceito na sociedade, abrangendo tanto leis formais quanto costumes abstratos (Lourau, 2014).

Vicari et al. (2025, p. 05) mencionam que "[...] as instituições representam algo

existente nos grupos, da ordem do inconsciente, que precede sua criação e que os forma e molda; é nas relações desenvolvidas com as instituições que os indivíduos estruturam e sustentam a sua identidade". Nesse sentido, percebe-se a presença dos aspectos inconscientes da instituição nos relatos mencionados, visto que, mesmo em contextos e situações discrepantes, a instituição molda a subjetividade de quem as pertence, regulando seus desejos e sua percepção crítica.

3 DISCUSSÃO

As pesquisas recentes (Bongiovanni e Silva, 2019; Andreola e Rodrigues, 2023; Cesário, 2025) mostram que os Serviços Residenciais Terapêuticos constituem importantes dispositivos de desinstitucionalização, mas sua existência não garante automaticamente o cuidado em liberdade. A produção efetiva de cuidado desinstitucionalizado é dificultada pela reprodução de práticas tutelares, pela restrição da autonomia financeira e territorial, pela fragilidade da articulação da RAPS, pelo estigma e pelas condições precárias de trabalho. Nesse contexto, a Análise Institucional Francesa e a Teoria das Representações Sociais permitem analisar tanto as relações de poder e os processos de institucionalização presentes no cotidiano quanto os sentidos atribuídos à loucura, à autonomia e ao cuidado pelos moradores, profissionais e estagiários. René Lourau (2014) faz uma importante distinção entre os conceitos de desospitalização e desinstitucionalização. A desospitalização consiste principalmente em retirar pessoas do hospital. A desinstitucionalização, por outro lado, exige transformar as relações sociais, os saberes, as práticas e os lugares ocupados pela loucura. Cabe uma crítica quanto ao modelo assistencial em saúde mental que, ao promover a desospitalização em massa, não necessariamente está efetivando a desinstitucionalização. As práticas observadas durante a vivência de estágio reforçam a ambivalência entre o cuidar e o controlar, como a concentração do poder nos profissionais, a infantilização, separação da comunidade e a dependência institucional.

A efetivação do cuidado desinstitucionalizado em um residencial terapêutico não depende apenas da substituição do hospital por uma moradia, mas da análise permanente das relações de poder, das normas, dos modos de gestão e das práticas cotidianas que podem reproduzir a lógica manicomial em um dispositivo territorial.

É possível observar que há semelhança entre os Serviços Residenciais com a prática de infantilização dos indivíduos, atrelando-os a noção de incapacidade e fragilidade- não sendo, porém, uma coincidência recair sobre tais pessoas as atitudes semelhantes às tidas com crianças, uma vez que para os olhos das ciências Psis a Infância e a Loucura possuem características semelhantes pela ausência de crítica (Silva et al. 2022)

4 CONCLUSÃO

A experiência de estágio permitiu problematizar a ideia de que a simples substituição do hospital psiquiátrico por um Residencial Terapêutico representa, por si só, a efetivação da desinstitucionalização. As situações observadas evidenciam uma contradição entre a proposta de cuidado em liberdade defendida pela Reforma Psiquiátrica e práticas cotidianas marcadas pelo controle, pela tutela, pela infantilização e pela restrição da autonomia dos moradores. Nesse sentido, o residencial pode deixar de reproduzir os muros físicos do manicômio, mas ainda conservar suas grades simbólicas. Assim, a principal questão não é apenas onde essas pessoas vivem, mas como vivem e quanto podem decidir sobre suas próprias vidas. Uma instituição que oferece moradia, mas determina o que comer, quando comer, onde circular e quais decisões podem ser tomadas, corre o risco de transformar o cuidado em controle. Desinstitucionalizar implica, portanto, deslocar o sujeito da posição de objeto do cuidado para

a de protagonista de sua própria existência. Nesse processo, a Psicologia possui o desafio ético de não apenas adaptar o indivíduo à instituição, mas também interrogar e transformar as práticas institucionais que limitam sua autonomia, participação e cidadania.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo. Uma aventura no manicômio: a trajetória de Franco Basaglia. **História, Ciências, Saúde** – Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 61-77, 1994.

ANDREOLA, E. C.; RODRIGUES, E. Cartografias da autonomia: tensões e construções no campo da saúde mental. **Revista Psicologia Política**, v. 23, n. 56, 2023.

BASAGLIA, Franco (coord.). **A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico.** Tradução de Heloísa Jahn. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985.

BONGIOVANNI, Julia; SILVA, Rosane Azevedo Neves da. Desafios da desinstitucionalização no contexto dos serviços substitutivos de saúde mental. **Psicologia & Sociedade**, v. 31, e190259, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs)**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023.

CESÁRIO, Rafaella Pinheiro. Autonomia e contratualidade: eixos-norteadores para uma práxis ético-política em saúde mental. **Boletim do Instituto de Saúde – BIS**, São Paulo, v. 26, n. 2, p. 141-148, 2025.

CORRÊA, Luisa Motta; LIMA, Rossano Cabral. A tendência à neoinstitucionalização e o discurso religioso: elementos de análise para a reforma psiquiátrica. **Saúde e Sociedade,** v. 33, n. 4, e230288pt, 2024.

FOUCAULT, Michel. **História da loucura na idade clássica**. São Paulo: Perspectiva, 1961.

LOURAU, René. **A análise institucional.** Petrópolis: Vozes, 2014.

SILVA, Gabriela Andrade da; CARDOSO, Antônio José Costa; BESSONI, Enrique; PEIXOTO, Alexandre da Cunha; RUDÁ, Caio; SILVA, Daniela Viana da; BRANCO, Samuel Martins de Jesus. Modos de autonomia em Serviços Residenciais Terapêuticos e sua relação com estratégias de desinstitucionalização. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, n. 1, 2022.

VICARI, Tais; SEVERO, Marina Bittelbrunn; BULGARELLI, Alexandre Fávero. Aproximações conceituais da análise institucional para compreender o acesso ao SUS enquanto uma instituição. **Cadernos Saúde Coletiva,** v. 33, n. 2, 2025.

ENFERMAGEM NA FORÇA NACIONAL DO SUS DURANTE A COP30: RELATO DE EXPERIÊNCIA

ADRIETE MALATO FERREIRA CORDOVIL DOS SANTOS; CARMEM LÚCIA ROSA PEREIRA MIRANDA; EDILENE DA TRINDADE; FRANCIDETE DA SILVA ASSUNÇÃO; GABRIELA NUNES PINHEIRO; GLEYDOSON FABRÍCIO DE FREITAS MENEZES; LÚCIA MENEZES DE MEDEIROS

RESUMO

Eventos de massa impõem desafios sanitários que tensionam a capacidade de resposta das cidades anfitriãs, e a enfermagem constitui o contingente predominante das forças-tarefa mobilizadas nesses cenários. Objetivo: relatar, à luz do Arco de Maguerez, a experiência de uma enfermeira voluntária da Força Nacional do Sistema Único de Saúde (FN-SUS) em hospital de campanha durante a 30ª Conferência das Partes da Convenção-Quadro das Nações Unidas sobre Mudança do Clima (COP30), em Belém, Pará. Relato de Experiência: vivência ocorrida entre 3 e 27 de novembro de 2025 no Hospital de Campanha da FN-SUS instalado na Usina da Paz Jurunas. A narrativa apoiou-se exclusivamente em registros reflexivos da autora e em documentos de acesso público, sem uso de dados assistenciais ou institucionais, e foi organizada nas cinco etapas da metodologia da problematização: observação da realidade, pontos-chave, teorização, hipóteses de solução e aplicação à realidade. Discussão: os pontos-chave identificados foram a classificação de risco em cenário provisório e com equipe recém-constituída, a comunicação intercultural e intersetorial como tecnologia de cuidado e o desgaste físico e emocional da equipe sob calor equatorial. A teorização com a literatura de medicina de eventos de massa e de enfermagem em emergência sustentou cinco hipóteses de solução aplicáveis a futuras mobilizações. Conclusão: a experiência evidenciou o papel estratégico da enfermagem na resposta organizada a eventos de massa e a capacidade de articulação do SUS em situações excepcionais. Destacam-se, como contribuições para o planejamento de futuras missões, a pactuação prévia de um referencial estruturado de avaliação, o dimensionamento sensível ao horário e ao entorno, a incorporação formal de estratégias de comunicação intercultural, a previsão institucional de suporte biopsicossocial às equipes e o registro sistemático das lições aprendidas. O aprendizado adquirido permanece como legado para a trajetória profissional e para a compreensão do dever de servir ao SUS.

Palavras-chave: Triagem; Planejamento em Desastres; Mudança Climática.

1 INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde define evento de massa como um acontecimento planejado ou espontâneo que reúne um contingente de participantes capaz de tensionar a capacidade de planejamento e de resposta da comunidade, da cidade ou do país anfitrião (World Health Organization, 2015).O campo da medicina de eventos de massa consolidou-se como área específica de conhecimento na última década, com sua formalização como disciplina em fórum da Assembleia Mundial da Saúde em 2014 (World Health Organization, 2015). Trata-se de um campo híbrido que combina elementos de atendimento pré-hospitalar, medicina de

DOI: 10.51161/iv-conasus/89595

emergência, medicina esportiva, medicina tática e medicina de expedição, em proporções que variam conforme o tipo de evento e as características do local (Arbon, 2007; Milsten et al., 2002). Entre os riscos sanitários reconhecidos nesses cenários estão a transmissão de doenças respiratórias, os agravos térmicos, incluindo exaustão pelo calor, insolação e desidratação, a exacerbação de doenças crônicas, os transtornos mentais e os incidentes com múltiplas vítimas (World Health Organization, 2015).

No Brasil, a resposta complementar a emergências em saúde pública conta com a Força Nacional do Sistema Único de Saúde (FN-SUS), instituída pelo Decreto nº 7.616, de 17 de novembro de 2011, e regulamentada no âmbito do SUS pela Portaria GM/MS nº 2.952, de 14 de dezembro de 2011 (Brasil, 2011a, 2011b; Gomes et al., 2012).A realização da COP30 em Belém, em novembro de 2025, reuniu delegações governamentais internacionais, observadores, imprensa, movimentos sociais, povos indígenas e a população local em uma cidade de clima equatorial, quente e úmido. Nesse contexto, a FN-SUS estruturou um Hospital de Campanha (HCamp) na Usina da Paz Jurunas, ampliando a capacidade de atenção às demandas de saúde geradas pelo evento.

Apesar da relevância do tema, a produção científica sobre a atuação da enfermagem em eventos de massa concentra-se em eventos esportivos e religiosos, sendo escassos os relatos referentes a conferências de natureza diplomática e climática, sobretudo no cenário amazônico. Este estudo tem por objetivo relatar, à luz do Arco de Maguerez, a experiência de uma enfermeira voluntária da FN-SUS durante a COP30, destacando a atuação no acolhimento com classificação de risco, a organização do cuidado, a integração multiprofissional e os aprendizados decorrentes da missão.

2 RELATO DE EXPERIÊNCIA

Trata-se de relato de experiência, de natureza descritiva e reflexiva, com abordagem qualitativa, elaborado a partir da vivência profissional da autora como enfermeira voluntária da FN-SUS, em Hospital de Campanha instalado na Usina da Paz Jurunas, em Belém, Pará, Brasil, no período de 3 a 27 de novembro de 2025, por ocasião da realização da COP30. A organização da narrativa adotou como referencial metodológico o Arco de Maguerez, esquema da metodologia da problematização concebido por Charles Maguerez e sistematizado por Bordenave (Bordenave; Pereira, 1982; Berbel, 2011). A construção do texto apoiou-se em duas fontes: os registros reflexivos e as memórias profissionais da autora, sistematizados ao longo e ao término da missão; e documentos normativos e literatura científica de acesso público.

2.1 Observação da realidade (primeira etapa do Arco)

O Hospital de Campanha reproduziu, em estrutura provisória, a lógica de um serviço de urgência. Contava com recepção, acolhimento com classificação de risco, consultórios, salas amarela e vermelha, recuperação, isolamento, testagem (COVID-19 e influenza), farmácia, logística e administração. Somavam-se a isso ambulâncias e equipes de resposta rápida para deslocamento e transporte inter-hospitalar. A operação envolveu profissionais voluntários de várias categorias e procedências, enfermagem, medicina, apoio, logística e condutores, por período determinado.

A atuação da autora concentrou-se no acolhimento com classificação de risco, porta de entrada assistencial e ponto de maior densidade decisória. Nessa função, a enfermeira estabelece o primeiro contato com o usuário para reconhecer, em poucos minutos e com dados frequentemente incompletos, a prioridade clínica e a necessidade de intervenção imediata.

A realidade revelou tensões que atravessaram a missão. A primeira decorreu do caráter provisório: um hospital montado do zero, com equipe recém-constituída e sem rotinas

consolidadas, exigiu que os fluxos funcionassem como instrumentos de cuidado, e não apenas logísticos. A segunda originou-se da heterogeneidade do público (participantes internacionais, indígenas e população local), com repertórios linguísticos e referências culturais distintos. A terceira relacionou-se às condições ambientais e laborais: jornadas intensas sob calor e umidade elevados, estrutura de campanha, afastamento familiar e demanda imprevisível. Por fim, o serviço não operava isolado; constituía um ponto articulado à rede assistencial preexistente do município, absorvendo baixa e média complexidades e encaminhando casos graves para recursos hospitalares definitivos.

2.2 Pontos-chave (segunda etapa do Arco)

Com base na realidade observada, identificaram-se três variáveis determinantes para a qualidade da assistência de enfermagem. A primeira é a triagem provisória, onde criar fluxos seguros e treinar uma nova equipe em poucos dias, sem protocolos prévios, desafia a consistência da classificação de risco. A segunda é a comunicação multicultural e interprofissional, já que a articulação eficaz entre culturas, como indígenas e estrangeiros, e diferentes setores é vital para evitar falhas que comprometam o cuidado. Por fim, o desgaste da equipe, com o cansaço físico e emocional agravado pelo clima e pela estrutura provisória, exige que o suporte ao cuidador integre formalmente o planejamento.

3 DISCUSSÃO

A discussão corresponde às três etapas finais do Arco de Maguerez: a teorização dos pontos-chave à luz da literatura, a formulação de hipóteses de solução e a aplicação à realidade.

3.1 Classificação de risco e sistematização da avaliação em cenários de emergência

A literatura de enfermagem em emergência sustenta que abordagens tradicionais de avaliação, centradas em sinais vitais e em revisão de sistemas, não são suficientemente ancoradas em evidência nem estruturadas segundo a lógica da segurança do paciente (Curtis et al., 2021). Estudo quase-experimental multicêntrico conduzido em departamentos de emergência australianos avaliou a implantação do referencial HIRAID, acrônimo que organiza a avaliação em história, identificação de sinais de alerta, exame, intervenções, exames diagnósticos, comunicação e reavaliação, e demonstrou redução pela metade na proporção de episódios de deterioração clínica atribuíveis ao cuidado prestado na emergência, além de queda nos atrasos de tratamento e nas falhas de escalonamento diante de sinais vitais alterados (Curtis et al., 2021).

No cenário brasileiro, o acolhimento com classificação de risco constitui diretriz da Política Nacional de Humanização, e a participação do enfermeiro nessa atividade é normatizada pelo Conselho Federal de Enfermagem (Brasil, 2009; Conselho Federal de Enfermagem, 2021). A articulação entre a diretriz nacional e os referenciais internacionais de avaliação sistematizada configura, portanto, um terreno fértil e ainda pouco explorado para a enfermagem brasileira em contextos de campanha.

3.2 Perfil de demanda e distribuição da carga de trabalho em eventos de massa

Os achados de Koski et al. (2022) oferecem parâmetros úteis para o planejamento de eventos em massa. A carga de trabalho dos serviços de emergência aumentou de forma estatisticamente significativa em seis dos nove eventos analisados; o risco relativo foi mais

elevado para ocorrências relacionadas a violência, seguidas de acidentes de trânsito e de outros acidentes e lesões; houve incremento das ocorrências de urgência intermediária e redução das não urgentes; e a elevação da demanda concentrou-se entre as 20h e as 8h.

Memish et al. (2019) sistematizam os riscos sanitários associados a grandes aglomerações: transmissão de doenças comunicáveis, agravos relacionados à água e ao saneamento, exacerbação de doenças crônicas, transtornos mentais e psicossociais, distúrbios térmicos, tumultos, acidentes e traumas. Destaca-se também a experiência brasileira dos Jogos Olímpicos e Paralímpicos do Rio de Janeiro em 2016, quando a Organização Mundial da Saúde prestou apoio técnico ao Ministério da Saúde e ao Comitê Olímpico Internacional, e nenhum caso de infecção por vírus Zika foi confirmado entre os participantes, apesar da intensa repercussão prévia (Memish et al., 2019).

3.3 Diversidade sociocultural e populações com necessidades específicas

O primeiro tratado dedicado especificamente à medicina de eventos de massa organiza as necessidades de populações específicas, incluindo crianças, mulheres, pessoas idosas e pessoas com deficiência, a partir do referencial CMIST, que agrupa as dimensões de comunicação, manutenção da saúde, independência, suporte e segurança, e transporte (Brady et al., 2024). A obra se dedica a eventos religiosos, políticos, musicais e comunitários, e a circunstâncias agravantes como clima e intempéries, tumultos, incidentes com múltiplas vítimas e doenças infecciosas. Aponta-se, como principal limitação da literatura disponível, a escassa discussão sobre continuidade do cuidado e acompanhamento posterior das pessoas cuja saúde foi afetada em decorrência da participação no evento (Brady et al., 2024). Essa lacuna converge com a percepção, na vivência relatada, de que o encaminhamento à rede local é o elo mais frágil da cadeia assistencial em estruturas provisórias.

3.4 Preparo da enfermagem para emergências em saúde pública

A enfermagem representa contingente expressivo dos recursos humanos mobilizados em emergências de saúde pública, está presente em todos os níveis de atenção e integra a linha de frente da resposta, participando desde a triagem das vítimas até as etapas subsequentes do cuidado (Gomes et al., 2012). A atuação nesses cenários exige preparo específico, técnico, organizacional e psicológico, e há referenciais consolidados de competências essenciais para enfermeiros no preparo para emergências e desastres, incluindo o quadro de competências de enfermagem em desastres do Conselho Internacional de Enfermeiros (Gomes et al., 2012; International Council of Nurses, 2009, 2019).

Essas competências articulam atenção à saúde, tomada de decisão, comunicação, liderança, administração, gerenciamento e educação, em consonância com as Diretrizes Curriculares Nacionais da Enfermagem (Gomes et al., 2012). Memish et al. (2019) acrescentam um dado organizacional relevante: em experiências de vigilância intensificada para eventos de massa, os departamentos locais de saúde pública recorreram a pessoal remanejado de outros setores e a apoio externo, e todos retornaram às suas atribuições anteriores ao término do evento, o que dificultou a consolidação de ganhos duradouros. Trata-se de alerta direto à sustentabilidade do legado de missões como a da FN-SUS na COP30.

3.5 Hipóteses de solução (quarta etapa do Arco)

A partir do confronto entre a realidade observada e a literatura, elaboraram-se cinco hipóteses de solução para futuras mobilizações da FN-SUS em eventos de massa. A primeira consiste na adoção de um referencial estruturado de avaliação de enfermagem com pactuação

prévia à missão, definindo de forma antecipada um instrumento único de avaliação inicial e passagem de plantão que articule o protocolo nacional de classificação de risco a referenciais de emergência, com treinamento assíncrono prévio e guias de consulta rápida nos postos de trabalho para reduzir atrasos. A segunda foca no dimensionamento sensível ao horário e ao entorno, planejando escalas e recursos móveis para atender ao aumento da demanda noturna e nas rotas de acesso, combinando isso à vigilância de agravos térmicos comuns em aglomerações na região amazônica. A terceira hipótese propõe um plano formal de comunicação intercultural que incorpore suporte de tradução, sinalização multi-idioma e um protocolo de abordagem culturalmente competente para o atendimento a povos indígenas, garantindo o respeito aos seus modos de compreender o adoecimento. A quarta sugere um protocolo de cuidado com a equipe mobilizada, prevendo formalmente pausas, hidratação, rodízio sob exposição térmica e apoio psicológico como componentes essenciais do preparo profissional. Por fim, a quinta hipótese recomenda um instrumento padronizado de registro de lições aprendidas, aplicando um formulário de encerramento para capturar soluções improvisadas e evitar a dispersão da memória organizacional com o fim da missão.

3.6 Aplicação à realidade (quinta etapa do Arco)

A quinta etapa do Arco corresponde ao retorno à prática. No plano pessoal, a missão modificou a compreensão da autora sobre o alcance da enfermagem. A atuação na classificação de risco em cenário de campanha deslocou o eixo da prática da execução de procedimentos para a organização do cuidado: perceber que o desenho de um fluxo, a clareza de uma explicação na sala de espera ou a decisão de reavaliar um usuário em espera produzem efeitos de segurança tão concretos quanto uma intervenção técnica. Consolidou-se, igualmente, o interesse pela enfermagem em emergências e desastres como campo de aprofundamento, articulado à saúde coletiva e à compreensão do SUS como sistema capaz de mobilizar solidariedade federativa em situações excepcionais.

No plano institucional, as hipóteses formuladas são aplicáveis a futuros megaeventos no Brasil e, sobretudo, ao enfrentamento de emergências climáticas e sanitárias regionais. A Amazônia concentra vulnerabilidades, dispersão territorial, dificuldade de acesso e capacidade instalada limitada em municípios de pequeno porte, que tornam o modelo de hospital de campanha articulado à rede local uma tecnologia organizacional relevante para além de conferências internacionais. O aprendizado acumulado na COP30 pode, nesse sentido, subsidiar respostas a enchentes, estiagens severas, incêndios florestais e surtos, cenários nos quais a lógica de mobilização é análoga.

Por fim, cabe explicitar as limitações deste relato. A narrativa expressa a perspectiva individual de uma profissional, circunscrita a um posto de trabalho específico e a um recorte temporal determinado, sem sustentação em dados assistenciais ou epidemiológicos e sem pretensão de generalização.

4 CONCLUSÃO

A experiência evidenciou o papel estratégico da enfermagem na resposta organizada a eventos de massa e a capacidade de articulação do SUS em situações excepcionais. O acolhimento com classificação de risco mostrou-se o ponto de maior densidade decisória do hospital de campanha, e a comunicação intercultural, uma tecnologia de cuidado tão determinante quanto os recursos materiais disponíveis.

Destacam-se, como contribuições para o planejamento de futuras missões, a pactuação prévia de um referencial estruturado de avaliação, o dimensionamento sensível ao horário e ao entorno, a incorporação formal de estratégias de comunicação intercultural, a previsão

institucional de suporte biopsicossocial às equipes e o registro sistemático das lições aprendidas.

Como limitação, reconhece-se o caráter individual e circunscrito da narrativa, que não permite generalização. Como perspectiva, indica-se a realização de estudos que acompanhem sistematicamente a atuação da enfermagem em missões da FN-SUS, com avaliação da efetividade das estratégias aqui propostas.

REFERÊNCIAS

ARBON, P. Mass-gathering medicine: a predictive model for patient presentation and transport rates. **Prehospital and Disaster Medicine**, v. 22, n. 1, p. 34-43, 2007.

BERBEL, N. A. N. **Metodologia da problematização: fundamentos e aplicações**. Londrina: Editora UEL, 2011.

BORDENAVE, J. D.; PEREIRA, A. **Estratégias de ensino-aprendizagem**. 4. ed. Petrópolis: Vozes, 1982.

BRADY, W. J. et al. (ed.). **Mass gathering medicine: a guide to the medical management of large events**. Cambridge: Cambridge University Press, 2024.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, n. 12, p. 59, 13 jun. 2013.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, n. 98, p. 44-46, 24 maio 2016.

BRASIL. Decreto nº 7.616, de 17 de novembro de 2011. Dispõe sobre a Declaração de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) e institui a Força Nacional do Sistema Único de Saúde (FN-SUS). **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 148, n. 221, p. 4-5, 18 nov. 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2.952, de 14 de dezembro de 2011. Regulamenta a Força Nacional do Sistema Único de Saúde (FN-SUS). **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, n. 240, p. 73, 15 dez. 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN nº 661, de 2021. Dispõe sobre a participação do enfermeiro na atividade de classificação de risco. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 2021.

CURTIS, K. et al. The implementation of an emergency nursing framework (HIRAID) reduces patient deterioration: a multi-centre quasi-experimental study. **International Emergency Nursing**, v. 56, 100976, maio 2021.

GOMES, L. D. et al. Atuação da enfermagem em emergências de saúde pública: análise do primeiro cadastramento nacional da Força Nacional do SUS. **REFACI: Revista da Faculdade de Ciência e Tecnologia**, v. 1, n. 1, p. 45-56, 2012.

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES; WORLD HEALTH ORGANIZATION. **ICN framework of disaster nursing competencies**. Geneva: ICN, 2009.

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES. **ICN core competencies in disaster nursing: version 2.0**. Geneva: ICN, 2019.

KOSKI, A. et al. Preparedness for mass gatherings: rescue and emergency medical services' workloads during mass gathering events. **Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine**, v. 30, n. 14, p. 1-10, 2022.

MEMISH, Z. A. et al. Mass gatherings medicine: public health issues arising from mass gathering religious and sporting events. **The Lancet**, v. 393, n. 10185, p. 2073-2084, maio 2019.

MILSTEN, A. M. et al. Mass-gathering medical care: a review of the literature. **Prehospital and Disaster Medicine**, v. 17, n. 3, p. 151-162, 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Public health for mass gatherings: key considerations**. Geneva: World Health Organization, 2015.

SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: DESAFIOS E ESTRATÉGIAS PARA A QUALIFICAÇÃO DO CUIDADO

CAMILA DE OLIVEIRA NAPY; ALEXIA CAROLINE BARROS DA SILVA; CAMILLE COSTA XAVIER; LAVINIA GABRIELLY WANDERLEY; NOÉLIA MARINHO GOMES DOS SANTOS; RAFAELA SANTOS CIRILO DE OLIVEIRA; PAULA MANUELA DA SILVA COUTINHO

Introdução: A Atenção Primária à Saúde (APS) desempenha papel fundamental no cuidado em saúde mental, por constituir importante ponto de acesso da população aos serviços de saúde. Entretanto, persistem desafios relacionados à qualificação profissional, à articulação da rede e à integralidade do cuidado, comprometendo a efetividade das ações voltadas a esse público. **Objetivo:** Analisar os principais desafios e estratégias relacionados ao cuidado em saúde mental na atenção primária, a partir da produção científica nacional. **Metodologia:** Trata-se de revisão integrativa da literatura, realizada nas bases de dados PubMed, SciELO e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), utilizando os descritores "Saúde mental", "Atenção Primária à Saúde", "Atenção Básica" e "Sistema Único de Saúde". Foram identificados inicialmente 13 artigos, dos quais foram excluídos os que já configuravam revisões integrativas ou haviam sido publicados antes de 2014, resultando em amostra final de sete estudos, publicados entre 2014 e 2026, que abordaram a saúde mental nesse contexto sob diferentes perspectivas e abordagens metodológicas. **Resultados:** Os estudos evidenciaram a presença significativa de demandas de saúde mental no cotidiano da APS, acompanhadas por dificuldades no manejo e acompanhamento dos usuários. Entre os principais desafios identificados, destacaram-se a falta de capacitação profissional, a sobrecarga das equipes e a insuficiência de profissionais especializados, contribuindo para a fragmentação do cuidado e para o predomínio de práticas centradas no modelo biomédico, sobretudo na prescrição e renovação de medicamentos, além de falhas de comunicação entre serviços. Na perspectiva dos usuários, acolhimento, escuta qualificada, vínculo, empatia e respeito à autonomia foram apontados como elementos fundamentais para um cuidado adequado. Destacaram-se, ainda, como estratégias de enfrentamento a Educação Permanente em Saúde, o apoio matricial, a atuação multiprofissional e o fortalecimento da articulação da rede. **Conclusão:** A qualificação do cuidado em saúde mental nos cuidados primários de saúde requer o fortalecimento das equipes e da articulação em rede, com investimento em educação permanente, apoio matricial e práticas territoriais centradas nas necessidades dos usuários. Esses achados reforçam a importância de consolidar a atenção básica como espaço estratégico para a construção de um cuidado em saúde mental mais resolutivo, humanizado e alinhado aos princípios do SUS.

Palavras-chave: **SAUDE MENTAL; ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE; REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

DOI: 10.51161/iv-conasus/89605

JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE E O SUS: LIMITES E PERSPECTIVAS PARA A GESTÃO PÚBLICA

KAREN CRISTINA VAZ PINTO PEDROSO

Introdução: A judicialização da saúde constitui mecanismo legítimo de garantia do direito constitucional à saúde, mas seu crescimento evidencia desafios estruturais do Sistema Único de Saúde (SUS), especialmente relacionados ao financiamento, à oferta de serviços e à organização da rede assistencial. **Objetivo:** Analisar a judicialização da saúde no Brasil, destacando seus impactos sobre a gestão pública do SUS, suas causas e perspectivas de enfrentamento. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão bibliográfica, de caráter descritivo e abordagem qualitativa, desenvolvida a partir da análise de publicações e documentos relacionados ao SUS, à judicialização da saúde, ao financiamento e à gestão pública. **Resultados:** A análise evidencia que a judicialização está associada tanto à insuficiência ou ausência de serviços, medicamentos e procedimentos ofertados pelo SUS quanto à busca por novas tecnologias em saúde. Embora a atuação do Poder Judiciário possa assegurar direitos individuais diante de omissões ou insuficiências do poder público, decisões desarticuladas das políticas de saúde podem produzir impactos sobre o planejamento, o orçamento e a equidade na distribuição dos recursos. O fenômeno também evidencia dificuldades relacionadas à oferta e ao acesso aos serviços de saúde, incluindo medicamentos, procedimentos e leitos hospitalares. Iniciativas do Conselho Nacional de Justiça, como o Fórum Nacional do Judiciário para a Saúde (Fonajus) e o sistema e-NatJus, contribuem para a qualificação das decisões judiciais mediante apoio técnico e científico. **Conclusão:** A judicialização não deve constituir mecanismo recorrente para suprir falhas estruturais do SUS. Seu enfrentamento requer fortalecimento da gestão pública, financiamento adequado, qualificação dos fluxos assistenciais, incorporação de evidências científicas e maior articulação entre os poderes e os profissionais de saúde, preservando os princípios de universalidade, integralidade e equidade.

Palavras-chave: **EQUIDADE; GESTÃO PUBLICA; SISTEMA DE SAÚDE**

DOI: 10.51161/iv-conasus/89608

A VIVÊNCIA PRÁTICA DA PSICOLOGIA NO CONTEXTO HOSPITALAR: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA SOBRE SAÚDE E CUIDADO

FELIPE DA SILVA LOPES; GÉSSICA ALVES JORGE; MARIA RITA PEREIRA RODRIGUES; MARIA YASMIM DUARTE LOPES; HELOÍSA CAVALCANTE LACERDA;

RESUMO

O contexto hospitalar envolve diferentes dimensões do processo saúde-doença, ultrapassando os aspectos físicos e contemplando repercussões emocionais, sociais e subjetivas vivenciadas por pacientes, familiares e profissionais. Nesse cenário, a Psicologia Hospitalar contribui para um cuidado integral e humanizado, por meio da escuta qualificada, do acolhimento e do suporte emocional diante das demandas decorrentes do adoecimento e da hospitalização. O presente relato de experiência objetiva manifestar as experiências vivenciadas na unidade curricular Estágio Básico V - Processos de Saúde do curso de bacharelado em Psicologia, destacando as possibilidades de atuação da Psicologia no contexto hospitalar e as principais demandas observadas ao longo das atividades de estágio. O acompanhamento das atividades práticas aconteceram nos meses de maio e junho de 2026, em um Hospital Regional do interior do estado da Paraíba, envolvendo visita técnica, observação da dinâmica institucional e acompanhamento de pacientes e acompanhantes nos setores hospitalares. Foram realizadas escutas e intervenções psicológicas sob supervisão docente, contemplando diferentes situações relacionadas ao processo de adoecimento. Entre as demandas acompanhadas, identificaram-se sentimentos de medo, angústia, tristeza, preocupação e frustração relacionados à hospitalização, aos procedimentos cirúrgicos, às limitações físicas, às responsabilidades familiares e às dificuldades vivenciadas no atendimento em saúde. Também foram observadas demandas apresentadas por acompanhantes, evidenciando que o sofrimento relacionado ao adoecimento pode alcançar toda a rede de apoio do paciente. Os processos efetuados foram direcionados ao acolhimento, à escuta das experiências relatadas, ao suporte emocional e à orientação quanto à disponibilidade de acompanhamento psicológico na instituição. Conclui-se que a prática supracitada, constituiu uma experiência de grande relevância para a formação acadêmica e profissional dos discentes, uma vez que proporcionou reflexões acerca do papel da Psicologia nos processos de saúde, da importância das relações interpessoais estabelecidas no contexto hospitalar e da necessidade de um olhar sensível e ético diante das demandas apresentadas pelos sujeitos em situação de adoecimento, contribuindo, assim, para o desenvolvimento de uma postura profissional mais crítica e comprometida com a promoção do cuidado integral.

DOI: 10.51161/iv-conasus/89613

Palavras-chave: Acolhimento; Adoecimento; Psicologia Hospitalar.

1 INTRODUÇÃO

Os processos de saúde envolvem diferentes dimensões do cuidado humano, abrangendo não apenas os aspectos físicos relacionados ao adoecimento, mas também as questões emocionais, sociais e subjetivas que atravessam a experiência dos sujeitos diante das situações de internação e tratamento. Nesse contexto, a atuação da Psicologia no âmbito hospitalar torna-se importante, considerando a necessidade de um cuidado integral e humanizado, capaz de compreender o indivíduo para além de sua condição clínica e de reconhecer os impactos psicológicos presentes no processo saúde-doença.

A partir dessa perspectiva, a disciplina de Estágio Básico V - Processos de Saúde possibilita ao estudante de Psicologia uma aproximação com os diferentes espaços de atuação profissional na área da saúde, favorecendo a articulação entre os conhecimentos teóricos discutidos ao longo da formação acadêmica e as experiências vivenciadas no campo de estágio. Dessa forma, o estágio foi realizado em um Hospital Regional no interior da Paraíba, situado no sertão paraibano, que é referência regional por desempenhar importante papel na assistência hospitalar e no cuidado integral à população. Tal ação, permitiu ao discente o contato com a dinâmica institucional, com a atuação multiprofissional e com as práticas desenvolvidas pela Psicologia no contexto da saúde.

Assim sendo, na realidade hospitalar, a atuação do psicólogo está relacionada ao acompanhamento das demandas emocionais que emergem durante o processo de adoecimento, hospitalização e tratamento, considerando os impactos que essas experiências podem provocar na vida dos pacientes e de seus familiares. Dessa forma, o trabalho desenvolvido pela atuação psicológica no âmbito da saúde envolve práticas de acolhimento, escuta qualificada e suporte emocional, contribuindo para a promoção de um cuidado mais humanizado e para a compreensão do sujeito em sua integralidade. Paralelamente, o psicólogo também atua em conjunto com a equipe multiprofissional, colaborando para a construção de estratégias de cuidado que contemplem não apenas os aspectos biológicos, mas também as dimensões psicológicas e sociais presentes nos processos de saúde.

A construção deste material justifica-se pela importância da vivência prática na formação acadêmica do estudante de Psicologia, tendo em vista que a inserção no contexto hospitalar possibilita o contato direto com as demandas institucionais, com as experiências subjetivas relacionadas ao adoecimento e com os desafios presentes no cuidado em saúde. Onde, segundo Simonetti (2016), nesse contexto evidencia-se as diversas nuances que permeiam o processo de adoecimento, tendo uma relação direta com as vertentes subjetivas dos indivíduos, os quais, carregam uma carga emocional, frente ao estado patológico, que se ramifica para os demais membros envolvidos na situação, como a equipe multidisciplinar e a família.

Perante tal premissa, tem-se como objetivo manifestar as experiências vivenciadas na unidade curricular Estágio Básico V - Processos de Saúde do curso de bacharelado em Psicologia, destacando as possibilidades de atuação da Psicologia no contexto hospitalar e as principais demandas observadas ao longo das atividades de estágio.

2 RELATO DE CASO OU EXPERIÊNCIA

A experiência foi realizada no Hospital Regional da Paraíba, nos dias 22 de maio e 3 de junho de 2026, no período da tarde, com a participação de estudantes de Psicologia sob supervisão docente. No primeiro encontro, realizou-se uma visita técnica, que possibilitou conhecer a estrutura e a dinâmica de funcionamento da instituição, contemplando os setores

Materno-Infantil, urgência e emergência, sala de estabilização psiquiátrica, clínicas médicas e clínicas cirúrgicas (pré e pós-operatório). Em relação à Unidade de Terapia Intensiva (UTI), não houve acesso ao espaço interno, em razão das normas do setor, sendo fornecidas orientações pela docente acerca de seu funcionamento e das particularidades do cuidado nesse ambiente. Também foram apresentados os espaços destinados aos atendimentos psicológicos, permitindo compreender sua inserção na organização da assistência.

No segundo encontro, foram realizadas visitas aos leitos, respeitando as particularidades e a disponibilidade de cada pessoa. Os momentos de escuta ocorreram com pessoas hospitalizadas, acompanhantes, familiares e, em algumas situações, profissionais presentes nos setores. Ao longo desse percurso, foram vivenciados diferentes cenários de sofrimento e vulnerabilidade, incluindo situações de dor e fragilidade decorrentes de acidentes, medos relativos a diagnósticos delicados e prognósticos complexos, além de preocupações relacionadas aos familiares que permaneciam em casa, às responsabilidades cotidianas. Os relatos permitiram perceber que a hospitalização repercute em diferentes dimensões da vida, envolvendo não apenas aspectos físicos, mas também vínculos afetivos, responsabilidades familiares e expectativas diante da continuidade da vida após a alta.

As ações desenvolvidas priorizaram o acolhimento, a escuta qualificada e o suporte emocional. Durante o contato, a docente reforçava a disponibilidade do atendimento psicológico oferecido pela instituição para aqueles que identificassem necessidade de acompanhamento. A observação da rotina também possibilitou perceber a atuação de diferentes profissionais envolvidos na assistência, evidenciando a importância da comunicação e da articulação multiprofissional na construção do cuidado.

Ademais, percebeu-se a grande demanda presente nesse cenário, atrelado a escassez de profissionais presentes. Ao percorrer os corredores, ficou evidente a quantidade de histórias que não tiveram a visibilidade necessária ou de dores que não foram acolhidas pela falta de acolhimento psicológico necessário. Outrossim, é necessário destacar contexto de revolta acentuado durante algumas escutas, onde familiares questionaram a demora para que ocorresse o atendimento, relatando a angústia e o sofrimento sentido.

As percepções construídas ao longo das atividades foram analisadas de forma qualitativa e descritiva, considerando os registros realizados durante a vivência e sua posterior articulação com conhecimentos teóricos da Psicologia e discussões sobre saúde, adoecimento e cuidado no contexto hospitalar.

3 DISCUSSÃO

Diante do relato supracitado, evidencia-se que o ambiente hospitalar caracteriza-se não apenas como um espaço destinado ao tratamento físico, mas também como um local marcado por tensões emocionais e relações complexas entre pacientes, familiares e profissionais da saúde. Assim, o psicólogo hospitalar exerce papel importante ao promover acolhimento, escuta qualificada e mediação das relações interpessoais, contribuindo para a construção de um cuidado mais humanizado. Cabe destacar ainda que sua atuação favorece a compreensão das demandas subjetivas presentes no processo de adoecimento, auxiliando também a equipe multiprofissional diante das sobrecargas emocionais existentes no contexto hospitalar (Gomes *et al*., 2025).

Além disso, foi observado também, a necessidade da atuação interdisciplinar, como previsto nas Referências Técnicas para atuação de psicólogas(os) nos serviços hospitalares do SUS do CFP (2019), o profissional de saúde mental deve transcender o reducionismo do modelo estritamente biomédico, construindo seu espaço, mas não negligenciando a relevância das condutas médicas e dos procedimentos clínicos, mas sim integrá-los à assistência multiprofissional. Consolidando seu espaço ao conceder suporte técnico

principalmente através da escuta terapêutica no leito, onde o sofrimento psíquico, oriundo do medo e da angústia da internação, são acolhidos, também orientando e assistindo os familiares, que são igualmente impactados pelo adoecimento, assegurando uma atenção integral e baseada no modelo biopsicossocial.

Um dos grandes fatores de destaque durante a efetivação das atividades, está relacionado diretamente à associação existente entre os processos patológicos do adoecimento e os aspectos emocionais experienciados. Em concordância com a tese apresentada, Fonseca (2025), elucida por meio de seus achados que, a prática psicológica no cenário hospitalar está pautada na escuta qualificada das problemáticas emergentes apresentadas pelo paciente e familiares, tendo a responsabilidade de compreender as vertentes implícitas a condição do sujeito.

Por meio do diálogo com os pacientes e familiares, observou-se em muitos casos, a forte preocupação com as consequências do adoecimento, refletidas principalmente no longo período de tempo de repouso que teriam de ser submetidos, ao medo do futuro, da insegurança financeira vivenciada por seus familiares. Tal instância, enaltece a função do atendimento humanizado oferecido pelo psicólogo, que acolhe as vivências, dores e preocupações apresentadas, evidenciando os vínculos construídos pelo paciente, trazendo visibilidade para seus medos (Silva, 2025).

Outro pilar fundamental da prática terapêutica no contexto hospitalar é a comunicação em saúde, principalmente em cenários paliativos e de luto. Observou-se durante a experiência vivenciada, os relacionamentos construídos dentro dos centros hospitalares, o qual permeou sentimentos de companheirismo e apoio frente aos diagnósticos complexos e prognósticos delicados. Perante esse viés, Silva e Langaro (2023), apresentam em seus achados que a atuação do profissional da psicologia frente tais circunstâncias, auxiliando no processo de elaboração do sofrimento frente ao diagnóstico e perda, construindo um espaço que promova a livre expressão emocional e acolhimento das angústias.

Por fim, em cenários de maior complexidade e vulnerabilidade emocional, os achados de Lima (2025) corroboram que a escuta ativa e humanizada do psicólogo hospitalar permite mapear demandas subjetivas, que são frequentemente invisibilizadas pela abordagem médica tradicional. Assim, o suporte psicológico vai além do manejo sintomático, promovendo alívio da ansiedade, acolhimento e sustentação emocional diante do sofrimento ocasionado pela doença.

4 CONCLUSÃO

A vivência proporcionada pelo Estágio Básico V - Processos de Saúde possibilitou uma ampliação da compreensão acerca da atuação do psicólogo no contexto hospitalar, evidenciando a relevância desse profissional na promoção de um cuidado integral, humanizado e pautado na consideração das múltiplas dimensões que compõem a experiência do adoecimento. A inserção neste ambiente permitiu observar como aspectos emocionais, sociais e subjetivos atravessam o processo saúde-doença, reforçando a necessidade de intervenções que contemplem o sujeito para além de sua condição clínica e reconheçam a singularidade de suas vivências.

Ao longo das atividades desenvolvidas, foi possível compreender a importância da Psicologia Hospitalar na oferta de escuta qualificada e suporte emocional aos pacientes e seus familiares, bem como sua contribuição para a construção de estratégias de cuidado em conjunto com a equipe multiprofissional, favorecendo uma assistência mais integrada e comprometida com os princípios da humanização. Nesse sentido, as experiências observadas possibilitaram a articulação entre os conhecimentos teóricos adquiridos durante

a graduação e as práticas desenvolvidas no campo de estágio, ampliando a compreensão sobre os desafios, potencialidades e especificidades da atuação psicológica nos serviços de saúde, bem como alinhar estes serviços às outras equipes, criando um espaço equilibrado, visando o bem estar físico, mental e emocional dos pacientes e familiares.

Contudo, na prática também houveram limitações, dentre elas pode-se destacar o contato breve com os pacientes, a rotatividade do contexto de internação, a recusa da escuta por parte de alguns. Diante dessas barreiras, superá-las requer o fortalecimento de ações de psicoeducação no ambiente hospitalar, o alinhamento constante com a equipe multiprofissional e o reconhecimento da escuta qualificada como dimensão .

Paralelamente a esse cenário, a atuação enfrenta escassez estrutural de profissionais na rede hospitalar, o que sobrecarrega as equipes atuantes e inviabiliza a cobertura integral das demandas existentes. Essa limitação quantitativa compromete a visibilidade da área dentro das instituições, favorecendo a perpetuação de preconceitos que reduzem a prática a intervenções pontuais de crise, e não o fazer psicológico contínuo e preventivo, pautado na técnica e na articulação constante com a rede de apoio. Assim, enfraquecendo o reconhecimento a consolidação de uma assistência verdadeiramente humana, subjetiva e integrada na Saúde.

Dessa forma, conclui-se que o estágio constituiu uma experiência de grande relevância para a formação acadêmica e profissional dos discentes, uma vez que proporcionou reflexões acerca do papel da Psicologia nos processos de saúde, da importância das relações interpessoais estabelecidas no contexto hospitalar e da necessidade de um olhar sensível e ético diante das demandas apresentadas pelos sujeitos em situação de adoecimento, contribuindo, assim, para o desenvolvimento de uma postura profissional mais crítica e comprometida com a promoção do cuidado integral.

REFERÊNCIAS

DA FONSECA, R. C. V.. **Psicologia da saúde no contexto hospitalar: atendimento ao paciente internado**. Paraná: Editora Appris, 2025.

GOMES, W. R. et al. A Psicologia Hospitalar como Estratégia de Humanização e Saúde Pública no Contexto da Pandemia de COVID-19. **Revista Multidisciplinar do Nordeste Mineiro**, v. 9, n. 1, p. 1-8, 2025.

LIMA, M. S.; SANTOS, R. J. A psicologia hospitalar como agente de humanização no contexto da saúde pública brasileira. **Revista Multidisciplinar do Nordeste Mineiro**, v. 10, n. 1, p. 1-15, 2025.

Referências técnicas para a atuação de psicólogos(as) nos serviços hospitalares do SUS (2019). Brasília: Conselho Federal de Psicologia.

SILVA, A. P.; OLIVEIRA, F. G. Além do paciente: o psicólogo hospitalar no suporte à família e acompanhantes. **Revista Multidisciplinar Integrada (REMI)**, v. 5, n. 3, p. 1-14,2025.

SILVA, M. E. de A.; LANGARO, F. Psicologia hospitalar e cuidados paliativos: atuação com pacientes com câncer em final de vida e seus familiares. **Psicologia e Saúde em Debate**, v. 9, n. 1, p. 1-23, 3 fev. 2023.

SIMONETTI, A. **Manual de psicologia hospitalar: O mapa da doença**. 8. ed. São Paulo: Casa do psicólogo, 2016.

DOI: 10.51161/iv-conasus/89613

ALTERAÇÕES VISCERAIS E MUSCULOESQUELÉTICAS EM INDIVÍDUOS COM FIBROMIALGIA: ACHADOS PRELIMINARES DE UM ESTUDO TRANSVERSAL

VITÓRIA BEATRIZ NASCIMENTO ALVES DIAS; DARLYN WINNA CRUZ; PRISCILA KARLA LEONCIO PINTO; GISELA ROCHA DE SIQUEIRA

Introdução: A fibromialgia é uma condição de dor crônica associada a manifestações que podem envolver diferentes sistemas, além dos sintomas musculoesqueléticos. A caracterização de manifestações viscerais e musculoesqueléticas pode ampliar a compreensão do perfil clínico dessas pessoas e contribuir para uma avaliação mais abrangente e para a qualificação do cuidado no Sistema Único de Saúde (SUS). **Objetivo:** Descrever e comparar, preliminarmente, alterações viscerais e musculoesqueléticas entre indivíduos com fibromialgia e controles sem dor crônica. **Metodologia:** Estudo transversal com dados preliminares de participantes com diagnóstico médico de fibromialgia e controles. Foram avaliadas características clínicas, mobilidade visceral por palpação, mobilidade diafragmática por ultrassonografia e alterações musculoesqueléticas segundo componentes do protocolo TART. Devido ao andamento da coleta e à presença de dados ausentes, o número de participantes variou entre as análises, com 27 indivíduos com fibromialgia e nove controles na maior parte das avaliações viscerais. Os resultados são apresentados descritivamente nesta análise preliminar. **Resultados:** Os indivíduos com fibromialgia apresentaram elevada intensidade de dor, com média de 7,46±2,25 pontos no dia da avaliação e 7,63±1,91 nos sete dias anteriores. Observou-se maior frequência de hipomobilidade do esfíncter ileocecal no grupo fibromialgia (96,3%) em comparação aos controles (44,4%), assim como no esfíncter de Oddi e no piloro (77,8% versus 22,2%) e no cárdia (74,1% versus 22,2%). A dor à palpação do esfíncter ileocecal ocorreu em 96,3% dos participantes com fibromialgia e 33,3% dos controles. A restrição da mobilidade diafragmática foi identificada em 40,7% e 20,0%, respectivamente. Nas avaliações musculoesqueléticas, destacaram-se hipomobilidade em L4 (88,9% versus 55,6%), dor em L4 (81,5% versus 22,2%) e dor em T10 (77,8% versus ausência nos controles). **Conclusão:** Nesta análise preliminar, indivíduos com fibromialgia apresentaram maior frequência de achados de hipomobilidade e dor à palpação em estruturas viscerais e musculoesqueléticas em comparação aos controles. Esses achados reforçam a necessidade de uma avaliação clínica abrangente e podem contribuir para a discussão sobre a qualificação e organização do cuidado fisioterapêutico de pessoas com fibromialgia no SUS.

Palavras-chave: **FIBROMIALGIA; MOBILIDADE VISCERAL; SISTEMA MUSCULOESQUELÉTICO**

DOI: 10.51161/iv-conasus/89628

SAÚDE MENTAL INFANTOJUVENIL NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: DESAFIOS CONTEMPORÂNEOS E ESTRATÉGIAS DE CUIDADO

ANA CRISTINA PORFÍRIO DE MOURA BRASIL; MARIA LIDUINA GALDINO DUARTE; VERÔNICA OLIVEIRA GONÇALVES; CATARINA ELIAS DE SIQUEIRA; MARIA RITA SOARES DE MENEZES; MARIA JOSÉ BRASILEIRO DA SILVA; GERALDO MATOS NASCIMENTO

Introdução: A saúde mental infantojuvenil constitui importante desafio para os sistemas de saúde, diante da crescente ocorrência de ansiedade, depressão, autolesão, comportamento suicida, violência, bullying, cyberbullying e outras formas de sofrimento psíquico que repercutem no desenvolvimento, nas relações familiares, no desempenho escolar e na participação social de crianças e adolescentes. Objetivo: Analisar os desafios contemporâneos da saúde mental infantojuvenil no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), discutindo a organização da atenção psicossocial e as principais estratégias de promoção, prevenção e cuidado. Método: Trata-se de revisão narrativa da literatura, de abordagem qualitativa e caráter descritivo-analítico. A busca contemplou publicações entre janeiro de 2020 e agosto de 2026 nas bases MEDLINE/PubMed, LILACS, SciELO e Scopus, além de documentos normativos e políticas públicas relevantes para a organização da atenção psicossocial infantojuvenil no Brasil. Os achados foram analisados de maneira interpretativa e organizados por aproximação temática. Resultados: Evidenciou-se que o sofrimento psíquico de crianças e adolescentes apresenta natureza multifatorial, relacionando-se a desigualdades sociais e territoriais, violência, fragilidade dos vínculos, dificuldades escolares e familiares e novas vulnerabilidades associadas aos ambientes digitais. Persistem desafios relacionados ao acesso, à fragmentação do cuidado, à articulação da Rede de Atenção Psicossocial e à qualificação profissional. A Atenção Primária à Saúde apresenta papel estratégico na promoção da saúde mental, identificação precoce e acompanhamento longitudinal, enquanto os Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenis são fundamentais para situações de maior complexidade. Destacou-se ainda a necessidade de articulação entre saúde, educação, assistência social, família e comunidade. Conclusão: O fortalecimento da saúde mental infantojuvenil no SUS requer uma rede territorial, integrada e intersetorial, capaz de articular prevenção, identificação precoce, cuidado contínuo e atenção especializada, assegurando assistência integral, humanizada e adequada às singularidades de crianças e adolescentes.

Palavras-chave: **SAÚDE MENTAL; SAÚDE DA CRIANÇA E ADOLESCENTE; SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

DOI: 10.51161/iv-conasus/89639

CAFÉ DA CONVIVÊNCIA: A MÚSICA COMO POTÊNCIA DE ENCONTRO E CUIDADO NO CENTRO DE CONVIVÊNCIA IRMÃ DULCE DOS POBRES

LEILA TEREZA MENEZES DE FREITAS

Introdução: O Centro de Convivência Irmã Dulce dos Pobres (CCIDP), localizado em Salvador, Bahia, e integrante da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), constitui-se como espaço de convivência, participação social, cultura e cuidado em liberdade. Nesse contexto, o Café da Convivência foi desenvolvido como uma atividade que articula acolhimento, café e música, favorecendo encontros, trocas, expressão e construção de vínculos entre participantes e trabalhadores. Objetivo: Relatar a experiência do Café da Convivência, destacando a música como recurso de encontro, expressão, participação e fortalecimento de vínculos no cotidiano do Centro de Convivência. Relato de Experiência: A atividade integrou o momento do café à vivência musical, convidando os participantes a ouvir, cantar, escolher músicas e compartilhar histórias, sentimentos, lembranças e experiências despertadas pelas canções. A condução valorizou a participação espontânea, a escuta e as singularidades dos participantes, reconhecendo a música como expressão cultural e possibilidade de produção de encontros. As escolhas musicais favoreceram narrativas e trocas, estimulando a comunicação, a expressão de sentimentos, o resgate de memórias e o compartilhamento de histórias de vida. A experiência proporcionou um ambiente acolhedor, afetivo e participativo, favorecendo a aproximação entre usuários e trabalhadores, o fortalecimento de vínculos e o sentimento de pertencimento. A articulação entre café, música e convivência ampliou as possibilidades de participação e produziu um espaço de cuidado mais leve, horizontal e humanizado. Conclusão: O Café da Convivência evidencia a potência das práticas coletivas, culturais e relacionais no cuidado em saúde mental. A música, enquanto elemento de encontro e expressão, contribui para o fortalecimento de vínculos, autonomia, pertencimento e participação social. A experiência reafirma o Centro de Convivência como espaço de cuidado em liberdade, produção de vida e cidadania, valorizando histórias, desejos, saberes e potencialidades dos participantes.

Palavras-chave: **CONVIVÊNCIA; CUIDADO EM LIBERDADE; MÚSICA; CUIDADO EM LIBERDADE**

DOI: 10.51161/iv-conasus/89645

O DIAGNÓSTICO PRECOCE DO TEA NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE: BARREIRAS E ESTRATÉGIAS IDENTIFICADAS NA LITERATURA

LETICIA CARDOSO TAPIA; TAÍS BLEICHER

Introdução: O Transtorno do Espectro Autista é uma condição singular do neurodesenvolvimento que transcende a descrição de déficits funcionais, caracterizando-se por uma organização subjetiva particular na qual a comunicação e a interação social se manifestam por meio de códigos próprios e linguagens simbólicas alternativas. Embora a identificação precoce seja recomendada nos primeiros anos de vida, muitos casos ainda são diagnosticados após os cinco anos de idade, o que pode atrasar o início das intervenções e aumentar o impacto da condição sobre a dinâmica familiar. **Objetivo:** O artigo objetivou identificar, na literatura científica, as principais barreiras e estratégias relacionadas à Rede de Atenção à Saúde no diagnóstico precoce de crianças e adolescentes com Transtorno do Espectro Autista. **Metodologia:** Foi realizada revisão sistemática da literatura conduzida conforme as recomendações do PRISMA 2020 e orientações metodológicas do *Joanna Briggs Institute*. A busca ocorreu entre abril e maio de 2026 nas bases PubMed/MEDLINE, Biblioteca Virtual em Saúde e Google Scholar. Foram incluídos artigos originais publicados entre 2016 e 2026. **Resultados:** Após a aplicação dos critérios de elegibilidade, 17 estudos compuseram a amostra final. As evidências indicaram que o atraso no diagnóstico do TEA está associado a fragilidades no rastreamento precoce, dificuldades de articulação entre os níveis de atenção, escassez de serviços especializados e descontinuidade do cuidado. O itinerário terapêutico das famílias foi marcado por múltiplos encaminhamentos e barreiras de acesso. Como estratégias, destacaram-se o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde, a utilização de instrumentos de rastreamento e a qualificação dos fluxos assistenciais. **Conclusão:** A integração dos serviços e o fortalecimento da coordenação do cuidado podem favorecer o diagnóstico precoce e o cuidado integral às pessoas com TEA.

Palavras-chave: **TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA; REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE; ITINERÁRIO TERAPÊUTICO NO PROCESSO DIAGNÓSTICO**

DOI: 10.51161/iv-conasus/89648

A DIMENSÃO SUBJETIVA DO ADOECIMENTO: RELATO DE EXPERIÊNCIA EM PSICOLOGIA HOSPITALAR

NAYANE DOS SANTOS SILVA; MARIA IZABEL DINIZ GOMES; JÉSSICA BERTO DE ARAUJO; LUIZ DOS SANTOS ARAÚJO; HELOISA CAVALCANTE LACERDA.

RESUMO

O estágio em Psicologia Hospitalar constitui etapa fundamental na formação acadêmica, proporcionando a aproximação do estudante com a realidade institucional e com as demandas emocionais inerentes ao processo de adoecimento e internação. Este trabalho tem como objetivo relatar as experiências vivenciadas durante o Estágio Básico V – Processos de Saúde, realizado no Hospital Regional, localizado no alto sertão da Paraíba, destacando as atividades desenvolvidas, os conhecimentos adquiridos e as reflexões acerca da atuação do psicólogo no contexto hospitalar. A metodologia consistiu em um relato de experiência baseado em vivência prática, à instituição hospitalar, inicialmente efetivamos a visita técnica para conhecer a estrutura e dinâmica dos serviços, seguida de dois encontros na Clínica Médica e Clínica Cirúrgica adulta, nos dias 20 de maio e 3 de junho de 2026. Durante as atividades, supervisionadas pela professora responsável, foram realizados atendimentos psicológicos a pacientes com diferentes condições clínicas, bem como escuta qualificada a acompanhantes e cuidadores, permitindo observar a complexidade das demandas e a importância do respeito à singularidade e ao tempo de elaboração de cada indivíduo. Os resultados indicaram que a hospitalização envolve impactos que transcendem a esfera física, afetando também as dimensões emocional, familiar e social dos sujeitos. Observou-se que o acompanhamento psicológico ainda não é uma experiência comum para muitos pacientes, evidenciando a necessidade de ampliação dessas práticas no ambiente hospitalar. A atuação do psicólogo mostrou-se importante para promover acolhimento, humanização e suporte emocional aos pacientes, familiares e equipe. Conclui-se que a experiência foi enriquecedora para a formação acadêmica e profissional, possibilitando uma relação entre teoria e prática e fortalecendo a compreensão sobre o papel da Psicologia. O estágio reforçou a relevância da escuta ativa, da empatia e da humanização no cuidado, contribuindo para a construção de uma visão mais ética, sensível e acolhedora diante das demandas encontradas no contexto clínico-hospitalar e para a valorização da assistência psicológica.

Palavras-chave: Acolhimento; Humanização; Singularidade.

1 INTRODUÇÃO

O estágio em Psicologia Hospitalar representa uma etapa importante na formação acadêmica, proporcionando aos estudantes uma aproximação com a realidade do ambiente hospitalar e com a atuação do psicólogo inserido nas instituições de saúde. A vivência prática possibilita reflexões sobre a importância do cuidado psicológico no contexto hospitalar,

considerando os aspectos emocionais envolvidos no processo de adoecimento, internação e tratamento dos pacientes.

Desse modo, a disciplina de Estágio Básico V- Processos de Saúde dispôs da carga horária prática em um Hospital Regional, localizado no alto sertão da Paraíba, sendo considerado referência na região, integrando a 3ª Macrorregião de Saúde. A proposta do estágio buscou ampliar a compreensão acerca do papel da Psicologia Hospitalar, da atuação multiprofissional e da importância da humanização no atendimento em saúde, contribuindo para a construção de uma visão mais ética, empática e acolhedora diante das demandas encontradas no ambiente hospitalar.

A elaboração deste material evidencia a necessidade de proporcionar visibilidade a Psicologia no contexto hospitalar, considerando que são profissionais que atuam na oferta de suporte emocional aos pacientes, familiares e também à equipe de saúde, auxiliando no enfrentamento das demandas emocionais decorrentes da hospitalização e do processo de adoecimento. Nesse sentido, o estágio possibilita observar como o profissional de Psicologia desenvolve estratégias de escuta, acolhimento e intervenção psicológica, visando promover o bem-estar emocional e a qualidade de vida dos indivíduos atendidos.

Diante disso, o presente trabalho tem como objetivo relatar as experiências vivenciadas durante o estágio em Psicologia Hospitalar, destacando as atividades desenvolvidas, os conhecimentos adquiridos e as reflexões acerca da atuação do psicólogo, da humanização e da importância do cuidado psicológico no contexto hospitalar.

2 RELATO DE EXPERIÊNCIA

O estágio realizado no Hospital Regional constituiu uma experiência enriquecedora para a formação acadêmica e profissional dos estudantes, possibilitando a aproximação entre os conhecimentos teóricos adquiridos ao longo da graduação e a prática desenvolvida no contexto hospitalar. Durante o período de vivência na instituição, foi possível compreender de maneira mais ampla a atuação do psicólogo hospitalar, bem como observar a complexidade das demandas emocionais apresentadas por pacientes e familiares diante do processo de adoecimento e hospitalização. Inicialmente, foi realizada uma visita técnica à instituição, acompanhada pela professora responsável pelo estágio, com o objetivo de conhecer a estrutura física do hospital, sua organização, os diferentes setores, bem como a dinâmica dos serviços oferecidos. Esse primeiro contato possibilitou aos estudantes uma maior compreensão acerca do funcionamento da instituição e do contexto no qual seriam desenvolvidas as atividades práticas.

Posteriormente, foram realizados dois encontros, nos dias 20 de maio de 2026 e 3 de junho de 2026, destinados à realização dos atendimentos na Clínica Médica e Clínica Cirúrgica (pré e pós-operatório). Durante as atividades, os estudantes permaneceram acompanhados pela professora responsável, que conduziu os atendimentos e orientou os alunos ao longo da experiência, possibilitando a observação e a compreensão da atuação da Psicologia no contexto hospitalar. Foram realizados, em média, três atendimentos por encontro, envolvendo pacientes com diferentes perfis, histórias de vida e condições clínicas. A diversidade dos casos possibilitou a compreensão dos impactos físicos, emocionais e sociais decorrentes da hospitalização.

Observou-se que alguns pacientes apresentavam maior abertura para o diálogo, compartilhando aspectos de sua trajetória de vida e dos desafios enfrentados durante o processo de adoecimento. Muitos pacientes demonstraram necessidade de falar sobre seus medos, angústias, preocupações e expectativas relacionadas ao tratamento, evidenciando a relevância da escuta psicológica como instrumento de acolhimento e cuidado. Em contrapartida, outros mostravam-se mais reservados, apresentando dificuldades para expressar

seus sentimentos ou mesmo resistência à interação. Essa experiência permitiu compreender a importância do respeito à singularidade de cada indivíduo e ao seu tempo de elaboração emocional, aspecto fundamental da prática em Psicologia Hospitalar.

Além dos pacientes, também foram realizados atendimentos e escutas com acompanhantes e cuidadores, que frequentemente apresentavam sinais de preocupação, cansaço e sobrecarga emocional. Um dos atendimentos mais significativos ocorreu com uma cuidadora que relatou sentir satisfação em desempenhar seu trabalho, apesar das dificuldades presentes no ambiente hospitalar. Durante a conversa, destacou que o cuidado prestado aos pacientes lhe proporciona sentimentos de realização e propósito, demonstrando que, mesmo em contextos marcados pelo sofrimento, também podem emergir experiências de fortalecimento e resiliência.

Os pacientes atendidos apresentavam diferentes condições de saúde, incluindo quadros pré e pós-cirúrgicos, doenças renais, ferimentos, problemas gastrointestinais e outras condições clínicas que demandam internação e acompanhamento multiprofissional. A observação dessas diferentes situações contribuiu para ampliar a compreensão acerca dos impactos emocionais produzidos pelo adoecimento e pelas mudanças na rotina decorrentes da hospitalização.

De modo geral, a experiência vivenciada no Hospital Regional contribuiu significativamente para a construção da identidade profissional e para o desenvolvimento de competências essenciais à prática psicológica. O estágio permitiu compreender a importância da escuta qualificada, da empatia, do acolhimento e da humanização no contexto hospitalar, além de proporcionar reflexões acerca do sofrimento humano e das diferentes formas de enfrentamento diante do adoecimento. Dessa forma, a vivência mostrou-se fundamental para o fortalecimento da formação acadêmica, possibilitando uma compreensão mais ampla e sensível da atuação do psicólogo no campo da saúde.

3 DISCUSSÃO

Durante essa vivência do estágio hospitalar, foi possível perceber que o processo de hospitalização envolve não apenas aspectos relacionados à condição física, mas também questões emocionais e subjetivas. Essa percepção está em consonância com Simonetti (2016), que destaca que a Psicologia Hospitalar procura entender os elementos subjetivos envolvidos no processo de adoecimento, reconhecendo que a enfermidade impacta não apenas o corpo, mas também a esfera emocional, familiar e social do indivíduo. Assim, a atuação psicológica no ambiente hospitalar visa proporcionar apoio emocional, facilitar a manifestação dos sentimentos e ajudar na reflexão sobre as vivências ligadas à doença e à hospitalização.

Nesse aspecto, o autor Luz (2018) enfatiza que o foco da Psicologia Hospitalar está relacionado à subjetividade do paciente, proporcionando um espaço de fala em meio ao contexto médico que, muitas vezes, o silencia. Dessa forma, o sujeito pode expressar sentimentos relacionados ao adoecimento, traumas, medos, desafios de vida e até questões relacionadas à morte. Essa perspectiva foi mostrada durante os atendimentos, visto que, alguns pacientes se mostraram mais abertos ao diálogo e compartilharam detalhes de suas vivências pessoais, enquanto outros tiveram mais dificuldade em interagir. Esse paralelo mostra a variação que existe entre as pessoas, portanto, é crucial respeitar a individualidade de cada pessoa e seu próprio ritmo para expressar os seus sentimentos e aflições.

Outro aspecto examinado foi a particularidade do suporte psicológico no contexto hospitalar. De acordo com Almeida e Malagris (2011), nos hospitais, o trabalho do psicólogo difere do modelo clínico tradicional, que envolve um ambiente terapêutico mais reservado. Nesse contexto, o psicólogo se desloca até o paciente, e o local de atendimento não é privativo, podendo ser interrompido a qualquer momento por médicos ou enfermeiros que

precisam realizar suas atividades, muitas vezes organizadas de acordo com horários rigorosos, como a administração de medicamentos. Durante a prática, foi possível compreender a essa situação, uma vez que os atendimentos eram realizados nas enfermarias e precisavam estar integrados à rotina e aos cuidados prestados pelos outros membros da equipe de saúde.

O estágio propiciou uma reflexão acerca da significância da humanização nos serviços de saúde. Segundo Mosimann e Lustosa (2011), humanizar o cuidado é um dos eixos centrais da atuação do psicólogo no hospital, articulando a qualidade técnica com a valorização da dignidade, dos direitos e das diferenças de cada sujeito. Sob essa ótica, a atenção e o suporte proporcionados durante os atendimentos foram fundamentais para garantir uma assistência que não considerassem o indivíduo apenas como um "leito" ou uma "patologia", mas como um ser histórico, inserido em um contexto social, econômico e cultural.

Em suma, entende-se que a Psicologia Hospitalar desempenha um papel crucial na facilitação de um cuidado mais humano e abrangente nas instituições de saúde. O trabalho do psicólogo nesse ambiente vai além do suporte emocional ao paciente, incluindo também o auxílio à família, à equipe multidisciplinar e às diversas questões subjetivas que surgem durante o processo de enfermidade (Cantarelli, 2009).

4 CONCLUSÃO

A experiência vivenciada no Estágio Básico V – Processos de Saúde cumpriu o objetivo de aproximar os estudantes da prática em saúde, destacando a relevância do psicólogo na assistência integral ao paciente. A visita técnica e os atendimentos realizados permitiram compreender a dinâmica da instituição hospitalar e vivenciar, de forma prática, aspectos relacionados à escuta ativa, ao acolhimento, à humanização e à ética profissional.

Nesse sentido, os resultados indicaram que a experiência contribuiu significativamente para a ampliação dos conhecimentos acerca da atuação psicológica no ambiente hospitalar, possibilitando aos estudantes compreender as diferentes demandas emocionais presentes no contexto de adoecimento e hospitalização. Durante a prática, observou-se também que o acompanhamento psicológico ainda não era uma experiência comum para alguns dos pacientes atendidos, uma vez que relataram não terem vivenciado anteriormente momentos de escuta ou acompanhamento psicológico durante a hospitalização.

Essa realidade evidenciou a importância da presença do psicólogo no ambiente hospitalar e da ampliação de práticas que possibilitem o acolhimento das demandas emocionais dos pacientes. Apesar das limitações encontradas durante a experiência, os objetivos propostos foram alcançados, proporcionando aos estudantes uma compreensão mais ampla acerca das especificidades da Psicologia Hospitalar e de sua contribuição para o cuidado integral em saúde.

De modo geral, a prática reforçou a relevância da atuação do psicólogo diante do processo de adoecimento, considerando não apenas os aspectos físicos, mas também as dimensões emocionais e subjetivas do paciente. Além disso, a experiência apresentou importante contribuição para a formação acadêmica e profissional dos estudantes, possibilitando a articulação entre teoria e prática e fortalecendo a compreensão sobre o papel da Psicologia nos diferentes contextos de cuidado em saúde.

Por fim, conclui-se que a experiência vivenciada no Estágio Básico V – Processos de Saúde foi fundamental para a compreensão da importância da atuação do psicólogo no contexto hospitalar. Dessa forma, o estágio mostrou-se enriquecedor tanto para a formação acadêmica dos estagiários quanto para a valorização da assistência psicológica como componente essencial de um cuidado integral, humanizado e voltado às necessidades singulares de cada paciente.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, R. A.; MALAGRIS, L. E. N. Psicólogo da saúde no hospital geral: um estudo sobre a atividade e a formação do psicólogo hospitalar no Brasil. Psicologia: Ciência e Profissão, Brasília, v. 35, n. 3, p. 754-767, 2015.

CANTARELLI, Ana Paula Silva. Novas abordagens da atuação do psicólogo no contexto hospitalar. Revista SBPH, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 137-147, dez. 2009.

LUZ, Jessica Regean Garcia da et al. O olhar da psicologia hospitalar frente ao paciente. Anais da Jornada Científica dos Campos Gerais, v. 16, 2018.

MOSIMANN, Laila T. Noleto Q.; LUSTOSA, Maria Alice. A psicologia hospitalar e o hospital. Revista SBPH, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 200-232, jun. 2011.

SIMONETTI, Alfredo. Manual de psicologia hospitalar: o mapa da doença. 8. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2016. 200 p. ISBN 978-85-8040-701-3.

PREFERÊNCIAS TERAPÊUTICAS E BARREIRAS PERCEBIDAS À FISIOTERAPIA EM PESSOAS COM FIBROMIALGIA: ANÁLISE EXPLORATÓRIA

PRISCILA KARLA LEONCIO PINTO; DARLYN WINNA CRUZ; VITÓRIA BEATRIZ NASCIMENTO ALVES DIAS; GISELA ROCHA DE SIQUEIRA

Introdução: A fibromialgia está associada à dor persistente, incapacidade e fatores psicossociais que podem influenciar a escolha terapêutica. No Sistema Único de Saúde (SUS), compreender necessidades e preferências pode contribuir para um cuidado mais acessível e centrado. **Objetivo:** Descrever o interesse pela fisioterapia, barreiras percebidas e preferências por diferentes modalidades fisioterapêuticas em pessoas com fibromialgia. **Metodologia:** Estudo transversal com 50 participantes com diagnóstico de fibromialgia. Avaliaram-se interesse e intenção de iniciar fisioterapia, barreiras ao tratamento e preferência, em escala de 0 a 10, por nove modalidades, além de dor, impacto da fibromialgia e variáveis psicossociais. As modalidades foram comparadas pelo teste de Friedman, seguido de Durbin-Conover. O teste U de Mann-Whitney comparou preferências segundo medo de aumento da dor. Adotou-se $\alpha=5\%$. **Resultados:** A idade média foi 47,5±6,9 anos e 96,0% eram mulheres. Todos relataram interesse em iniciar fisioterapia e 98,0% iniciariam imediatamente caso houvesse disponibilidade. Contudo, 64,0% relataram não possuir condições financeiras para iniciar e manter o tratamento e 40,0% referiram medo de sentir mais dor. Houve diferença entre modalidades ($\chi^2=124$; gl=8; $p<0,001$), com maior preferência por massagem (8,98±2,51), recursos para controle da dor (8,10±2,98), hidroterapia (8,04±3,49) e terapia manual (7,94±3,30). Exercícios com pesos apresentaram 5,10±3,54 e corrida, 2,60±3,34. Participantes com medo apresentaram menor mediana de preferência por exercícios com pesos que aquelas sem medo (4,5 vs. 6,0), sem diferença significativa (U=215; p=0,090), nem nas demais modalidades. Catastrofização correlacionou-se positivamente com cinesiofobia (rho=0,438; p=0,001), enquanto ansiedade e sintomas depressivos apresentaram forte correlação positiva (rho=0,754; $p<0,001$). **Conclusão:** Houve elevado interesse pela fisioterapia, mas barreiras financeiras e medo de aumento da dor podem dificultar o acesso. A maior preferência por modalidades passivas e/ou controle da dor, em contraste com exercícios com pesos e corrida, reforça a importância de considerar fatores clínicos, econômicos e psicossociais. Esses achados podem subsidiar estratégias mais acessíveis e centradas nas necessidades dos usuários no SUS.

Palavras-chave: **BARREIRAS AO ACESSO; FIBROMIALGIA; FISIOTERAPIA**

DOI: 10.51161/iv-conasus/89650

A PSICOLOGIA NO ACOMPANHAMENTO DE GESTANTES DE ALTO RISCO: RELATO DE EXPERIÊNCIA

CIBELE DA SILVA BOHN; SUELEN MACHADO DE FREITAS

Introdução: A gestação é um período marcado por intensas transformações, cujas modificações afetam as mais diversas áreas da vida da gestante. A descoberta de uma Gestação de Alto Risco (GAR) tende a intensificar sintomas ansiosos, gerando sentimentos ambivalentes e sofrimento significativo. Nesse cenário, a Psicologia surge como uma importante intervenção, oferecendo amparo à gestante e a possibilidade de elaboração das vivências. **Objetivo:** Relatar a experiência da atuação da Psicologia no acompanhamento de Gestantes de Alto Risco. **Relato de experiência:** O presente relato decorre da atuação de uma Psicóloga Residente em Atenção Materno-Infantil, em um hospital escola localizado no interior do Rio Grande do Sul. A psicologia é a área de atuação que trabalha com os sofrimentos decorrentes do diagnóstico de GAR, oferecendo uma escuta atenta e qualificada, acolhendo as demandas e atenuando as ansiedades e culpas despertadas. Os grupos terapêuticos constituem-se como espaços para compartilhar vivências, identificar afinidades e construir redes de suporte durante e após a internação. Além disso, o psicólogo busca promover a humanização no ambiente hospitalar mediante a aproximação com a equipe multiprofissional, possibilitando a discussão de casos e a conscientização sobre o cuidado integral e singular. Quando o quadro clínico se cronifica, pode-se solicitar avaliação psiquiátrica e/ou acionar as Redes de Atenção à Saúde (RAS) do município de referência para a continuidade do cuidado. No contexto hospitalar, o serviço ainda presta suporte em desfechos desfavoráveis como nos casos de aborto, natimorto ou óbito neonatal, utilizando a caixa de memórias como recurso de elaboração do luto. Ademais, a inserção na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal possibilita o acompanhamento das puérperas durante a internação dos recém-nascidos. Cabe também ao psicólogo orientar quanto aos sinais de alerta em saúde mental e indicar serviços para acompanhamento após a alta. **Conclusão:** A atuação da psicologia na GAR mostra-se fundamental para evitar que o sofrimento psíquico se intensifique, agindo sobre os sintomas, facilitando redes de apoio e a elaboração do luto. O trabalho consolida a humanização e o cuidado integral, reafirmando a importância do psicólogo na equipe multiprofissional hospitalar e na articulação com a RAS para garantir a continuidade da atenção.

Palavras-chave: **GESTAÇÃO DE ALTO RISCO; PSICOLOGIA HOSPITALAR; SAÚDE MENTAL**

DOI: 10.51161/iv-conasus/89651

TRAUMA E MORTALIDADE NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: DESAFIOS NA ASSISTÊNCIA AO PACIENTE TRAUMATIZADO

CUNHA, B. F. S.; SANTOS JUNIOR, A.; PINHEIRO, D. D. S.; AMOZÉS, C. C.; QUEIROZ, A. T.

RESUMO

O trauma constitui importante problema de saúde pública e significativa causa de morbidade e mortalidade. A redução dos óbitos relacionados às lesões traumáticas depende de atendimento rápido e adequada, envolvendo o atendimento pré-hospitalar, a identificação da gravidade, a triagem, o transporte e o tratamento hospitalar. No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a organização da rede de urgência e emergência é fundamental para garantir o acesso e a continuidade do atendimento. Este estudo tem por objetivo analisar fatores relacionados ao atendimento e à mortalidade de pacientes traumatizados e identificar desafios na assistência pré-hospitalar e hospitalar no SUS. Foi realizada uma revisão integrativa da literatura, com base em estudos a respeito de mortes evitáveis em vítimas com traumatismos, parâmetros de triagem em centros de trauma, mortalidade hospitalar de vítimas de causas externas e organização de atendimento pré-hospitalar e hospitalar em casos de acidentes e violências no Brasil. Os resultados indicam que parte da mortalidade relacionada ao trauma pode estar associada a falhas nos sistemas de atendimento, na avaliação e no tratamento dos pacientes. A literatura também destaca a importância da identificação precoce de alterações fisiológicas, especialmente pressão arterial sistólica inferior a 90 mmHg, Escala de Coma de Glasgow igual ou inferior a 13 e frequência respiratória inferior a 10 ou superior a 29 irpm, como critérios relevantes para a identificação de pacientes com maior risco de óbito. Também se observa a oferta de atendimentos pré-hospitalar e hospitalar entre capitais e municípios do interior. Conclui-se que o SUS é indispensável para o enfrentamento do trauma no Brasil, mas seu fortalecimento exige investimentos, aprimoramento da infraestrutura, qualificação profissional, padronização de processos e integração efetiva da Rede de Atenção às Urgências e Emergências.

Palavras-chave: Trauma; Mortalidade; Sistema Único de Saúde.

1 INTRODUÇÃO

O trauma constitui um importante problema de saúde pública e representa uma causa significativa de morbidade e mortalidade. Acidentes decorrentes de colisão automobilístico, quedas, violências e outros eventos podem produzir lesões de diferentes níveis de gravidade, sendo necessária uma resposta rápida e organizada dos serviços de saúde.

A assistência ao paciente traumatizado não se limita apenas ao tratamento realizado no ambiente hospitalar. O atendimento ao paciente traumatizado existe diferentes de etapas fundamentais que são interdependentes, desde o atendimento pré-hospitalar até pós-operatória. Nesse processo, a identificação precoce da gravidade e a conduta adequada de

DOI: 10.51161/iv-conasus/89655

cada etapa são fundamentais, pois cada falha ou atraso podem comprometer a assistência subsequente e contribuir para desfecho desfavorável, podendo diminuir a qualidade da vida do paciente.

No Brasil, o Sistema Único de Saúde possui papel indispensável na assistência às vítimas de trauma. Conforme Fraga et al. (2023) o enfrentamento desse problema necessariamente passa pelo sistema único de saúde, considerando sua responsabilidade na garantia do acesso a saúde, pautada pelo princípio da integralidade. Porém, os desafios relacionados ao trauma são complexos e não podem ser resolvidos exclusivamente pelo SUS, exigindo investimentos, participação dos profissionais de saúde, envolvimento das entidades representativas e aperfeiçoamento da formação médica.

Nesse sentido, a organização do socorro ao trauma deve ser compreendida como um processo que engloba tanto a estrutura da interligada quanto a capacidade técnica dos profissionais. A formação em urgência e emergência, desde a graduação, e a qualificação permanente das equipes constituem aspectos relevantes para melhorar a capacidade de atendimento aos pacientes traumatizados com protocolo e a padronização das condutas, consequentemente, reduzindo falhas na assistência.

Além disso, a análise dos óbitos potencialmente evitáveis, evidencia a necessidade de avaliar a qualidade dos atendimentos realizados. A identificação de falhas relacionadas ao sistema de atendimento, à avaliação e ao tratamento dos pacientes pode contribuir para o aperfeiçoamento dos serviços e para a redução de desfechos desfavoráveis.

Outro aspecto importante refere-se à triagem das vítimas. A identificação precoce de alterações fisiológicas e de sinais indicativos de maior gravidade é fundamental para o encaminhamento dos pacientes aos serviços adequados. Paralelamente, a melhoria do atendimento pré-hospitalar e hospitalar apresenta diferenças entre capitais e municípios do interior, revelando desigualdades na estrutura e na organização dos serviços.

Diante desse cenário, torna-se relevante analisar os fatores relacionados à mortalidade de pacientes traumatizados e discutir os desafios existentes na assistência pré-hospitalar até pós-operatório no âmbito do SUS.

2 MATERIAL E MÉTODOS

O presente estudo consiste em uma revisão integrativa da literatura, de natureza qualitativa e descritiva, desenvolvida com o objetivo de analisar os desafios relacionados à assistência ao paciente traumatizado no Sistema Único de Saúde, com enfoque nos fatores associados à mortalidade, às mortes potencialmente evitáveis e à organização da assistência.

A busca bibliográfica foi realizada nas bases de dados PubMed e SciELO, utilizando os termos “trauma”, “Sistema Único de Saúde” e “mortalidade”, combinados pelo operador booleano AND. Foram considerados estudos relacionados ao trauma no contexto brasileiro, contemplando aspectos referentes à assistência pré-hospitalar e hospitalar, organização dos serviços, critérios de triagem, mortalidade e qualidade da assistência.

Foram incluídos estudos que apresentassem relação direta com a temática proposta e contribuíssem para a análise da assistência ao paciente traumatizado no SUS. Também foram utilizados documentos oficiais e legislação brasileira como fontes complementares para fundamentar aspectos relacionados à organização do sistema de saúde, ao acesso aos serviços e ao princípio da integralidade da assistência, incluindo a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.

Após a seleção dos estudos pertinentes, foi realizada análise qualitativa e descritiva dos conteúdos, buscando identificar os principais achados e os pontos convergentes e divergentes entre as publicações. A análise foi organizada em quatro eixos temáticos: a)

DOI: 10.51161/iv-conasus/89655

organização do SUS, acesso e integralidade da assistência ao trauma; b) mortes potencialmente evitáveis e falhas assistenciais; c) critérios de triagem e fatores associados ao risco de mortalidade; e d) organização da atenção pré-hospitalar e hospitalar e seus principais desafios.

Foram analisados os estudos de Almeida et al. (2016), Arruda et al. (2026), Fraga et al. (2023), Ribeiro et al. (2025), Settervall et al. (2012), Vieira et al. (2025), selecionados por sua pertinência aos objetivos do estudo. A análise dos trabalhos permitiu relacionar aspectos estruturais, organizacionais e profissionais da assistência aos desfechos dos pacientes traumatizados, especialmente quanto à mortalidade, às mortes potencialmente evitáveis e à qualidade do atendimento.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise dos artigos demonstra que a mortalidade relacionada ao trauma deve ser compreendida a partir de múltiplos eventos. Embora a gravidade das lesões seja determinante para o prognóstico das vítimas, há outros fatores importantes como a organização para prestação da assistência, a qualidade utilizada prestada no atendimento, a triagem e identificação precoce dos pacientes graves e a disponibilidade de serviços adequados são motivos relevantes.

3.1 O papel do SUS na assistência ao trauma

Conforme sustentam Fraga et al. (2023), há uma reflexão importante sobre o papel do sistema público na assistência às vítimas de trauma. Os autores defendem que, diante da dimensão do problema no país, a resposta necessariamente passa pelo SUS, que possui papel central na garantia do acesso à assistência.

Entretanto, o fortalecimento da atenção ao trauma não depende exclusivamente da existência do Sistema Único de Saúde. Os autores destacam a necessidade de participação ativa dos profissionais de saúde, das entidades médicas e da sociedade, além de investimentos estruturais e aprimoramento da formação médica.

Nesse contexto, a preparação dos profissionais para atuar em situações de urgência e emergência deve iniciar ainda na graduação. O fortalecimento do ensino de suporte básico de vida, trauma e emergência, associado a atividades práticas, programas de extensão e outras estratégias de formação, pode contribuir para melhorar a preparação dos futuros profissionais em face desta realidade.

Assim, o SUS constitui elemento indispensável para a organização da assistência ao trauma, mas sua efetividade depende da consolidação da infraestrutura, da qualificação dos recursos humanos e da participação dos diferentes atores envolvidos no sistema de saúde.

3.2 Mortes evitáveis e falhas no atendimento ao traumatizado

A análise de mortes evitáveis permite avaliar não apenas o desfecho final, mas também as fragilidades ocorridas durante o atendimento. Revisões sobre esse tema em vítimas com traumatismos revelam um problema significativo: falta de padronização na terminologia usada para classificar óbitos evitáveis e as não conformidades relacionadas ao cuidado. Essa variação dificulta a comparação entre estudos, serviços e centros de trauma, prejudicando a avaliação de diferentes estratégias de melhoria. Critérios e terminologias padronizados são necessários para uma avaliação mais consistente da qualidade dos sistemas

de atendimento ao traumatizado. Settervall et al. (2012) analisaram dados de vários estudos e encontraram mortalidade média por causas evitáveis de aproximadamente 10,7%. Os problemas mais frequentes eram falhas no sistema de atendimento ao traumatizado e erros na avaliação e tratamento dos pacientes. Esses resultados mostram a importância da análise sistemática dos processos assistenciais. A redução de mortes potencialmente evitáveis não depende apenas de recursos tecnológicos. Também requer organização dos serviços, protocolos estabelecidos, comunicação eficaz entre equipes e capacidade de identificar e corrigir falhas. Arruda et al. (2026) documentam a alta prevalência de incidentes e eventos adversos, como erros de medicação e falhas de identificação, que comprometem a assistência e causam danos ou óbitos evitáveis. Settervall et al. (2012) e Arruda Fraga et al. (2023) convergem em um ponto: a mortalidade e os eventos adversos nos serviços de urgência compartilham a mesma origem. Ambos apontam não conformidades assistenciais e fragilidades estruturais no sistema de saúde. Settervall et al. (2012) demonstram que o não cumprimento de diretrizes no atendimento ao trauma resulta em mortes evitáveis. Arruda et al. reforçam que a sobrecarga assistencial, superlotação e falhas de comunicação criam condições para esses incidentes. Padronização de processos e fortalecimento da cultura de protocolo de segurança são necessários para garantir a sobrevida do paciente.

3.3 Triagem e identificação precoce da gravidade

A triagem adequada é uma das etapas fundamentais do atendimento ao paciente traumatizado. Estudos sobre critérios de triagem para centros de trauma e mortalidade hospitalar demonstram a importância de reconhecer sinais vitais alterados ainda na cena do trauma. Vieira et al. (2025) conduziram um estudo de coorte em um centro de referência e identificaram importantes preditores de óbito hospitalar: pressão arterial sistólica inferior a 90 mmHg, Escala de Coma de Glasgow igual ou inferior 13, e frequência respiratória <10 ou 29> incursões por minuto ou a necessidade de suporte ventilatório também foi relevante. Um estudo nacional posterior de Vieira et al. (2025) confirmou esses achados. As mesmas alterações dos sinais vitais permaneceram como os principais preditores fisiológicos de óbito hospitalar. Esses parâmetros permitem identificar precocemente vítimas com maior gravidade e necessidade de atendimento especializado. A aplicação adequada dos critérios de triagem pelas equipes pré-hospitalares contribui para o encaminhamento correto dos pacientes a unidades compatíveis com o nível de complexidade necessário. A triagem, porém, não funciona isoladamente. Sua efetividade depende da articulação com a regulação, o transporte e a disponibilidade de serviços capazes de receber e tratar pacientes graves. A identificação correta da vítima deve estar integrada a uma rede que garanta continuidade e oportunidade do cuidado

3.4 Organização da rede e desigualdades na assistência

A observação implementada na atenção pré-hospitalar a vítimas de acidentes e violências avançou conforme as diretrizes da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência, mas esse progresso ocorreu de forma desigual no país. As capitais obtiveram resultados superiores aos dos municípios do interior. Ribeiro et al. (2025) analisaram a sistematização do atendimento pré-hospitalar e encontraram implementação adequada em 59,4% dos municípios estudados, contra 77,8% nas capitais. A assistência interdisciplinar também refletiu essa disparidade: 45,1% dos municípios alcançaram nível regular, enquanto 75% das capitais atingiram nível bom. Gargalos persistem na integração intersetorial, nos fluxos de regulação e na disponibilidade de

recursos, particularmente fora dos grandes centros. Na atenção hospitalar, a falta de leitos especializados e a baixa adesão a protocolos assistenciais limitam a qualidade do atendimento. Apenas 40% dos gestores nas capitais consideravam adequada a oferta de leitos. A existência de políticas nacionais não garante uniformidade na implementação. O fortalecimento das Redes de Atenção às Urgências e Emergências depende de investimentos em infraestrutura, capacidade técnica e gestão, especialmente em municípios com limitações maiores, observam que a expansão do SAMU e do atendimento pré-hospitalar reduziram vazios assistenciais, mas a regionalização ainda enfrenta gargalos graves no interior, com dependência dos grandes centros urbanos. A sobrecarga nas portas de entrada hospitalares e a escassez de leitos de UTI causam retenção de ambulâncias e prejudicam o tempo de resposta do atendimento pré-hospitalar. Ribeiro et al. (2025) apontam que a sustentabilidade e a eficácia do atendimento ao trauma dependem da gestão compartilhada entre municípios, estados e União.

4 CONCLUSÃO

A análise dos estudos permite concluir que a redução da mortalidade decorrente de trauma depende de um atendimento ágil e de alta qualidade em uma rede assistencial integrada. Embora a gravidade das lesões seja determinante para o prognóstico das vítimas, parte dos óbitos que poderiam ser evitados está relacionada a falhas nos sistemas de atendimento, na avaliação e no tratamento dos pacientes.

A falta de protocolo e a padronização das condutas na classificação das mortes evitáveis e das falhas assistenciais constitui uma dificuldade para a comparação dos resultados, ou seja, compatível ou divergente das falhas, dessa forma, perdendo estratégias de melhoria na assistência ao trauma. Nesse contexto, a identificação precoce de alterações fisiológicas, associada à aplicação adequada dos critérios de triagem, também é fundamental reconhecer pacientes com maior risco de agravamento e garantir seu encaminhamento oportuno para serviços de saúde compatível com gravidade do quadro.

Os estudos também evidenciam desigualdades na implementação da atenção pré-hospitalar e hospitalar, com melhores indicadores nas capitais em comparação aos municípios do interior. Persistem desafios relacionados à infraestrutura, à disponibilidade de leitos especializados, à integração dos serviços e à qualificação das equipes.

Nesse cenário, o SUS é indispensável para o enfrentamento do trauma no Brasil, mas não constitui uma solução isolada. Seu fortalecimento depende de investimentos estruturais, aprimoramento da formação e educação permanente dos profissionais, participação das entidades e integração efetiva da Rede de Atenção às Urgências e Emergências, melhorias dos protocolos e a padronização de condutas. A articulação entre esses elementos pode contribuir para reduzir mortes potencialmente evitáveis e melhorar a assistência ao paciente traumatizado.

REFERÊNCIAS

ARRUDA, Rossana Gomes Machado; PRADO, Roberta Teixeira; ALVIM, André Luiz Silva; LEONE, Denise Rocha Raimundo; CARBOGIM, Fábio da Costa; RODRIGUES, Daniel da Silva; MELLADO, Isabella Lusvardi do Pinho; LUCIANO, Maria Paula Taligliatti. A segurança do paciente nos serviços de urgência e emergência hospitalar: uma revisão integrativa. Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR, v. 30, n. 1, 2026. DOI:

https://doi.org/10.25110/arqsaude.v30i1.2026-11982. Disponível em: https://revistas.unipar.br/index.php/saude/article/view/11982. Acesso em: 23 ago. 2026.

FRAGA, Gustavo Pereira; QUINTAS, Mario Luiz; ABIB, Simone de Campos Vieira. Trauma e emergência: o SUS é a solução no Brasil? Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões, Rio de Janeiro, v. 41, n. 4, p. 232-233, jul./ago. 2014. Editorial. DOI: https://doi.org/10.1590/0100-69912014004001. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rcbc/a/jvKK5p3B4LKpqQ7B4hcnHxb/?format=html&lang=en&ilang =pt_BRA

RIBEIRO, Adalgisa Peixoto; SILVA, Martha Cristina Nunes da; SOUZA, Edinilsa Ramos de; MINAYO, Maria Cecília de Souza; BASTOS, Francisco Inácio. Análise da implementação da atenção pré-hospitalar e hospitalar a casos de acidentes e violências no Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 11, n. supl., p. 1327-1335, mar. 2025. DOI: https://doi.org/10.1590/S1413-81232006000500022. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/mQbdQrmJrry5xrwsSMNn4TL/?format=html&lang=pt&ilang= pt_BR

SETTERVALL, Cristina Helena Costanti; DOMINGUES, Cristiane de Alencar; SOUSA, Regina Marcia Cardoso de; NOGUEIRA, Lilia de Souza. Mortes evitáveis em vítimas com traumatismos. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 46, n. 2, p. 367-375, abr. 2012. DOI: https://doi.org/10.1590/S0034-89102012005000010. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rsp/a/XwcTvvWsN7CBJJpmBCThbhR/?format=html&lang=pt&ilang =pt_BR

VIEIRA, Rita de Cássia Almeida; SOUSA, Regina Marcia Cardoso de; NOGUEIRA, Lilia de Souza; DOMINGUES, Cristiane de Alencar; SETTERVALL, Cristina Helena Costanti; LUZ, Kátia Maria de. Critérios de triagem para centros de trauma e mortalidade hospitalar de vítimas de causas externas: uma coorte brasileira. Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, v. 46, n. esp., p. 101-107, out 2025. DOI: https://doi.org/10.1590/S0080-62342012000700015.
Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/tYZnMb5KmGYB7dStwt4Z8Kk/?lang=pt.

ALMEIDA, N. et al. Traumatic brain injury epidemiology in Brazil. World Neurosurgery, [S. l.], v. 87, p. 540-547, mar 2016. DOI: 10.10/j.wneu.2015.10.020. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26485419/

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1990. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm?

EDUCAÇÃO EM SAÚDE E ACESSO AO PROGRAMA FARMÁCIA POPULAR: RELATO DE EXPERIÊNCIA NO PET-SAÚDE DIGITAL

PAULO HENRIQUE SARAIVA ROCHA FILHO; CAROLINE BORGES CORRÊA; JANAÍNA BAIA MORAES; KIMBERLY TAVARES ALVES; RAMON ANDREWS RIBEIRO SOUSA; SARA ALMEIDA SALES; TAMIRES DA SILVA LEÃO

Introdução: A Assistência Farmacêutica é essencial para garantir o acesso a medicamentos no Sistema Único de Saúde (SUS). O Programa Farmácia Popular amplia esse acesso, porém a falta de informações pode dificultar sua utilização. Diante disso, este relato descreve o desenvolvimento de um folder educativo para usuários da Estratégia Saúde da Família das Ilhas (ESF Ilhas), em Tucuruí-PA, com informações sobre o Programa e a Rename, visando facilitar o acesso aos medicamentos disponíveis. **Objetivo:** Relatar a experiência de uma ação de educação em saúde desenvolvida no âmbito PET-Saúde Digital, voltada à orientação de usuários da Atenção Primária sobre o acesso ao Programa Farmácia Popular e aos benefícios por ele disponibilizados. **Relato de Experiência:** A ação educativa na ESF Ilhas KM 11 (Tucuruí-PA) evidenciou expressiva participação dos usuários e um relevante déficit prévio de informação quanto aos critérios de gratuidade do Programa Farmácia Popular e à Rename. O folder educativo atuou como tecnologia leve de fácil assimilação e caráter multiplicador, extrapolando a unidade e alcançando os domicílios. A vivência confirmou que a baixa literacia em saúde constitui uma barreira ao acesso à Assistência Farmacêutica, ratificando a Educação Popular em Saúde como ferramenta de promoção da equidade e autonomia. Ademais, a ação fortaleceu a integração ensino-serviço-comunidade sob as diretrizes do PET-Saúde, desenvolvendo competências comunicacionais e interprofissionais nos acadêmicos. Conclui-se que intervenções educativas acessíveis e de baixo custo são estratégias eficazes para democratizar o direito à saúde e consolidar os princípios do SUS na Atenção Primária. **Conclusão:** A elaboração e divulgação do folder educativo sobre o Programa Farmácia Popular para a comunidade da ESF-Ilhas foi uma estratégia de baixo custo e alto impacto. A intervenção promoveu a autonomia dos pacientes e evidenciou que a falta de informação e o baixo conhecimento em saúde ainda são barreiras importantes na assistência farmacêutica. Além disso, a experiência no PET-Saúde Digital fortaleceu a integração entre ensino, serviço e comunidade, consolidando competências profissionais essenciais para mitigar desigualdades e fortalecer o SUS.

Palavras-chave: **PROGRAMA FARMÁCIA POPULAR; SERVICIOS FARMACÉUTICOS; PET-SAÚDE**

DOI: 10.51161/iv-conasus/89657

ENTRE DISTÂNCIAS E DIREITOS: DESAFIOS PARA O ACESSO E A CONTINUIDADE DA REABILITAÇÃO ESPECIALIZADA NO SUS AMAZÔNICO

ELIZIANE DAS CHAGAS DOS SANTOS RIOS

Introdução: A garantia do acesso à saúde e à reabilitação constitui princípio fundamental do Sistema Único de Saúde (SUS). Entretanto, a disponibilidade de serviços especializados não assegura o acesso efetivo e a continuidade do cuidado. Em territórios caracterizados por grandes distâncias, dificuldades de deslocamento e barreiras de acessibilidade, pessoas com deficiência e usuários com limitações funcionais podem enfrentar obstáculos para manter o acompanhamento terapêutico.. Nesse contexto, os Centros Especializados em Reabilitação (CER) desempenham papel estratégico na promoção da funcionalidade, autonomia e participação social. **Objetivo:** Relatar a experiência e os desafios relacionados ao acesso e à continuidade do cuidado de usuários atendidos em um Centro Especializado em Reabilitação de Porto Velho, Rondônia. **Relato de experiência:** O CER atende usuários do SUS encaminhados pelo sistema de regulação, provenientes de Porto Velho, de municípios de Rondônia e, segundo o fluxo regulatório, de localidades do Amazonas, Acre e Bolívia. O serviço contempla crianças e adultos com demandas de reabilitação física, neurológica, psicológica e fonoaudiológica. No cotidiano assistencial, foram identificadas dificuldades relacionadas ao acesso físico ao serviço e à manutenção da frequência terapêutica. Usuários residentes em bairros distantes frequentemente necessitam utilizar mais de um transporte coletivo. Para pessoas com mobilidade reduzida, usuárias de cadeira de rodas, as limitações de acessibilidade no transporte constituem barreiras adicionais. Foram observadas faltas e interrupções do tratamento associadas às dificuldades de transporte e à dependência de familiares ou cuidadores. Paralelamente, identificou-se a necessidade de padronização dos processos de trabalho entre equipes de períodos. Como estratégia de qualificação, foi organizado um fluxo assistencial e elaborado um Procedimento Operacional Padrão (POP) para o Serviço de Fisioterapia, contemplando regulação, triagem, avaliação, plano terapêutico, reavaliação, controle de faltas, encaminhamentos multiprofissionais e alta.**Conclusão:** A experiência demonstrou que o acesso à reabilitação especializada ultrapassa a disponibilidade de vagas e o ingresso pela regulação. Barreiras territoriais, de transporte e acessibilidade podem comprometer a continuidade do cuidado. A padronização dos processos de trabalho mostrou-se relevante para qualificar a assistência e fortalecer o acompanhamento dos usuários. O enfrentamento das barreiras externas requer articulação entre os serviços, ações intersetoriais e fortalecimento das redes de atenção, considerando as especificidades da Amazônia.

Palavras-chave: **ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE; EQUIDADE EM SAÚDE; REABILITAÇÃO**

DOI: 10.51161/iv-conasus/89659

HETEROGENEIDADE CLÍNICA BIOPSICOSSOCIAL EM INDIVÍDUOS COM FIBROMIALGIA: ANÁLISE EXPLORATÓRIA DE AGRUPAMENTOS

DARLYN WINNA CRUZ; PRISCILA KARLA LEONCIO PINTO; VITÓRIA BEATRIZ NASCIMENTO ALVES DIAS; GISELA ROCHA DE SIQUEIRA

Introdução: A fibromialgia apresenta heterogeneidade clínica, envolvendo dimensões como dor, sintomas emocionais, sono e capacidade físico-funcional. A identificação de padrões de apresentação clínica pode ampliar a compreensão dessa heterogeneidade e contribuir para uma abordagem mais individualizada no cuidado de pessoas com dor crônica no Sistema Único de Saúde (SUS). **Objetivo:** Explorar padrões clínicos biopsicossociais em indivíduos com fibromialgia por meio de análise multivariada e agrupamento. **Metodologia:** Estudo transversal com 28 indivíduos com fibromialgia. Foram avaliadas ansiedade (BAI), sintomas depressivos (BDI-II), estresse percebido (PSS), catastrofização da dor (PCS), autoeficácia (CPSS), qualidade do sono (PSQI), sensibilização central (CSI) e desempenho físico-funcional. Realizou-se Análise de Componentes Principais (PCA) com rotação Varimax, seguida de agrupamento pelo método K-means. O impacto da fibromialgia (FIQR) e a intensidade da dor (EVA), não utilizados na formação dos agrupamentos, foram comparados entre os clusters pelo teste de Kruskal-Wallis. **Resultados:** PCA identificou quatro componentes, responsáveis por 75,3% da variância: (1) carga emocional/sintomática; (2) comprometimento físico-funcional; (3) catastrofização/sensibilização; e (4) sono/autoeficácia. Bartlett foi significativo ($\chi^2(45)=104$; $p<0,001$), enquanto KMO foi limítrofe (0,505). A solução com quatro clusters apresentou grupos semelhantes (n=6, 7, 8 e 7), com Silhouette média de 0,236. O Cluster 1 apresentou maior carga emocional, pior sono e menor autoeficácia; o Cluster 2, menor comprometimento emocional e físico-funcional; o Cluster 3, maior catastrofização e sensibilização; e o Cluster 4, maior comprometimento físico-funcional. O FIQR diferiu entre os clusters ($\chi^2(3)=11,55$; $p=0,009$; $\varepsilon^2=0,428$), com diferença entre os Clusters 1 e 2 ($p=0,014$). A EVA não apresentou diferença entre os agrupamentos ($\chi^2(3)=3,85$; $p=0,278$; $\varepsilon^2=0,143$). **Conclusão:** A análise exploratória identificou padrões distintos de características biopsicossociais entre indivíduos com fibromialgia, associados a diferenças no impacto da doença, mas não na intensidade da dor. Apesar do tamanho amostral e da qualidade do agrupamento, os achados sugerem diferentes apresentações clínicas da fibromialgia e podem contribuir para investigações sobre estratégias de cuidado individualizadas no SUS. Amostras maiores são necessárias para confirmar e validar esses padrões.

Palavras-chave: **DOR CRÔNICA; ANÁLISE DE CLUSTER; SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

DOI: 10.51161/iv-conasus/89661

MONITORAMENTO REMOTO E GESTÃO ORIENTADA POR INDICADORES: RELATO DE EXPERIÊNCIA NO ACOMPANHAMENTO DE MÚLTIPLAS UNIDADES DE SAÚDE

ANDRESSA LIMA ALVES; JULIANA GIRÃO DE OLIVEIRA; CRISTIANA BATISTA VIEIRA PINTO ILDEVÂNIA DA COSTA SILVA; ISABEL PEREIRA ROCHA; JAIANA ALINE MEDEIRO; CAMILA ALVES MACHADO.

RESUMO

A gestão de múltiplas unidades de saúde apresenta desafios relacionados à diversidade dos perfis assistenciais, à dispersão geográfica dos serviços, à heterogeneidade dos processos de trabalho e à necessidade de informações oportunas para subsidiar decisões gerenciais. Nesse contexto, o monitoramento sistemático de indicadores contribui para ampliar a visibilidade sobre a operação e favorecer a identificação precoce de riscos e desvios assistenciais. Objetivou-se relatar a experiência de implantação de uma estratégia de monitoramento remoto e gestão orientada por indicadores em unidades hospitalares e de urgência geridas por uma Organização Social de Saúde. Trata-se de relato de experiência desenvolvido no âmbito da Gerência de Acesso à Saúde, iniciado em maio de 2025 com seis unidades e posteriormente ampliado para nove. A estratégia envolveu padronização dos instrumentos de coleta, implantação do Boletim de Monitoramento Diário, acompanhamento remoto de pacientes e processos assistenciais por meio de checagens periódicas de conformidade (Round), análise de indicadores e utilização de dashboards e relatórios gerenciais. O acompanhamento possibilitou identificar pendências de alta não formalizadas no sistema, tempos de espera para classificação de risco acima dos parâmetros de referência, desequilíbrios entre demanda e disponibilidade de leitos e extrapolação do tempo de espera dentro da mesma classificação de risco, subsidiando devolutivas e encaminhamentos às equipes locais. A experiência favoreceu maior integração entre a gestão corporativa e as unidades assistenciais, ampliou a padronização das informações e fortaleceu uma rotina de acompanhamento baseada em dados. Conclui-se que o monitoramento remoto orientado por indicadores constitui estratégia aplicável à gestão de redes de saúde, favorecendo a identificação oportuna de problemas, a coordenação das ações e decisões gerenciais baseadas em evidências.

Palavras-chave: Gestão em saúde; regulação assistencial; tomada de decisão.

1 INTRODUÇÃO

A gestão dos serviços de saúde exige o acompanhamento contínuo de processos, recursos, demandas e resultados, transformando dados produzidos no cotidiano assistencial em informações capazes de subsidiar decisões. Em organizações responsáveis por múltiplas unidades, esse desafio torna-se mais complexo diante das diferenças entre perfis assistenciais, capacidades instaladas, processos de trabalho e contextos territoriais.

O monitoramento e a avaliação (M&A) constituem componentes estratégicos do planejamento e da gestão em saúde. Reuter et al. (2016) compreendem o monitoramento

DOI: 10.51161/iv-conasus/89662

como um processo de coleta, processamento e análise de informações destinado a acompanhar a execução das ações e sua correspondência com o planejamento e os resultados esperados. Sua incorporação às práticas de gestão pode, portanto, contribuir para a produção de informações úteis à tomada de decisão.

Tanaka e Tamaki (2012) destacam que a utilização de indicadores depende não apenas da disponibilidade de dados, mas de sua capacidade de responder às necessidades da gestão. Nessa perspectiva, indicadores relevantes, mensuráveis e factíveis podem contribuir para sintetizar informações e orientar processos avaliativos e decisórios.

Strohschoen e Lütz (2026) ampliam essa discussão ao argumentarem que monitoramento e avaliação não devem se restringir ao cumprimento formal de instrumentos ou à produção de informações. Seu potencial estratégico está relacionado à capacidade institucional de produzir, compartilhar e utilizar evidências. Assim, a institucionalização do M&A, isoladamente, não assegura sua incorporação às práticas gerenciais, sendo necessária a articulação entre produção da informação, participação dos atores e utilização dos resultados.

A sistematização das informações por meio de instrumentos de acompanhamento também pode ampliar a visibilidade dos processos organizacionais. Alencar et al. (2026), ao analisarem mecanismos de monitoramento e avaliação aplicados à gestão de custos em saúde, identificaram que instrumentos sistemáticos de controle favoreceram a disponibilidade de informações para o planejamento e a tomada de decisão. Embora desenvolvido em contexto específico de custos, o estudo evidencia a importância de transformar registros operacionais em informações gerenciais.

No campo da regulação assistencial, o acompanhamento de informações relacionadas à demanda, oferta, ocupação de leitos, transferências, permanência e tempos de espera pode favorecer a identificação de situações que demandam intervenção (BRASIL, 2016). Barbosa, Barbosa e Najberg (2016) acrescentam que a regulação envolve desafios de governança e coordenação entre diferentes atores e níveis de gestão, ultrapassando uma perspectiva exclusivamente operacional.

Nesse contexto, dashboards e painéis de monitoramento podem contribuir para organizar e sintetizar informações produzidas por diferentes serviços. Grimm e Tanaka (2016) apontam que esses instrumentos favorecem a disponibilização de informações relevantes aos gestores e o acompanhamento sistemático dos serviços. Entretanto, sua efetividade depende da qualidade dos dados, da interpretação dos indicadores e da capacidade organizacional de transformar informação em ação.

Diante desse cenário, a experiência foi desenvolvida na Gerência de Acesso à Saúde de uma Organização Social de Saúde responsável por unidades hospitalares e de urgência localizadas em diferentes territórios. A estratégia envolveu o monitoramento de indicadores assistenciais, acompanhamento remoto de pacientes e processos, gestão da ocupação e disponibilidade de leitos e apoio aos Núcleos Internos de Regulação.

O presente trabalho tem como objetivo relatar a experiência de implantação de uma estratégia de monitoramento remoto e gestão orientada por indicadores para o acompanhamento de múltiplas unidades hospitalares e de urgência geridas por uma Organização Social de Saúde.

2 RELATO DE CASO/EXPERIÊNCIA

A experiência foi desenvolvida no âmbito da Gerência de Acesso à Saúde de uma Organização Social de Saúde responsável pela gestão de unidades hospitalares e de urgência localizadas em diferentes territórios. O processo teve início em maio de 2025, contemplando inicialmente seis unidades, e foi progressivamente ampliado até alcançar nove unidades sob acompanhamento sistemático em agosto de 2026.

DOI: 10.51161/iv-conasus/89662

A necessidade de estruturar uma estratégia de monitoramento decorreu da complexidade de acompanhar serviços com diferentes perfis assistenciais, níveis de organização dos processos e sistemas de informação. Dados relacionados à ocupação, movimentação de pacientes, transferências, permanência e tempos assistenciais eram produzidos localmente, exigindo mecanismos capazes de ampliar sua visibilidade para a gestão central e favorecer intervenções oportunas.

A estratégia foi organizada a partir da definição de processos prioritários para acompanhamento e da construção progressiva de instrumentos destinados à produção, consolidação, análise e utilização das informações. Os principais componentes implantados foram o Boletim de Monitoramento Diário, o acompanhamento remoto de pacientes e processos assistenciais, a rotina de checagem sistemática de conformidade denominada Round, os dashboards de indicadores e os relatórios gerenciais.

O Boletim de Monitoramento Diário passou a constituir um dos principais instrumentos de acompanhamento das unidades. Preenchido pelas equipes locais e consolidado pela gestão central, reúne informações referentes ao censo de leitos, incluindo quantitativo de leitos disponíveis, ocupados e bloqueados, além da taxa de ocupação. O instrumento também contempla dados relacionados à regulação assistencial, como admissões, altas, evasões, solicitações e efetivação de transferências, transferências em vaga zero e cancelamentos de solicitações, incluindo seus respectivos motivos.

O boletim incorporou ainda o acompanhamento individualizado de pacientes com solicitações de transferência pendentes. Nesses casos, passaram a ser monitorados o tempo de espera, o perfil da vaga solicitada e possíveis pendências relacionadas à continuidade do processo, como necessidade de interconsulta ou realização de exames.

A incorporação do instrumento às rotinas locais ocorreu de forma heterogênea. Algumas unidades integraram o preenchimento do boletim ao processo de trabalho desde o primeiro mês de implantação, mantendo regularidade na produção das informações. Outras permaneceram dependentes de acompanhamento mais próximo da gestão central para garantir o envio oportuno e completo dos dados.

Paralelamente, foi estruturado o Round, entendido como uma rotina de checagem sistemática da conformidade operacional das unidades. Inicialmente, o acompanhamento era realizado duas vezes por semana, por meio de aplicativo de mensagens instantâneas. Com o amadurecimento da estratégia, a frequência foi ampliada para acompanhamento diário e a rotina passou a ser conduzida em canal específico no Microsoft Teams.

O Round passou a envolver a verificação preliminar, unidade a unidade, de critérios de conformidade previamente estabelecidos e da situação diária de ocupação dos leitos. As ocorrências identificadas eram registradas com base em evidências extraídas dos sistemas utilizados e encaminhadas para análise, comunicação e tratativa junto às equipes responsáveis.

Entre as situações identificadas com maior frequência estavam pacientes com alta clínica registrada, mas sem correspondente baixa no sistema. A permanência desses pacientes nos registros assistenciais permitia à gestão central identificar possíveis pendências no processo de saída e solicitar à unidade a verificação e regularização da informação.

Também passaram a ser monitorados os tempos de espera para classificação de risco superiores ao parâmetro de referência adotado. Quando identificadas situações acima do tempo esperado, a unidade era acionada para avaliação e adoção de medidas operacionais, como reorganização do fluxo ou abertura de sala adicional para classificação. O Round permitia ainda identificar situações de superlotação, caracterizadas por demanda superior à capacidade de leitos disponíveis, além de extrapolações dos tempos definidos dentro de uma mesma classificação de risco.

Nos casos em que pacientes classificados em categorias prioritárias ultrapassavam o tempo estabelecido para atendimento, a situação era sinalizada à unidade para análise e

priorização da assistência. Dessa forma, o monitoramento passou a permitir identificação mais precoce de desvios e acionamento oportuno das equipes locais diante de situações potencialmente capazes de comprometer o fluxo assistencial.

A estratégia foi complementada pela utilização de dashboards e relatórios gerenciais. Esses instrumentos passaram a consolidar indicadores como tempo médio de espera por classificação de risco, taxa de ocupação, índice de giro de leito, tempo de permanência estratificado por faixa horária e perfil das solicitações de vaga por especialidade. A visualização consolidada possibilitou acompanhar o comportamento dos indicadores por unidade e ao longo do tempo, contribuindo para a identificação de situações prioritárias e para o direcionamento das intervenções gerenciais.

A implantação ocorreu de forma progressiva, considerando as particularidades de cada serviço, a disponibilidade das informações e o estágio de organização dos processos locais. Esse percurso exigiu acompanhamento contínuo das equipes, reuniões de alinhamento e, quando necessário, visitas técnicas para compreensão das situações identificadas e adequação das rotinas.

Ao longo da experiência, consolidou-se um fluxo de monitoramento composto por quatro movimentos principais: produção das informações pelas unidades; consolidação e análise dos dados pela gestão central; verificação da conformidade e identificação das situações prioritárias por meio do Round; e devolutiva às unidades, com acompanhamento dos encaminhamentos até sua resolução.

A estratégia buscou, portanto, superar uma lógica restrita ao envio periódico de informações. Os dados passaram a ser utilizados como ponto de partida para identificação de desvios, análise de riscos e definição de prioridades. Nesse arranjo, a gestão central assumiu papel de apoio técnico, análise e articulação, enquanto as equipes locais permaneceram responsáveis pela produção das informações e pela execução das ações relacionadas à sua realidade assistencial.

Como resultados qualitativos, observou-se fortalecimento da integração entre a gestão corporativa e as unidades assistenciais, maior padronização dos instrumentos e das rotinas de acompanhamento e amadurecimento progressivo do Round. Também se verificou a consolidação de uma rotina de monitoramento baseada na análise sistemática de indicadores, ainda que com diferentes níveis de adesão entre os serviços.

A experiência permanece em processo de amadurecimento. Entre os próximos passos estão o aprimoramento dos instrumentos, a qualificação dos indicadores, a ampliação da integração entre as fontes de informação e o desenvolvimento de medidas que permitam avaliar, de forma mais objetiva, os efeitos da estratégia sobre os processos assistenciais e operacionais.

3 DISCUSSÃO

A experiência apresentada evidencia que o monitoramento de múltiplas unidades de saúde A experiência evidencia que o monitoramento de múltiplas unidades de saúde adquire maior relevância quando ultrapassa a produção e consolidação de dados e passa a integrar um processo contínuo de análise, comunicação e intervenção. Essa compreensão converge com Tanaka e Tamaki (2012), ao destacarem que a avaliação e os indicadores devem estar vinculados às necessidades da gestão e produzir informações capazes de subsidiar a tomada de decisão.

Strohschoen e Lütz (2026) reforçam essa perspectiva ao identificarem avanços na disponibilidade e utilização das informações na gestão do SUS, mas alertam para o risco de o monitoramento e a avaliação assumirem caráter predominantemente burocrático ou produtivista. A institucionalização de instrumentos, isoladamente, não assegura que as

informações sejam efetivamente utilizadas nas decisões, sendo necessário fortalecer a capacidade de produzi-las, interpretá-las e incorporá-las continuamente à gestão.

Esse aspecto dialoga com a experiência relatada. A implantação do Boletim de Monitoramento Diário estabeleceu uma base comum de informações entre as unidades, porém sua contribuição ocorreu principalmente quando os dados passaram a subsidiar a identificação de desvios, definição de prioridades e intervenções junto às equipes. Assim, buscou-se superar uma lógica restrita ao registro periódico, aproximando o monitoramento do processo decisório.

A adesão heterogênea ao Boletim também demonstrou que a padronização de instrumentos não garante sua incorporação uniforme aos processos de trabalho. Reuter et al. (2016) ressaltam a importância da integração das equipes às práticas de monitoramento, especialmente porque os profissionais dos serviços participam diretamente da produção dos dados que compõem os indicadores. Dessa forma, a consolidação de uma cultura de monitoramento depende não apenas de tecnologias, mas também da participação das equipes, qualidade dos registros, regularidade das informações e utilização dos resultados na rotina gerencial.

Outro componente relevante foi a implantação do Round como mecanismo sistemático de verificação da conformidade operacional. Sua evolução de uma rotina periódica para o acompanhamento diário aproximou temporalmente a identificação dos desvios do acionamento das unidades. Situações como altas clínicas sem correspondente baixa no sistema, tempos superiores aos parâmetros para classificação de risco, superlotação e extrapolação dos tempos assistenciais passaram a ser identificadas e comunicadas sistematicamente.

Embora em contexto distinto, Alencar et al. (2026) demonstraram que instrumentos sistemáticos de acompanhamento e controle podem ampliar a visibilidade das informações e favorecer o planejamento institucional, destacando o checklist como ferramenta de monitoramento e avaliação. Na experiência relatada, o Round apresentou função semelhante de verificação estruturada, permitindo transformar informações dispersas nos sistemas em situações concretas para análise e encaminhamento.

A utilização de dashboards e relatórios gerenciais complementou esse processo. Grimm e Tanaka (2016) destacam que painéis de monitoramento possibilitam organizar informações de diferentes dimensões e torná-las mais acessíveis aos gestores. Na experiência, esses instrumentos permitiram acompanhar indicadores de espera, ocupação, giro de leitos, permanência e solicitações de vagas por unidade e ao longo do tempo. Entretanto, dashboards e boletins não constituem finalidade do monitoramento: sua utilidade depende da existência de processos de interpretação, comunicação e resposta.

No campo da regulação assistencial, o acompanhamento simultâneo de demanda, ocupação, disponibilidade de leitos, transferências e tempos de espera ampliou a capacidade de identificar barreiras e situações prioritárias. Essa perspectiva encontra respaldo nas diretrizes de regulação do SUS (BRASIL, 2016) e dialoga com Barbosa, Barbosa e Najberg (2016), que compreendem a regulação como processo relacionado à governança e à coordenação entre diferentes atores e níveis de gestão.

Nesse sentido, a articulação entre gestão central, gestores locais e Núcleos Internos de Regulação mostrou-se relevante. A identificação de um desvio pelo monitoramento remoto exige contextualização, comunicação, definição de encaminhamentos e acompanhamento das providências. Essa dinâmica contribuiu para que o monitoramento funcionasse não apenas como mecanismo de controle, mas como instrumento de apoio e coordenação entre os diferentes níveis da organização.

O acompanhamento remoto mostrou-se particularmente aplicável diante da dispersão geográfica das unidades, permitindo ampliar a frequência das verificações. Contudo, a experiência evidenciou que a tecnologia não substitui a compreensão do contexto local,

mantendo-se necessários contatos com as equipes, reuniões e visitas técnicas para interpretação das situações e adequação das ações.

Entre as limitações destacam-se a heterogeneidade dos sistemas e processos de trabalho, diferenças na qualidade e disponibilidade dos dados e distintos níveis de adesão das unidades. Além disso, a implantação progressiva não permite estabelecer, nesta etapa, relação causal entre a estratégia e mudanças nos resultados assistenciais.

Como perspectiva, recomenda-se avançar na avaliação do próprio modelo, incorporando indicadores de completude e oportunidade das informações, inconsistências identificadas e corrigidas e tempo entre identificação e resolução dos desvios. Assim, a experiência demonstra que o monitoramento pode constituir um processo gerencial capaz de transformar dados descentralizados em informação e ação, articulando indicadores, tecnologia, equipes locais e gestão central para apoiar a regulação assistencial e a tomada de decisão.

4 CONCLUSÃO

A experiência demonstrou que o monitoramento remoto orientado por indicadores constitui uma estratégia aplicável ao acompanhamento de múltiplas unidades de saúde, favorecendo a integração entre gestão corporativa e equipes locais e a identificação oportuna de desvios nos processos assistenciais.

A articulação entre Boletim de Monitoramento Diário, Round, dashboards e relatórios gerenciais possibilitou transformar dados produzidos nas unidades em informações para análise, priorização e tomada de decisão. Entretanto, a heterogeneidade dos processos, a qualidade das informações e os diferentes níveis de adesão das equipes permanecem como desafios para a consolidação da estratégia.

Conclui-se que o principal avanço da experiência está na construção de uma rotina sistemática que conecta dados, análise e ação gerencial. Como perspectiva, recomenda-se aprimorar a integração e a governança dos dados e desenvolver indicadores que permitam avaliar os efeitos do modelo sobre os processos assistenciais e operacionais.

REFERÊNCIAS

ALENCAR, Ana Paula Agostinho; RATTS, Nathalie Peixoto; ROQUE, Fabiana Moraes; MATOS, Luciana Sobreira de. Impacto do monitoramento e da avaliação em saúde na gestão de custos. **Revista Gestão & Saúde**, Brasília, v. 17, e59248, 2026.

BARBOSA, Dayse Vieira Santos; BARBOSA, Nelson Bezerra; NAJBERG, Estela. Regulação em saúde: desafios à governança do SUS. **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 49-54, 2016.

BOJIC, I. et al. Empowering health care education through learning analytics: in-depth scoping review. **Journal of Medical Internet Research**, v. 25, e41671, 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. **Curso básico de regulação do Sistema Único de Saúde – SUS**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016.

RIMM, Sylvia Christina de Andrade; TANAKA, Oswaldo Yoshimi. Painel de Monitoramento Municipal: bases para a construção de um instrumento de gestão dos serviços de saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 25, n. 3, p. 585-594, 2016.

ANÁLISE DO PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS CASOS NOTIFICADOS DE TUBERCULOSE NA REGIÃO NORDESTE NO PERÍODO DE 2013 A 2023

LANNA KAREM ALVES DA CUNHA; GABRIELLY MONIQUE MELO FERREIRA; JÚLIA ALMEIDA RIOS; LARISSA NERY ABREU VASCONCELOS; NATASHA DE AMORIM MALATO; DRIELLE CAROLINE DA SILVA LÔBO

Introdução: A tuberculose é uma doença infecciosa e transmissível causada pela bactéria *Mycobacterium tuberculosis*, que acomete principalmente os pulmões. Apesar da existência de medidas eficazes de prevenção e tratamento, foi registrado no Brasil um aumento na incidência da doença desde 2020, sendo o Nordeste a segunda região com maior número de casos, evidenciando que esse agravo segue sendo um problema de saúde pública. **Objetivo**: Analisar o perfil epidemiológico dos casos de tuberculose notificados na região Nordeste entre 2013 e 2023, considerando fatores sociodemográficos e clínicos. **Metodologia**: Trata-se de um estudo observacional, descritivo, do tipo ecológico, baseado em dados secundários. As informações foram coletadas do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), por meio do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). As variáveis analisadas incluíram sexo, raça/cor, escolaridade, faixa etária e forma clínica da doença. **Resultados**: Foram registrados 265.748 casos de tuberculose na região Nordeste no período entre 2013 a 2023. Com relação ao sexo, verificou-se que 181.400 (68%) foram do sexo masculino e com relação à faixa etária, concentra-se entre 20 a 29 anos, com 59.310 (22,31%) casos. Indivíduos com ensino fundamental incompleto apresentaram o maior percentual ao longo da década, 1.117 (51%), no entanto, a classe branco ou ignorado tem um quantitativo importante para a escolaridade 625 (29%), o que revela a importância da análise dos dados subnotificados. A variável raça/cor predominou a população autodeclarada parda e preta com 1.660 (76%). Quanto à forma clínica, a pulmonar representa 228.021 (85,8%), sendo 212.667 (80%) dos pacientes notificados, com diagnóstico negativo para a Síndrome da Imunodeficiência Humana (AIDS). **Conclusão**: A tuberculose, principalmente na forma pulmonar, ainda é prevalente no Nordeste, apesar de campanhas educativas e orientações relacionadas à promoção da saúde e prevenção da disseminação do bacilo pela rede de atenção à saúde. A subnotificação de dados, especialmente sobre escolaridade e raça/cor, prejudicam a análise e o planejamento de ações de controle. Isso reforça a necessidade do preenchimento apropriado das fichas de notificação, essencial para subsidiar decisões mais precisas e eficazes no enfrentamento da doença.

Palavras-chave: **EPIDEMIOLOGIA; NORDESTE; TUBERCULOSE**

DOI: 10.51161/iv-conasus/89663

ADVERSIDADES DO ATENDIMENTO PSICOLÓGICO NO SUS: UM RELATO DE EXPERIENCIA

TATIANI JUSTIN WITT CARDOSO

Introdução: O Sistema Único de Saúde (SUS) oferece serviços de diversos profissionais e amplos serviços, dentre eles o profissional em psicologia com diversos serviços necessários a avaliação, prevenção e promoção em saúde**. Objetivo:** Este trabalho busca explanar observações a cerca de adversidades do atendimento psicológico no SUS ligados a adesão e engajamento. **Metodologia:** Trata-se de um Relato de Experiência Clínica partir de atendimentos em por credenciamento em atendimentos ambulatoriais clínicos psicológicos individual presencial, por um período de outubro de 2022 à agosto de 2026. E, atendimentos particulares por videochamada pelo mesmo período. **Resultados:** Dentre as adversidades observadas encontra-se os entraves econômicos ligados a dificuldade de comunicação para agendamentos e ajustes de horários e, transporte observados pelas justificativas dos não comparecimentos e dificuldade do profissional resgatar esse reagendamento. Descredito aliado ao prejulgamento do acompanhamento psicológico tanto pelo histórico de prejulgamento específico da saúde mental mas também ligado à um prejulgamento referente a qualificação dos profissionais e qualificação dos serviços ofertados pelo SUS observados pela manifestação dos pacientes na chegada ou durante os acompanhamentos. Assim como também observado pela diferença de comprometimento com comparecimento nos agendamentos e interesse em justificar e/ ou reajustar agendamento quando tem mecanismos disponíveis. **Conclusão:** Neste fragmento foi possível observar algumas adversidades do atendimento psicológico no SUS referente a adesão e engajamento que podem ser de comunicação, transporte e descredito por prejulgamento. É relevante pensar em estratégias de comunicação, atendimentos por videochamada, reforçar a propagação de informações sobre os serviços em psicologia e sobre a qualificação do trabalho e serviços prestados no SUS.

Palavras-chave: **ADVERSIDADES; ATENDIMENTO PSICOLÓGICO; SUS**

DOI: 10.51161/iv-conasus/89664

CUIDADO INTEGRAL À PESSOA COM DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA: UMA ABORDAGEM SOB A PERSPECTIVA DA CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE, INCAPACIDADE E SAÚDE CIF

LAILA MENDES DA SILVA; JENEFFER MARIA FERREIRA DE LIMA; LAIS GOMES ARAGÃO; BEATRIZ FERNANDES ROCHA; GENISLAYNE BARBOSA PEREIRA

Introdução: A Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) é uma condição prevenível e tratável, caracterizada por limitação persistente do fluxo aéreo e associada principalmente ao tabagismo. De caráter progressivo, compromete a função respiratória, a capacidade funcional e a qualidade de vida. No Sistema Único de Saúde (SUS), as Redes de Atenção à Saúde articulam promoção, prevenção, reabilitação e inclusão social. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) constitui uma ferramenta essencial na atenção à saúde, ao integrar funções e estruturas corporais, atividades, participação e fatores contextuais. **Objetivo:** Relatar a experiência de estudantes de Fisioterapia na análise de um caso didático de DPOC à luz da CIF e da atenção integral no SUS. **Relato de experiência:** A vivência ocorreu no componente Seminários Integrativos do curso de Fisioterapia da Universidade Estadual da Paraíba, mediante análise coletiva e discussão orientada do caso didático de um homem de 58 anos, cantor profissional, com diagnóstico de DPOC. A queixa principal era dispneia com incapacidade de sustentar frases ao cantar. Na avaliação fisioterapêutica observaram-se padrão ventilatório obstrutivo, redução da força muscular respiratória, intolerância ao esforço, tosse produtiva matinal e sono prejudicado. Sob a ótica da CIF, identificaram-se deficiências nas funções respiratórias e musculares, limitações em atividades de vida diária e restrições na participação laboral e no lazer. Apoio familiar, de colegas profissionais e acompanhamento multiprofissional constituíram facilitadores; residência de dois andares e insegurança de renda foram identificadas como barreiras. O plano de atenção contemplou reabilitação pulmonar, treino muscular respiratório, conservação de energia, educação em autocuidado e estratégias para manutenção da atividade profissional. A discussão evidenciou que o plano de cuidado deve contemplar além das complicações clínicas, o projeto de vida e contexto social. **Conclusão:** A experiência mostrou que a CIF amplia o raciocínio clínico, evidenciando os impactos da condição de saúde na vida do indivíduo. O cuidado orientado pela funcionalidade, articulado às Redes de Atenção à Saúde, mostrou-se essencial para preservar a autonomia, a manutenção da atividade profissional e qualidade de vida.

Palavras-chave: **SUS; REABILITAÇÃO PULMONAR; FISIOTERAPIA**

DOI: 10.51161/iv-conasus/89665

O VÍNCULO COMO FERRAMENTA DE CUIDADO: VIVÊNCIAS DE ESTÁGIO EM UM SERVIÇO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E DROGAS

MANUELA AMARAL DE ARAÚJO; TAISE MOITINHO SILVA SANTOS

RESUMO

Este relato de experiência descreve as atividades desenvolvidas durante o estágio específico em psicologia realizado no primeiro semestre de 2026 em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas III (CAPS AD III), localizado em Vitória da Conquista - BA. O trabalho teve como objetivo geral promover o restabelecimento de diálogos, da comunicação e dos vínculos entre usuários, seus familiares e a equipe multiprofissional, visando a integralidade do cuidado e o fortalecimento da autonomia no contexto da atenção psicossocial. Metodologicamente, a vivência estruturou-se inicialmente por meio de um período de observação participante e rodízio institucional, seguido pela realização de atendimentos psicológicos individuais e pela facilitação de um grupo de apoio voltado a familiares e usuários, fundamentado na escuta qualificada e na troca de saberes. Tal experiência interativa permitiu a emergência da complexidade multifatorial que atravessa o sofrimento psíquico relacionado ao uso de substâncias psicoativas, revelando não apenas os desafios cotidianos enfrentados pelos familiares, mas também a sobreposição de vulnerabilidades socioeconômicas, históricas e contextos de violência que antecedem a dependência. Observou-se que a intervenção grupal e individual, pautada na redução de danos através do fortalecimento de vínculos, atuou como um importante disparador de reflexões e suporte emocional. Conclui-se que a experiência de estágio contribuiu de maneira significativa para a formação profissional ao aproximar a teoria da prática cotidiana na Rede de Atenção Psicossocial, reafirmando a relevância de dispositivos territoriais que apostam na liberdade, no acolhimento das singularidades e na tessitura de redes de apoio afetivo e social como pilares essenciais para a reabilitação psicossocial.

Palavras-chave: Uso problemático de substâncias psicoativas; Multifatorialidade; Formação profissional.

1 INTRODUÇÃO

Os estágios básicos e específicos constituem componentes essenciais à formação em Psicologia, possibilitando o desenvolvimento de competências profissionais por meio da inserção prática em diferentes campos de atuação. Nesse contexto, o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas III (CAPS AD III) apresentou-se como campo de formação e atuação psicológica junto a usuários e familiares. Assim, realizou-se o estágio específico, na ênfase social, ofertado pela Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), no CAPS AD III de Vitória da Conquista, BA.

DOI: 10.51161/iv-conasus/89666

É importante destacar que o CAPS AD III constitui um serviço estratégico da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), destinado ao atendimento de pessoas com necessidades decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas. Sua atuação fundamenta-se nos princípios da Reforma Psiquiátrica brasileira, priorizando o cuidado em liberdade, a atenção psicossocial, a integralidade do cuidado e a reinserção social dos usuários por meio de práticas interdisciplinares e territorializadas (CREPOP, 2022).

Assim, diversas demandas foram levantadas junto à coordenação do CAPS, o que permitiu aos estudantes de psicologia estruturarem com seus supervisores diversas estratégias de intervenção. Uma dessas demandas corresponde ao aspecto relacional entre usuários e familiares que ocorrem nesses contextos de uso problemático de substâncias (CREPOP, 2022). Assim, foram desenvolvidas atividades em grupo tiveram como tema: **Apoio e Fortalecimento de Vínculos entre Familiares e Pessoas com Problemas Decorrentes do Uso de Álcool e Outras Drogas**.

Tais atividades ocorreram ao longo de quatro encontros semanais, no período de 19/03/2026 a 16/07/2026. As experiências vivenciadas envolveram, inicialmente, um período de observação em diferentes espaços de cuidado do serviço, organizado em formato de rodízio, o que possibilitou a compreensão do funcionamento institucional e das diversas modalidades de atenção ofertadas. Esse conhecimento de diversos saberes dentro da instituição em cada setor tinha o objetivo também de favorecer o trabalho em equipe através da interdisciplinaridade e horizontalidade (CREPOP, 2022).

A atenção psicossocial propõe um modelo de cuidado que considera a pessoa em sua singularidade e em relação com os contextos familiar e social nos quais está inserida. Nesse cenário, o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas III (CAPS AD III) constitui um serviço da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) voltado ao cuidado de pessoas que apresentam problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas, considerando diferentes estratégias de acompanhamento e redução de danos. Essa perspectiva busca enfrentar, de forma pragmática e sem julgamentos morais, questões de saúde, sociais e econômicas relacionadas ao uso de substâncias psicoativas (CREPOP, 2019 apud Andrade, 2000).

A atuação da Psicologia nesse contexto envolve diferentes modalidades de cuidado, entre elas atividades grupais, atendimentos individuais e ações junto aos familiares, tendo como elementos importantes a escuta qualificada, o acolhimento das singularidades e a construção compartilhada de possibilidades de cuidado (CREPOP, 2022).

Dessa forma, as experiências relatadas possibilitaram uma aproximação concreta com os princípios que orientam a atenção psicossocial e favoreceram reflexões acerca do papel do psicólogo na promoção da saúde mental e no cuidado às pessoas em sofrimento relacionado ao uso de substâncias psicoativas e seus familiares.

Portanto, o presente relato de experiência teve como objetivo descrever e refletir sobre as atividades desenvolvidas e o de promover o restabelecimento de vínculos entre usuários, seus familiares e a equipe multiprofissional, visando a integralidade do cuidado e o fortalecimento da autonomia no contexto da atenção psicossocial, compreendendo o desafio de realizar uma escuta qualificada que possibilite a expressão da subjetividade e legitime a experiência de existência-sofrimento do usuário e de sua família (CREPOP, 2022).

2 RELATO DE CASO/EXPERIÊNCIA

As intervenções foram realizadas nas dependências do Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e outras drogas (CAPS AD III), em Vitória da Conquista - Ba. O ambiente dispõe de espaços destinados ao acolhimento e à convivência, sendo as atividades de grupo conduzidas em uma sala para garantir a privacidade dos usuários e familiares.

As atividades em grupo foram organizadas em um ciclo de quatro encontros semanais.

DOI: 10.51161/iv-conasus/89666

A metodologia utilizada baseou-se na técnica de grupo operativo e na escuta sensível, conforme descrição abaixo.

O primeiro encontro foi dedicado ao acolhimento e ao estabelecimento de vínculo inicial, utilizando uma dinâmica de apresentação que permitiu o mapeamento das expectativas dos participantes. No segundo encontro, o foco deslocou-se para uma roda de conversa sobre Comunicação, escuta e convivência: construindo caminhos possíveis nas relações familiares, visando promover um espaço seguro de fala, escuta e acolhimento entre usuários e familiares, fortalecendo vínculos grupais e o sentimento de pertencimento, possibilitando reflexões sobre dificuldades nas relações familiares, formas de comunicação e maneiras mais cuidadosas de lidar com conflitos, sofrimento e convivência no contexto do uso de álcool e outras drogas. Busca-se também estimular a escuta sem julgamentos, favorecer a troca de experiências e reconhecer estratégias de enfrentamento já existentes no grupo, valorizando o diálogo, o cuidado e a construção coletiva de possibilidades.

No terceiro e no quarto encontro foram trabalhados com o tema sobre "Aceitação de emoções difíceis", visando auxiliar na compreensão do verdadeiro equilíbrio emocional, que muitos estudiosos hoje consideram o cerne da saúde mental, que está longe de ser um estado de controle rígido. Ele se traduz na nossa habilidade de acolher as emoções sem tentar expulsá-las, reconhecer que é legítimo sentir o que estamos sentindo e, acima de tudo, permitir que o sentimento flua de forma genuína em nosso corpo até que ele perca a força e passe espontaneamente. (Brasil, 2020)

Os materiais utilizados na realização das atividades consistiram em cartazes impressos e digitais de divulgação dos encontros, organização do espaço com cadeiras dispostas em círculo para a roda de conversa, juntamente com elementos de ambientação do espaço, como aromatizador, papel e caneta para registros das observações pelas estagiárias e, quando necessário, uso de notebook para exibição de vídeos.

Os registros foram realizados por meio de observação participante e anotações de campo, contemplando aspectos relacionados às interações grupais, aos temas emergentes e às intervenções realizadas pelas profissionais e estagiárias.

A proposta metodológica dialogou com referenciais da atenção psicossocial, da redução de danos e das práticas grupais, inspirando-se nas contribuições de Pichon-Rivière sobre os grupos operativos, nos princípios da Comunicação Não Violenta propostos por Marshall Rosenberg, na Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) e na perspectiva dialógica de Paulo Freire, valorizando a participação ativa dos sujeitos e a construção coletiva do conhecimento. Nesse sentido, também foram utilizados materiais de apoio técnico-informativo, como o manual "Como ajudar uma pessoa dependente de drogas" (Brasil, 2020), abreviado aqui como CAUPDD, e o manual "Aconselhamento em Dependência Química" (Figlie; Bordin; Laranjeira, 2004), que subsidiaram a compreensão de aspectos relacionados ao cuidado, à escuta qualificada e ao acolhimento de familiares e usuários.

3 DISCUSSÃO

Durante as primeiras três semanas, entre os meses de março e abril, com uma visita semanal, realizou-se um período de observação das atividades desenvolvidas pelo CAPS AD III, possibilitando maior aproximação com a dinâmica do serviço e com as diferentes modalidades de cuidado ofertadas. Nesse período, as estagiárias acompanharam as atividades da recepção, do acolhimento inicial, das mini equipes, dos grupos terapêuticos, das oficinas e do acolhimento intensivo, o que favoreceu a compreensão do funcionamento da unidade, do fluxo de atendimento e da articulação entre os diferentes profissionais envolvidos no cuidado.

O período de observação possibilitou conhecer a diversidade das demandas atendidas pelo serviço, evidenciando que o cuidado ofertado às pessoas com problemas decorrentes do

uso de álcool e outras drogas envolve aspectos que extrapolam a dependência química, abrangendo situações relacionadas à vulnerabilidade social, rompimento de vínculos familiares, desemprego, insegurança alimentar, violência, sofrimento psíquico e dificuldades de acesso a direitos básicos.

Importa destacar que, no CAPS AD III, o atendimento é organizado a partir da divisão territorial por bairros, estruturando o trabalho em equipes de referência identificadas pelas cores amarela, verde, laranja e preta, sendo esta última responsável pelo acompanhamento de pessoas em situação de rua. Nesse contexto, as estagiárias foram inseridas em mini equipes distintas, uma na equipe amarela e outra na equipe preta, experiência que possibilitou conhecer diferentes formas de organização do cuidado e as especificidades das demandas acompanhadas por cada equipe.

A vivência junto à mini equipe preta proporcionou uma aproximação inicial com a realidade das pessoas em situação de rua atendidas pelo serviço. Ao longo do estágio, especialmente durante os encontros grupais e as observações dos atendimentos, foi possível conhecer com maior profundidade as trajetórias de vida desses participantes. Os relatos evidenciaram histórias marcadas pelo rompimento de vínculos familiares, ausência de moradia, desemprego, dificuldades de acesso a direitos básicos e exposição constante à violência. Em diversos casos, a permanência em situação de rua não decorria apenas do uso de substâncias psicoativas, mas da impossibilidade de retorno ao convívio familiar.

Alguns participantes relataram terem sido proibidos pelos próprios familiares de voltar para casa em razão de conflitos anteriores, enquanto outros afirmaram não poder retornar às cidades de origem devido ao risco de vida decorrente de implicações econômicas com a compra de substâncias. Em alguns casos, permanecer distante da família representava uma forma de protegê-la, evitando que filhos e outros familiares também fossem expostos à violência. Essas narrativas evidenciaram a complexidade das trajetórias de vida dos usuários acompanhados pelo CAPS AD III e demonstraram que a situação de rua, muitas vezes, resulta da sobreposição de fatores sociais, familiares e contextos de violência.

Após esse período de observação e considerando as demandas identificadas pela equipe do serviço, foi proposta a realização de um grupo com a temática **Apoio e Fortalecimento de Vínculos entre Familiares e Pessoas com Problemas Decorrentes do Uso de Álcool e Outras Drogas**. Os encontros ocorreram entre os dias 07 de maio e 11 de junho, totalizando quatro encontros semanais, constituindo um espaço de escuta, acolhimento e compartilhamento de experiências entre usuários e familiares.

Logo nos primeiros encontros, tornou-se evidente que as discussões ultrapassavam a questão do uso de substâncias psicoativas e se concentravam, principalmente, nas histórias de vida dos participantes. Foram frequentes os relatos de violência física e psicológica na infância, negligência, abuso sexual, abandono, preconceito, perdas significativas, conflitos familiares e dificuldades para lidar com situações de sofrimento. Sentimentos como raiva, tristeza, vergonha, medo, frustração, culpa, impotência e vulnerabilidade apareceram de forma recorrente nas narrativas.

Um aspecto que chamou atenção foi a permanência de sofrimentos relacionados a experiências vividas na infância. Um dos participantes demonstrou intensa emoção ao recordar uma situação que interferiu na realização de um projeto pessoal, relatando que, mesmo após décadas, ainda carregava sentimentos de raiva e fracasso associados à experiência.

Também foram recorrentes relatos que evidenciaram dificuldades no manejo de situações de frustração e sofrimento emocional sem recorrer ao uso de substâncias. Um dos participantes, após permanecer anos sem consumir álcool, relatou ter retomado o consumo diante de uma situação de intenso estresse e vulnerabilidade. O relato evidenciou como circunstâncias emocionalmente desafiadoras podem fragilizar estratégias anteriormente

construídas para lidar com o uso de substâncias.

Entre os familiares, destacaram-se relatos marcados por sentimentos de medo, responsabilidade, culpa e impotência diante do uso problemático de substâncias por seus entes. Os relatos evidenciaram tentativas de controlar ou evitar o consumo, bem como dificuldades em estabelecer limites e se afastar de situações potencialmente prejudiciais, mesmo diante da percepção de riscos. Observou-se, ainda, a presença de sentimentos de preocupação e responsabilidade pelo cuidado do familiar, que, em alguns casos, pareciam dificultar a adoção de estratégias de proteção e autocuidado.

As histórias de vida também evidenciaram situações de significativa vulnerabilidade social, marcadas por rupturas familiares, experiências de violência, institucionalização e situações de ameaça e afastamento do convívio familiar. Os relatos demonstraram que, em alguns casos, o distanciamento da família era compreendido pelos próprios participantes como uma forma de proteção diante das circunstâncias vivenciadas. Essas experiências ampliaram a compreensão das estagiárias acerca da complexidade das demandas atendidas pelo CAPS AD III, evidenciando que o sofrimento dos usuários é atravessado por múltiplos fatores sociais, familiares e históricos.

Outro aspecto recorrente nos encontros foi a maneira como os participantes se relacionavam com suas emoções. Em diferentes momentos, especialmente entre os homens, surgiram falas que associavam o choro à fraqueza, revelando dificuldades em expressar sofrimento e vulnerabilidade. Alguns participantes afirmavam que haviam aprendido desde a infância que "homem não chora" e que demonstrar tristeza era sinal de fraqueza. Também foram frequentes relatos de comunicação marcada por acusações, críticas, cobranças e tentativas de controlar o comportamento do outro, tanto por parte dos usuários quanto dos familiares, o que frequentemente contribuía para intensificar os conflitos vivenciados nas relações familiares.

Apesar das histórias marcadas pelo sofrimento, os encontros também favoreceram movimentos de acolhimento, identificação e fortalecimento entre os participantes. À medida que compartilhavam suas experiências, usuários e familiares passaram a reconhecer que muitas das dificuldades vivenciadas eram semelhantes às enfrentadas pelos demais integrantes do grupo. Observou-se que o espaço grupal possibilitou momentos de escuta, validação das experiências, apoio mútuo e compartilhamento de estratégias de enfrentamento, fortalecendo o sentimento de pertencimento e demonstrando a potência do grupo como espaço de cuidado.

As experiências observadas ao longo dos encontros dialogam com o que o manual CAUPDD descreve ao afirmar que pessoas com problemas relacionados ao abuso ou dependência de drogas frequentemente apresentam dificuldades para compreender e regular suas experiências emocionais. Segundo o documento, "é possível dizer que pessoas com problemas relacionados ao abuso ou dependência de drogas são pessoas com algum grau de desregulação das emoções e por isso não conseguem entender exatamente o que sentem e o que precisam fazer para aliviar o sofrimento de forma saudável" (Brasil, 2020, p. 33).

Os relatos dos participantes evidenciaram essa dificuldade, especialmente quando situações de frustração, perdas ou conflitos eram seguidas da busca pela substância como forma de aliviar o sofrimento. Dessa forma, dialogam também com a proposta de clínica ampliada em que a abordagem do aspecto emocional permite trazer outros temas para além do uso de substâncias e possibilita que o usuário participe de decisões sobre o próprio cuidado, em vez de se esquivar dos desafios emocionais, culturais, sociais e econômicos, estruturando um cuidado co-construído (CREPOP, 2019).

Esse aspecto emocional é um permite trazer temas outros que não só a doença e convida-o a participar de decisões sobre o próprio cuidado sem evitar os desafios emocionais, sociais culturais e econômicos, na lógica de uma co-construção do cuidado.

Da mesma forma, as narrativas sobre histórias familiares marcadas por violência,

negligência, abandono e relações conflituosas reforçam a compreensão proposta por Pichon-Rivière (2005, p. 66), ao considerar que o sofrimento psíquico não pode ser compreendido apenas como expressão individual, mas como fenômeno produzido e sustentado nas relações familiares. Nessa perspectiva, o sujeito aparece como porta-voz de conflitos que atravessam todo o grupo familiar, aspecto observado em diferentes histórias compartilhadas pelos participantes.

As dificuldades de comunicação também apareceram de forma recorrente nos encontros, tanto entre usuários quanto entre familiares. Muitos relatos evidenciaram tentativas de controle, acusações, conflitos e dificuldade para expressar necessidades de maneira cuidadosa. Nesse sentido, o manual CAUPDD destaca que "a comunicação humana é a forma que possuímos para construir relacionamentos. As palavras que escolhemos usar com nossos familiares estão diretamente ligadas à maneira como eles reagirão" (Brasil, 2020, p. 8). Essa compreensão fundamentou as discussões realizadas nos encontros acerca da importância de formas de comunicação mais empáticas e acolhedoras.

A raiva esteve presente em praticamente todos os encontros, manifestando-se tanto em relação às experiências vividas quanto aos conflitos familiares atuais. Assim, a Comunicação Não Violenta foi introduzida como uma ferramenta para interpretar a raiva. Conforme Rosenberg (2006, p. 133), 'no âmago de toda raiva está uma necessidade que não está sendo atendida', perspectiva que permitiu aos participantes a possibilidade de identificar e expressar suas demandas de maneira mais consciente.

Hayes e Smith (2005), a partir da Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT), uma abordagem comportamental, sustentam que o uso abusivo de álcool e outras drogas frequentemente opera como uma estratégia de evitação de emoções e experiências internas dolorosas. De acordo com essa abordagem, o sofrimento humano é exacerbado não apenas pela dor em si, mas pela luta constante contra "emoções e pensamentos difíceis, memórias desagradáveis e impulsos e sensações indesejados" (Hayes; Smith, 2005, p. 1).

Ainda nessa perspectiva, os autores destacam que a evitação crônica das experiências internas pode reduzir a capacidade de reconhecer aquilo que se sente, dificultando escolhas mais conscientes e favorecendo respostas pouco adaptativas diante do sofrimento (Hayes; Smith, 2005, p. 122). Sob essa perspectiva, as discussões desenvolvidas nos encontros buscaram favorecer uma relação mais aberta e acolhedora com a experiência emocional, compreendendo que aceitar emoções desagradáveis não significa resignar-se ao sofrimento, mas ampliar a possibilidade de escolhas mais coerentes com aquilo que cada participante valoriza para sua vida.

4 CONCLUSÃO

A experiência desenvolvida no CAPS AD III possibilitou compreender a complexidade do cuidado em saúde mental voltado às pessoas com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas. As vivências nos diferentes dispositivos do serviço, especialmente na condução dos grupos e na realização dos atendimentos psicológicos individuais, evidenciaram que o sofrimento relacionado ao uso de substâncias psicoativas está intimamente ligado às histórias de vida, às relações familiares e às diferentes situações de vulnerabilidade social vivenciadas pelos usuários.

Os encontros grupais demonstraram a potência do grupo como espaço de escuta, acolhimento, fortalecimento de vínculos e compartilhamento de experiências entre usuários e familiares. Ao longo das atividades, foi possível observar que a identificação com as vivências dos demais participantes favoreceu reflexões, apoio mútuo e a construção coletiva de estratégias de enfrentamento, reforçando a importância da família, da comunicação e da rede de apoio no processo de cuidado.

DOI: 10.51161/iv-conasus/89666

A realização dos atendimentos psicológicos individuais e das atividades grupais, aliada à convivência com a equipe multiprofissional, contribuiu para compreender as especificidades da atuação do psicólogo no contexto da atenção psicossocial. A experiência reforçou a importância da escuta qualificada, do acolhimento das singularidades, da redução de danos, do trabalho interdisciplinar e da construção compartilhada de estratégias de cuidado. Além disso, proporcionou um importante espaço de aprendizagem e reflexão sobre o compromisso ético do psicólogo diante da complexidade das histórias de vida, do sofrimento humano e das múltiplas vulnerabilidades presentes no contexto do CAPS AD III.

Entre as limitações observadas, destaca-se a brevidade do número de encontros. Embora tenham gerado resultados significativos, o processo demandaria acompanhamento contínuo para a consolidação de efeitos mais duradouros. Somam-se a isso o prazo curto para a divulgação da proposta — o que restringiu o alcance de usuários do serviço e seus familiares — e a natureza pontual da intervenção de apenas quatro encontros, que, por não ser permanente, pode comprometer a continuidade do trabalho voltado ao fortalecimento de vínculos, à regulação emocional e ao engajamento mais ativo dos usuários e familiares.

Considerando que tais fatores impactam diretamente a eficácia do processo, entende-se que, em projetos futuros, será fundamental priorizar uma estruturação que contemple essas variáveis. Mesmo com as limitações apontadas, a presente intervenção mostrou-se consistente ao evidenciar a relevância dessas ações no contexto psicossocial. Espera-se que este relato de experiência contribua para que futuros projetos que atuam na rede de assistência possam adaptar suas práticas a essas condições, a fim de favorecer a construção de estratégias que possam ser integradas ao cotidiano dos usuários e de seus familiares.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Cidadania. Secretaria Nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas. **Como ajudar uma pessoa dependente de drogas.** Florianópolis: SEAD/UFSC, 2020. 52 p.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (Brasil). **Referências técnicas para atuação de psicólogas(os) em políticas públicas de álcool e outras drogas.** Ed. rev. Brasília: CFP, 2019. 106 p. ISBN 978-85-89208-97-0.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (Brasil). **Referências técnicas para atuação de psicólogas(os) no CAPS: Centro de Atenção Psicossocial.** Ed. rev. Brasília: CFP, 2022. 146 p. ISBN 978-65-89369-15-8.

FIGLIE, Neliana Buzi; BORDIN, Selma; LARANJEIRA, Ronaldo. **Aconselhamento em dependência química.** Rio de Janeiro: Roca, 2004.

HAYES, Steven C.; SMITH, Spencer Xavier. **Saia da sua mente e entre na sua vida: a nova terapia de aceitação e compromisso**, 2005. ISBN 1-57224-425-9.

PICHON-RIVIÈRE, Enrique. **O processo grupal.** Tradução de Marco Aurélio Fernandes Velloso e Maria Stela Gonçalves. Revisão da tradução de Maria Stela Gonçalves. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

ROSENBERG, Marshall B. **Comunicação não-violenta: técnicas para aprimorar relacionamentos pessoais e profissionais.** Tradução de Mário Vilela. São Paulo: Ágora, 2006. Título original: Nonviolent communication: a language of life.

ENTRE A PRÁTICA MÉDICA E A HUMANIZAÇÃO: EXPERIÊNCIA NO ACOMPANHAMENTO DE PESSOAS VIVENDO COM HIV

ANDRÉA TERRA CALIL MACEDO; ; GABRIELA SIQUEIRA DIBE AVILA

Introdução: O acompanhamento de pessoas vivendo com HIV ultrapassa o controle clínico da infecção, envolvendo aspectos emocionais, sociais e relacionais que podem interferir na continuidade do tratamento e na qualidade de vida. Apesar dos avanços terapêuticos, o estigma, o preconceito, as dificuldades socioeconômicas e os receios relacionados à exposição da condição sorológica permanecem como desafios para o cuidado em saúde. Nesse contexto, a relação entre profissional e paciente tem um papel fundamental para uma assistência integral e humanizada. **Objetivo**: Refletir sobre a prática médica no acompanhamento de pessoas vivendo com HIV, considerando os desafios relacionados à adesão ao tratamento, à relação médico-paciente, ao estigma social e à importância de estratégias de cuidado humanizado. **Relato de experiência**: Trata-se de um relato de experiência de caráter descritivo e reflexivo, construído a partir da vivência profissional no acompanhamento clínico longitudinal de pessoas vivendo com HIV. As experiências foram sistematizadas considerando aspectos relacionados à rotina das consultas, à comunicação com os pacientes, à adesão terapêutica e às barreiras sociais e emocionais identificadas no cotidiano da assistência. Observou-se que as demandas apresentadas ultrapassam a avaliação de parâmetros clínicos, envolvendo ansiedade, medo do futuro, dificuldades de aceitação do diagnóstico e receio de discriminação. A adesão irregular ao tratamento também se mostrou relacionada a fatores emocionais, sociais e econômicos, além de dificuldades de acesso aos serviços. A experiência evidenciou ainda a importância da comunicação clara, do sigilo, da escuta ativa e da articulação multiprofissional para a construção de vínculos de confiança e para a continuidade do cuidado. **Conclusão**: A experiência demonstra que o cuidado às pessoas vivendo com HIV requer a integração entre conhecimento técnico-científico e sensibilidade humana. Acolhimento, empatia, respeito à privacidade, escuta sem julgamentos e enfrentamento do estigma são fundamentais para fortalecer o vínculo terapêutico e favorecer a continuidade do tratamento, contribuindo para uma assistência digna, integral e centrada na pessoa.

Palavras-chave: **ENTRE A PRÁTICA MÉDICA E A HUMANIZAÇÃO: EXPERIÊNCIA NO ACOMPANHAMENTO DE PESSOAS VIVENDO COM HIV; HUMANIZAÇÃO; HIV**

DOI: 10.51161/iv-conasus/89670

DESAFIOS DA GESTÃO PÚBLICA: A OTIMIZAÇÃO DE RECURSOS E A ASSISTÊNCIA ONCOLÓGICA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

MARISA DA CONCEIÇÃO; THIAGO RAMOS BALBINO; VIVIANE SANTOS DA SILVA; CRISTIANE DA SILVA ALBURQUERQUE; MICHELLE CRISTINA BARBOSA CHAVES MOISES; VANDERLEI VIEIRA DOS SANTOS; DANIELLE FERREIRA GUIMARÃES DO SANTOS

Introdução: O envelhecimento populacional, associado ao aumento da incidência de neoplasias malignas, tem ampliado significativamente a demanda por cuidados paliativos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Nesse contexto, a organização de unidades especializadas em cuidados paliativos oncológicos surge como estratégia capaz de qualificar a assistência prestada aos pacientes em fase avançada da doença, ao mesmo tempo em que pode contribuir para uma utilização mais racional dos recursos hospitalares disponíveis. **Objetivo:** Analisar a relevância da implementação de unidades especializadas em cuidados paliativos oncológicos para a qualificação da assistência prestada aos pacientes oncológicos, bem como sua contribuição para a gestão eficiente dos custos no âmbito do SUS. **Metodologia:** Trata-se de um estudo de revisão bibliográfica e documental, desenvolvido a partir da consulta a publicações científicas indexadas em bases de dados da área da saúde, documentos oficiais, legislação brasileira vigente e materiais institucionais relacionados aos cuidados paliativos, à oncologia e à gestão de custos em saúde. **Resultados:** A análise dos materiais consultados indica que unidades especializadas em cuidados paliativos oncológicos favorecem o controle mais eficaz dos sintomas, a promoção da qualidade de vida e o respeito à autonomia do paciente diante do processo de adoecimento. Além disso, observa-se que tais unidades podem reduzir internações prolongadas e desnecessárias, a realização de procedimentos invasivos sem benefício terapêutico comprovado e o uso inadequado de recursos hospitalares, resultando em maior racionalização dos gastos em saúde. **Conclusão:** Conclui-se que a implementação de unidades de cuidados paliativos oncológicos representa uma estratégia capaz de qualificar a assistência prestada aos pacientes e, simultaneamente, favorecer a eficiência dos gastos no SUS. Contudo, sua efetivação depende da formulação de políticas públicas específicas, da capacitação de equipes multiprofissionais e da efetiva integração com a rede de atenção à saúde.

Palavras-chave: **CUIDADOS PALIATIVO; ONCOLOGIA; SERVIÇO PÚBLICO DE SAÚDE**

DOI: 10.51161/iv-conasus/89674

O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E A REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA

MILLENA PORTELA MEDEIROS

Introdução: O Sistema Único de Saúde corresponde a um sistema de proteção social de seguridade social. Modelo de proteção social em que a saúde é considerada como um direito constitucional, o SUS é um projeto que se sustenta pelos princípios da universalidade, da integralidade e da equidade. Esse entendimento de saúde como um direito de cidadania é, contudo, novo na história brasileira e tem como importante antecedente o movimento sanitário que ocorreu no país nas décadas anteriores à Constituição de 1988. A Reforma Sanitária se instaurou no país reivindicando uma definição positiva de saúde, como expressão ativa que indica diretamente o exercício de direitos de cidadania, ou seja, o movimento entende a saúde como efeito de um conjunto de fatores de existência de ordem coletiva. **Objetivo:** Este estudo tem como objetivo analisar a importância da Reforma Sanitária Brasileira para o estabelecimento do Sistema Único de Saúde. **Metodologia:** Para entender as influências da Reforma Sanitária Brasileira para a formulação do SUS, este estudo, de natureza qualitativa, utilizou-se do método de revisão bibliográfica, do tipo narrativa. **Resultados:** A Reforma Sanitária Brasileira tinha como característica própria a preocupação em implementar um sistema de proteção social à saúde enquanto, ao mesmo tempo, defendia uma nova concepção de saúde não mais centrada em paradigmas tradicionais em que a doença era vista como equivalente à falta da saúde. Essa perspectiva traz ao SUS a relevância dos determinantes sociais da doença e compreende a saúde como um conjunto de condições de existência, e não de ausência. **Conclusão:** O SUS teve como importante influência para sua consolidação o movimento sanitário. Foram os integrantes desse movimento os responsáveis pela elaboração prévia da política, das diretrizes e até mesmo daquilo que viria a ser conhecido como modelo de funcionamento do SUS. Assegurando as bases do projeto de um sistema nacional de saúde, a Reforma Sanitária lutou contra tendências privatistas de uma oposição liberal-conservadora, que ainda se empenha em enfraquecer o SUS, tensão que se expressa no constante debate entre estatização e privatização da gestão à saúde.

Palavras-chave: **CIDADANIA; SEGURIDADE SOCIAL; SISTEMA DE PROTEÇÃO SOCIAL**

DOI: 10.51161/iv-conasus/89676

TRANSIÇÃO EPIDEMIOLÓGICA, SAÚDE BUCAL E A IMPORTÂNCIA DOS PRIMEIROS MIL DIAS DE VIDA NOS TERRITÓRIOS INDÍGENAS DO BRASIL: UMA PROPOSTA DE ATENÇÃO INTEGRADA

AUTORES: JOÃO PEDRO COSTA PEDROSA; RAFAELA VITÓRIA PEREIRA SÁ; CECÍLIA CLÁUDIA COSTA RIBEIRO DE ALMEIDA; LILIANE SILVA DO NASCIMENTO; CAMILA LIMA DE ANDRADE; LURDETE MARIA ROCHA GAUCH; SIMONE SOARES PEDROSA

RESUMO

Introdução: Os povos indígenas no Brasil enfrentam profundas iniquidades em saúde, marcadas pela sobreposição de doenças infecciosas e pelo avanço das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT). Esse cenário relaciona-se à transição alimentar, com a substituição de alimentos tradicionais por produtos ultraprocessados ricos em açúcares, impactando negativamente a saúde geral e bucal e contribuindo para altas prevalências de cárie, doença periodontal e perda dentária. Objetivos: Evidenciar a situação atual de saúde bucal nos territórios indígenas brasileiros sob a ótica da transição epidemiológica e da superposição de DCNTs, bem como demonstrar a importância da atenção integral em saúde bucal e geral nos primeiros mil dias de vida e vida adulta para a quebra de ciclos intergeracionais de adoecimento. Metodologia: Estudo descritivo-exploratório de base documental, fundamentado na análise das bases de dados epidemiológicas e de relatórios oficiais do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS), geridos pela Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) do Ministério da Saúde. Foram avaliados os dados relativos ao perfil de morbimortalidade de crianças e adultos indígenas, fatores de risco comuns e as diretrizes de assistência primária e telessaúde do SasiSUS. Resultados e Discussão: Os resultados indicam que os agravos bucais compartilham fatores de risco e mecanismos inflamatórios com DCNT, como diabetes tipo 2 e doenças cardiovasculares, manifestando-se precocemente no ciclo de vida. A transição nutricional contribui para ciclos intergeracionais de desnutrição e para o aumento do excesso de peso, especialmente na infância. Nesse contexto, os primeiros mil dias de vida constituem uma janela estratégica para intervenções integradas, incluindo aleitamento materno, alimentação adequada, redução de açúcares, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento e pré-natal odontológico intercultural. Considerações Finais: A reversão das iniquidades em saúde indígena requer atuação protagonista e intercultural do cirurgião-dentista, integrada às equipes multidisciplinares do SasiSUS. Destacam-se a qualificação contínua das equipes, o fortalecimento do monitoramento alimentar, a articulação com a rede especializada do SUS e políticas intersetoriais de segurança alimentar, saneamento e proteção territorial, visando à saúde e ao bem-viver das futuras gerações indígenas.

Palavras-chave: Saúde Indígena; Saúde Bucal; Doenças Não Transmissíveis.

1 INTRODUÇÃO

DOI: 10.51161/iv-conasus/89679

Os povos indígenas no Brasil enfrentam profundas iniquidades em saúde, decorrentes de marginalização histórica e transformações socioeconômicas aceleradas (Santos, 2022; Brasil, 2022). Atualmente, observa-se uma superposição epidemiológica: ao mesmo tempo em que persistem altas taxas de doenças infecciosas e parasitárias, ocorre a rápida expansão das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), como obesidade, diabetes e hipertensão (Santos, 2022; Brasil, 2022; Alves-Costa, et al. 2022). Esse cenário está intimamente associado à transição alimentar, caracterizada pela substituição da alimentação tradicional de subsistência por produtos ultraprocessados de baixo valor nutricional e ricos em açúcares de adição (Santos, 2022; Brasil, 2015). Essa transição nutricional se torna uma violência contra os povos indígenas, também quando se analisa o impacto na saúde bucal das comunidades, resultando em elevadas taxas de cárie dentária na infância, doença periodontal e perda dentária precoce (edentulismo) em adultos (Santos, 2022; Brasil, 2015).

Portanto, o objetivo do presente trabalho é evidenciar a situação atual de saúde bucal nos territórios indígenas brasileiros sob a ótica da transição epidemiológica e da superposição de DCNTs, bem como demonstrar a importância da atenção integral em saúde bucal e geral nos primeiros mil dias de vida e vida adulta para a quebra de ciclos intergeracionais de adoecimento.

2 MATERIAIS E MÉTODOS

Estudo descritivo-exploratório de base documental, fundamentado na análise das bases de dados epidemiológicas e de relatórios oficiais do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS), geridos pela Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) do Ministério da Saúde. Foram avaliados os dados relativos ao perfil de morbimortalidade de crianças e adultos indígenas, fatores de risco comuns e as diretrizes de assistência primária e telessaúde do SasiSUS.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados indicam que a cárie e a doença periodontal, também classificadas como DCNT (Brasil, 2022, Alves-Costa, et al. 2022; Ribeiro, et al. 2023), compartilham fatores de risco (dieta cariogênica e ultraprocessados) e vias inflamatórias sistêmicas com doenças graves de alta mortalidade na vida adulta, como o diabetes tipo 2 e as doenças cardiovasculares (Santos, 2022; Brasil 2022; Alves-Costa, et al. 2022; Ribeiro, et al. 2023). Temporalmente, os agravos bucais são os primeiros a se manifestar no ciclo de vida, funcionando como preditores precoces de morbidade sistêmica futura (Santos, 2022; Núcleo Ciência pela Infância, 2024). Nesse sentido, a lesão de cárie deixa de ser só um furo no dente e passa a ser sintoma de um “furo” na rede de cuidado.

Na primeira infância, a "Carga de Doenças Bucais Crônicas" correlaciona lesões de cárie e gengivite (Ribeiro, et al. 2023). Esse quadro é agravado pelo fato de a transição nutricional acelerar ciclos intergeracionais de desnutrição e desordens metabólicas: mãe indígenas com baixa estatura, decorrente de déficits nutricionais, têm maior probabilidade de gerar crianças com restrição de crescimento, cujos agravos acentuam-se após o sexto mês de vida devido a falhas na introdução de alimentos complementares e ao acesso precoce a açúcares de adição (Coimbra, Santos e Escobar, 2005; Brasil, 2015, 2019; Santos, 2022; Ribeiro, et al. 2023). Além disso, essa transição também tem provocado outro tipo de desbalanço nutricional, especialmente entre as crianças: o excesso de peso. Um estudo de análise temporal no semiárido brasileiro no período de 2008-2022 mostra que entre crianças indígenas, há uma tendência de estabilidade na prevalência da desnutrição, mas uma tendência crescente de excesso de peso, reforçando a perpetuação da má nutrição em todas as suas

formas (Oliveira et al., 2025).

Diante disso, os primeiros mil dias de vida, período que compreende a gestação até os dois anos da criança, configuram-se como uma "janela de oportunidades" ou "intervalo de ouro" para a prevenção primordial e programação metabólica favorável para melhor desenvolvimento possível (Santos, 2022; Alves-Costa, et al. 2022). Intervenções integrativas nessa fase, como o apoio ao aleitamento materno exclusivo até os seis meses e complementar até os dois anos ou mais, a restrição total de açúcares refinados, o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento (CeD) e o pré-natal odontológico intercultural, são essenciais para evitar a colonização por patógenos e a programação inflamatória sistêmica (Coimbra, Santos e Escobar, 2005; Brasil, 2019; Santos, 2022; Alves-Costa, et al. 2022; Ribeiro, et al. 2023).

4 CONCLUSÃO

A reversão desse quadro de vulnerabilidade exige que o cirurgião-dentista assuma papel de protagonismo na Estratégia Saúde da Família (ESF) do SasiSUS, atuando de maneira transdisciplinar e intercultural (Santos, 2022; Alves-Costa, et al. 2022; Ribeiro, et al. 2023). É urgente a qualificação contínua das equipes multidisciplinares, a estruturação do monitoramento alimentar pelo SISVAN-Indígena, a articulação com a rede do SUS para serviços especializados (IAE-PI e CEO) e a consolidação de políticas públicas intersetoriais voltadas à segurança alimentar, ao saneamento básico e ao acesso à terra, garantindo a sustentabilidade e o bem-viver das futuras gerações indígenas brasileiras (Coimbra, Santos e Escobar, 2005; Brasil, 2013, 2015, 2019; Santos, 2022; Alves-Costa, et al. 2022).

REFERÊNCIAS:

Alves-Costa, Silas. Os primeiros mil dias de vida: a odontologia na perspectiva DOHaD [recurso eletrônico] / autores, Silas Alves-Costa, Sângela Maria da Silva Pereira, Ana Estela Haddad, Cecilia Claudia Costa Ribeiro; organizadoras, Cecilia Claudia Costa Ribeiro, Ana Estela Haddad, Ana Emilia Figueiredo de Oliveira. — São Luís: EDUFMA, 2022. 72 p.: il.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde (Funasa). Educação profissional básica para agentes indígenas de saúde. Brasília: Funasa, 2005. 2 v.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI). Nota Técnica da Rede Cegonha. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-da-crianca/pnaisc. Acesso em: 30 ago. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde indígena: análise da situação de saúde no SasiSUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019. 83 p.

BRASIL. Conselho de Monitoramento e Avaliação de Políticas Públicas (CMAP). Relatório de avaliação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS) – Ciclo 2022. Brasília: CMAP, 2022. Disponível em: https://www.gov.br. Acesso em: [Inserir o Dia, Mês abreviado e Ano, ex: 30 ago. 2026].

DOI: 10.51161/iv-conasus/89679

COIMBRA JR., Carlos E. A.; SANTOS, Ricardo V.; ESCOBAR, Ana Lúcia (org.). Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; ABRASCO, 2005. 260 p.

RIBEIRO, Cecília (org.). Cárie, periodontite e outras doenças não transmissíveis: abordagem transdisciplinar para o cirurgião-dentista. São Luís: EDUFMA, 2023.

NÚCLEO CIÊNCIA PELA INFÂNCIA (NCPI). Desigualdades em saúde de crianças indígenas. Coordenação de Márcia Machado. São Paulo: NCPI, 2024. 12 p. (Working Paper, 12).

OLIVEIRA, Maisa Póvoa de et al. Spatio-temporal analysis of the double burden of malnutrition in children from the Brazilian semi-arid region. Revista de saude publica, v. 59, p. e40, 2025.

SANTOS, Ricardo. Health of Indigenous peoples in Brazil: Inequities and the uneven trajectory of public policies. [S.l.]: Oxford University Press, [S.d.].

DOI: 10.51161/iv-conasus/89679

DESAFIOS E PERSPECTIVAS DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA (PNSPD): ACESSO INTEGRAL À SAÚDE NO SUS

ELLEN BIANCA TAVARES DE SOUZA; NOÉLIA MARINHO GOMES DOS SANTOS; LÍVIA MARIA DA SILVA; ISIS ALMEIDA SILVA; MARIA LUIZA PREQUÉ DO NASCIMENTO RODRIGUES; GIOVANA VERAS SANTOS COSTA; JULIANA LÚCIA DE ALBUQUERQUE VASCONCELOS TORRES

Introdução: A Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência (PNSPD) e suas atualizações, como a PNAISPD (Portaria GM/MS nº 1.526/2023), visam garantir o cuidado integral no Sistema Único de Saúde (SUS) por meio de diretrizes centradas no modelo biopsicossocial, na equidade e no combate ao capacitismo. Contudo, a efetivação dessa garantia legal enfrenta expressivas barreiras práticas e estruturais na rede pública de saúde. **Objetivo:** Descrever a Atenção Integral à Pessoa com Deficiência no SUS, abordando Avanços, Desafios e Perspectivas da Política Nacional. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão de literatura narrativa realizada a partir de artigos científicos publicados no período de 2020 a 2025 nas bases de dados SciELO e BVS, associada à análise documental de normativas do SUS. Os Descritores em Ciência da Saúde utilizados foram "*Acessibilidade aos Serviços de Saúde*", "Atenção *Integral à Saúde*", "*Pessoas com Deficiência*", "*Sistema Único de Saúde*" e "*Política Nacional de Saúde*", combinados pelos operadores booleanos AND, OR e NOT. Foram selecionados 6 artigos para a composição do estudo. **Resultados**: Os estudos apontam avanços normativos na reorganização da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD) e na padronização dos Centros Especializados em Reabilitação. Em contrapartida, observam-se graves limitações assistenciais. Na atenção hospitalar ao parto, apenas 4,3% dos estabelecimentos possuem acessibilidade motora adequada, 3,3% auditiva e nenhum atende integralmente à visual, com maiores prejuízos no Norte e Nordeste. Os artigos identificaram barreiras físicas, como escassez de rampas e banheiros adaptados, além do déficit em tecnologias assistivas e recursos comunicacionais. As análises evidenciam morosidade no atendimento, descontinuidade do cuidado na rede e pouca escuta da população, aliadas a atitudes preconceituosas, falta de capacitação profissional e subfinanciamento do SUS, gerando fragmentação e dificultando a integralidade do cuidado à Pessoa com Deficiência (PcD). **Conclusão:** A política assegura avanços normativos relevantes, mas a atenção integral ainda não se consolida na prática do SUS. Superar as barreiras de acessibilidade, o subfinanciamento e a fragmentação exige investimentos em infraestrutura, capacitação profissional contínua e fortalecimento do controle social.

Palavras-chave: **ACESSIBILIDADE AOS SERVIÇOS DE SAÚDE; ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE; PESSOAS COM DEFICIÊNCIA**

DOI: 10.51161/iv-conasus/89682

NADA SOBRE NÓS SEM NÓS: A ESCUTA COMO PRINCÍPIO PARA A CONSTRUÇÃO DA ACESSIBILIDADE EM SAÚDE

MARÍLIS CARLA DOS SANTOS SOUSA; PEDRO MARIANO DA SILVA RODRIGUES; JANIELLY MENDONÇA SILVA; FÁBIA MARIA DE QUEIROZ SILVA; ARILÂNIA ÊMILY FERNANDES

RESUMO

A transformação digital em saúde amplia possibilidades de acesso aos serviços, mas, para a comunidade surda, a acessibilidade depende também da superação de barreiras comunicacionais, relacionais e organizacionais. Nesse contexto, o Grupo de Aprendizagem Tutorial 7 (GAT-7), vinculado ao PET-Saúde SUS Digital, iniciou a elaboração de uma proposta tecnológica voltada à acessibilidade comunicacional de pessoas surdas nos serviços da Atenção Primária à Saúde de Mossoró/RN. O objetivo deste relato é descrever a experiência dos discentes durante a aproximação com a comunidade surda e analisar como a escuta qualificada contribuiu para ampliar a compreensão sobre acessibilidade e reorientar a proposta tecnológica. Trata-se de um relato de experiência, de abordagem qualitativa e caráter descritivo-reflexivo, desenvolvido no Centro Estadual de Capacitação de Educadores e Atendimento ao Surdo (CAS) e na Associação dos Surdos de Mossoró (ASMOR), organizado em três momentos: aproximação teórica e formulação de hipóteses; imersão no campo e escuta qualificada; e sistematização das narrativas e ressignificação das concepções iniciais. Para criação da escrita foram direcionados Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): "Língua de Sinais" "Acesso Equitativo às Tecnologias em Saúde" e "Inclusão de Pessoas com Deficiência". Os resultados evidenciaram que as barreiras identificadas não se restringiam apenas à ausência de intérpretes e às dificuldades de comunicação, envolve também acolhimento, autonomia, acesso à informação, compreensão dos fluxos de atendimento e participação no cuidado. A proposta inicial de utilizar um avatar em Libras foi igualmente revisada, uma vez que os participantes apontaram limitações no uso exclusivo desse recurso e ressaltaram a importância da interação humana e da comunicação realizada por pessoas fluentes em língua em questão. A experiência também evidenciou a heterogeneidade das vivências da comunidade surda e a necessidade de considerar diferentes trajetórias e necessidades. Conclui-se que a escuta qualificada ultrapassa a coleta de informações, constituindo-se como prática de diálogo, aprendizagem e participação. Assim, a tecnologia deve ser construída a partir da realidade concreta dos usuários e em conjunto com eles, fortalecendo respostas mais inclusivas, participativas e coerentes com os princípios do SUS.

Palavras-chave: Língua de sinais; acesso equitativo às tecnologias em saúde; inclusão de pessoas com deficiência.

1 INTRODUÇÃO

A transformação digital assume papel estratégico na qualificação das práticas de saúde, ampliando o acesso aos serviços e favorecendo respostas às necessidades da população. No Sistema Único de Saúde (SUS), essa perspectiva é incorporada pelo Programa de Educação

DOI: 10.51161/iv-conasus/89685

pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde SUS Digital), que articula formação, serviços e comunidade na construção de soluções em saúde digital (Brasil, 2021; Brasil, 2024). Para a população surda, contudo, persistem barreiras comunicacionais, como a insuficiência de profissionais capacitados em Língua Brasileira de Sinais (Libras), a escassez de intérpretes e limitações no preparo dos serviços, que podem comprometer a autonomia, a qualidade da assistência e a participação no cuidado (Brasil, 2002; Chaveiro; Barbosa; Porto, 2008).

Nesse contexto, o Grupo de Aprendizagem Tutorial 7 (GAT-7) iniciou a elaboração de um aplicativo voltado à acessibilidade comunicacional, inicialmente concebido com um avatar em Libras para facilitar o acesso aos serviços da Atenção Primária à Saúde (APS) de Mossoró/RN. Entretanto, o desenvolvimento de tecnologias destinadas a grupos específicos requer a compreensão de suas realidades. Assim, a aproximação com o Centro Estadual de Capacitação de Educadores e Atendimento ao Surdo (CAS) e a Associação dos Surdos de Mossoró (ASMOR) possibilitou o contato com diferentes experiências relacionadas ao acesso à saúde e a reavaliação da proposta inicial.

Ademais, a vivência evidenciou que as barreiras comunicacionais, embora relevantes, integram uma problemática mais ampla, envolvendo acolhimento, autonomia, acesso à informação, compreensão dos fluxos de atendimento e participação no cuidado. Diante disso, a escuta qualificada contribuiu para ampliar a compreensão dos estudantes acerca da acessibilidade comunicacional e para reorientar, de forma participativa, a construção da proposta tecnológica. Nesse sentido, o presente relato objetiva descrever essa experiência e analisar a contribuição da escuta qualificada nesse processo.

2 RELATO DE CASO/EXPERIÊNCIA

Trata-se de um relato de experiência, de abordagem qualitativa e caráter descritivo-reflexivo, desenvolvido no âmbito das atividades do Grupo de Aprendizagem Tutorial 7 (GAT-7), vinculado ao Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde SUS Digital), no município de Mossoró/RN. A experiência teve como foco a aproximação dos estudantes com a comunidade surda e a construção participativa de uma proposta tecnológica voltada à ampliação da acessibilidade comunicacional nos serviços de saúde.

O percurso foi desenvolvido junto ao Centro Estadual de Capacitação de Educadores e Atendimento ao Surdo (CAS) e à Associação dos Surdos de Mossoró (ASMOR), envolvendo discentes do GAT-7, profissionais das instituições e membros da comunidade surda. A participação ocorreu de forma voluntária, mediante momentos de aproximação, diálogo e escuta qualificada, utilizando-se como recursos de produção das informações os relatos dos participantes e as observações realizadas pelos estudantes durante as atividades.

Assim, a experiência foi organizada em três momentos articulados. O primeiro compreendeu a aproximação teórica e o planejamento da proposta, com discussões sobre acessibilidade em saúde, barreiras comunicacionais enfrentadas pela população surda e possibilidades de utilização de recursos tecnológicos no Sistema Único de Saúde. A partir dessas discussões, elaborou-se uma proposta inicial de aplicativo que previa a utilização de um avatar em Língua Brasileira de Sinais (Libras).

Ademais, o segundo momento correspondeu à inserção no campo, mediante visita ao CAS e encontros junto à ASMOR. Nessa etapa, a proposta foi apresentada aos participantes, sendo promovidos momentos de diálogo e escuta qualificada para compreender suas experiências, percepções, necessidades e críticas relacionadas ao acesso aos serviços de saúde. Os participantes foram considerados sujeitos ativos no processo de construção e problematização da proposta.

Além disso, o terceiro momento consistiu na sistematização e reflexão sobre as experiências vivenciadas. Os relatos e registros das observações foram retomados

coletivamente pelo GAT-7, buscando identificar aspectos inicialmente não contemplados e elementos que demandavam revisão. A análise ocorreu de forma qualitativa, descritivo-reflexiva e interpretativa, articulando as experiências compartilhadas aos referenciais teóricos discutidos pelo grupo.

Portanto, a sistematização permitiu organizar contribuições relacionadas às barreiras comunicacionais, acolhimento, autonomia, acesso à informação, compreensão dos fluxos de atendimento, participação no cuidado e limites do uso de tecnologias digitais como recurso isolado de acessibilidade. Para criação da escrita foram direcionados Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): "Língua de Sinais" "Acesso Equitativo às Tecnologias em Saúde" e "Inclusão de Pessoas com Deficiência". Assim, o percurso constituiu-se como processo de aprendizagem e construção compartilhada, no qual a escuta qualificada contribuiu para reorientar a proposta tecnológica e ampliar a compreensão dos estudantes sobre acessibilidade e participação social.

3 DISCUSSÃO

O principal achado do percurso foi a ressignificação da problemática que fundamentava o projeto. Em um primeiro momento, o grupo formulou suas hipóteses a partir da literatura e das discussões de planejamento, concentrando-se nas dificuldades comunicacionais e na insuficiência de intérpretes. A inserção junto à população surda, contudo, demonstrou que tais obstáculos integravam uma questão mais abrangente, que envolvia acolhimento, autonomia, obtenção de informações e inserção ativa no cuidado.

Essa ampliação da perspectiva dialoga com a concepção de tecnologias leves em saúde apresentada por Merhy (2002), segundo a qual as relações, a escuta, o diálogo, o acolhimento e a formação de vínculos também constituem dimensões fundamentais da produção do cuidado. No GAT-7, a aproximação com os participantes permitiu reconhecer demandas que não seriam necessariamente apreendidas mediante revisão bibliográfica ou instrumentos previamente estruturados. Desse modo, a escuta assumiu caráter transformador, ao interferir não apenas na obtenção de informações, mas na própria interpretação que orientava o projeto.

Tal compreensão converge com os princípios da Política Nacional de Humanização (PNH), que valoriza os sujeitos, a autonomia e a corresponsabilização na qualificação das práticas assistenciais (Brasil, 2013). A comunidade surda, portanto, não ocupou posição meramente consultiva: suas vivências contribuíram para redefinir pressupostos e direcionamentos inicialmente estabelecidos pelo grupo. Nesse contexto, a escuta não apenas forneceu informações para o projeto, mas também modificou a compreensão que inicialmente o sustentava. A Figura 1 apresenta o momento inicial desse percurso, marcado pela visita ao Centro Estadual de Capacitação de Educadores e Atendimento ao Surdo de Mossoró (CAS), realizada com o propósito de apresentar a proposta de construção do aplicativo e promover uma primeira aproximação com a realidade da comunidade surda. A partir desse encontro, ampliou-se a possibilidade de estabelecer uma construção coletiva da proposta junto à Associação dos Surdos de Mossoró (ASMOR), fortalecendo a participação da comunidade nas etapas posteriores do projeto.

Figura 1 - Visita ao Centro Estadual de Capacitação de Educadores e Atendimento ao Surdo

Fonte – Arquivo pessoal (2026)

A análise do avatar tornou essa mudança particularmente evidente. Concebido previamente ao contato aprofundado com os usuários, o recurso teve sua utilização exclusiva questionada durante os encontros. Consequentemente, o foco deslocou-se da busca por uma tecnologia a ser disponibilizada para a identificação de soluções efetivamente coerentes com as demandas de seus potenciais usuários. Não se tratou de rejeitar a inovação digital, mas de reconhecer que um recurso, isoladamente, é capaz de eliminar as barreiras de acessibilidade. A efetividade comunicacional depende igualmente das relações interpessoais, das circunstâncias do atendimento e das distintas formas de expressão e compreensão da Libras.

Embora a legislação reconheça a Libras como meio legal de comunicação e expressão e regulamente sua utilização (Brasil, 2002; Brasil, 2005), o contato com o território evidenciou uma dimensão que ultrapassa a garantia normativa. A disponibilização formal de mecanismos comunicacionais não assegura, por si mesma, uma experiência acessível. É necessário considerar a qualidade da interação, a compreensão das informações transmitidas e a possibilidade de participação efetiva no cuidado.

A revisão dos pressupostos iniciais também pode ser compreendida a partir da perspectiva dialógica de Freire (1987), para quem o conhecimento se constitui mediante o encontro entre sujeitos e diferentes saberes. Nesse processo, as experiências cotidianas da população surda foram reconhecidas como fonte legítima para a interpretação da realidade, levando os estudantes a reconsiderarem respostas anteriormente formuladas.

Essa construção compartilhada tornou-se ainda mais evidente nos encontros realizados junto à Associação dos Surdos de Mossoró (ASMOR), nos quais a proposta inicialmente elaborada pelo grupo foi apresentada à comunidade para apreciação e discussão. Conforme ilustrado nas Figuras 2 e 3, esses momentos possibilitaram não apenas a apresentação das funcionalidades e objetivos inicialmente pretendidos para o aplicativo, mas, sobretudo, a participação ativa dos membros da associação na identificação de aspectos que precisariam ser considerados a partir de suas próprias vivências. Durante as discussões, foram compartilhadas dificuldades, necessidades e percepções relacionadas ao acesso aos serviços de saúde, permitindo que elementos inicialmente não contemplados pelo grupo fossem incorporados à reflexão sobre a proposta. Assim, a comunidade deixou de ocupar uma posição exclusivamente receptora da tecnologia e passou a atuar como parte fundamental de sua construção, contribuindo para que o aplicativo fosse pensado a partir das experiências concretas de seus possíveis usuários.

Figura 2 – Construção coletiva do aplicativo junto à comunidade surda da ASMOR.

Fonte – Arquivo pessoal (2026)

Figura 3 – GAT 7 do Pet-Saúde Sus Digital junto à comunidade surda da ASMOR

Fonte – Arquivo pessoal (2026)

.

Sob a perspectiva formativa, a aproximação com usuários e profissionais ultrapassou a aplicação de conhecimentos previamente adquiridos. O contato possibilitou reelaborar concepções acerca de acessibilidade, inclusão e comunicação, processo que encontra respaldo na abordagem histórico-cultural de Vygotsky (2007), ao destacar o papel das interações sociais na construção do conhecimento. De forma complementar, Martín-Baró (1998) ressalta a centralidade da realidade concreta dos sujeitos, aspecto evidenciado quando suas vivências passaram a orientar a definição do problema e das alternativas de intervenção.

Essa dinâmica também produziu aprendizagem compartilhada entre estudantes, profissionais e usuários. Conforme a Organização Mundial da Saúde (2010), práticas colaborativas favorecem o desenvolvimento de competências para o trabalho em equipe e a integralidade da atenção. No percurso analisado, a articulação entre diferentes sujeitos e saberes permitiu confrontar conhecimentos acadêmicos com as especificidades encontradas no território.

A participação social mostrou-se, ainda, constitutiva da própria inovação. Ao apresentar vivências, apontar limitações e formular sugestões, a população surda passou a exercer influência concreta sobre o desenvolvimento da iniciativa. A inovação, nessa perspectiva, não se restringe à criação de uma ferramenta digital, mas compreende um processo de escuta, negociação e elaboração conjunta. Tal concepção é sintetizada pela expressão “Nada sobre nós sem nós”, que traduz a transição de uma tecnologia concebida para determinado público para uma construção realizada com sua participação efetiva.

DOI: 10.51161/iv-conasus/89685

Desse modo, o resultado central não correspondeu à definição de uma funcionalidade específica do aplicativo, mas à mudança do próprio paradigma que orientava seu desenvolvimento. Partindo de uma solução baseada em uma necessidade presumida, o grupo passou a reconhecer a importância de construir respostas fundamentadas na realidade vivenciada e em diálogo com aqueles diretamente envolvidos. Essa reorientação constitui a principal contribuição formativa, metodológica e ética do percurso realizado.

4 CONCLUSÃO

A experiência do GAT-7 junto ao CAS e à ASMOR ampliou a compreensão dos estudantes acerca da acessibilidade em saúde e da construção de tecnologias destinadas à comunidade surda. A partir da escuta qualificada, evidenciou-se que as barreiras comunicacionais ultrapassam a ausência de intérpretes, envolvendo acolhimento, autonomia, acesso à informação e participação no cuidado. Além disso, a problematização do avatar revelou que recursos tecnológicos devem responder às necessidades concretas dos usuários.

Dessa forma, o percurso alcançou seu objetivo ao promover a construção participativa e reorientar a concepção inicial do projeto. A principal contribuição consistiu no reconhecimento da comunidade surda como sujeito ativo na definição de necessidades e na elaboração das respostas. Entretanto, o caráter localizado da experiência, restrito a instituições e participantes específicos, constitui limitação quanto à generalização dos achados. Como perspectiva, recomenda-se a participação contínua da comunidade nas etapas de desenvolvimento, validação e avaliação da tecnologia. Por fim, reafirma-se o princípio “Nada sobre nós sem nós” como fundamento para a construção participativa de tecnologias em saúde.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Decreto nº 5.626, de 22 de dezembro de 2005. Regulamenta a Lei nº 10.436, de 24 de abril de 2002, que dispõe sobre a Língua Brasileira de Sinais – Libras. **Diário Oficial da União:** Brasília, DF, 23 dez. 2005.

BRASIL. Lei nº 10.436, de 24 de abril de 2002. Dispõe sobre a Língua Brasileira de Sinais – Libras e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: Brasília, DF, 25 abr. 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **As contribuições do PET-Saúde:** interprofissionalidade para a reorientação da formação e do trabalho em saúde no Brasil. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS.** 1. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa SUS Digital.** Instituído pela Portaria GM/MS nº 3.232, de 1º de março de 2024. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024.

CHAVEIRO, Neuma; BARBOSA, Maria Alves; PORTO, Celmo Celeno. Revisão de literatura sobre o atendimento ao paciente surdo pelos profissionais da saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 42, n. 3, p. 578-583, 2008.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do oprimido.** 17. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

MARTÍN-BARÓ, Ignacio. **Psicologia da libertação.** Petrópolis, RJ: Vozes, 1998.

MERHY, Emerson Elias. **Saúde:** a cartografia do trabalho vivo**.** 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2002.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Framework for Action on Interprofessional Education and Collaborative Practice.** Geneva: World Health Organization, 2010.

VYGOTSKY, Lev Semionovich. **A formação social da mente:** o desenvolvimento dos processos psicológicos superiores. 7. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2007.

DOI: 10.51161/iv-conasus/89685

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA MORTALIDADE E MORBIDADE HOSPITALAR POR CÂNCER DE FÍGADO NO ESTADO DO CEARÁ (2018–2024): UMA ANÁLISE CONSOLIDADA DO DATASUS E O PAPEL DA ASSISTÊNCIA MULTIPROFISSIONAL

BRUNNA MATOS SOUSA; FRANCISCO SÉRGIO LOPES BRAGA FILHO; LIZ HELENA PEREIRA SILVA; ANA CAILANE RICARDO DE SOUZA; MARIA NATÁLIA DE PAULO FERREIRA; IRLANO GONÇALVES DE FREITAS; EMILY DANIELLE TORRES CARDOSO

RESUMO

Introdução: O câncer de fígado e vias biliares intra-hepáticas (CID-10 C22) é uma das neoplasias de maior letalidade no Brasil. No Ceará, a alta complexidade do Carcinoma Hepatocelular (CHC) — frequentemente associado à cirrose e disfunções metabólicas — exige uma abordagem integral e interdisciplinar. **Objetivo:** Analisar os dados epidemiológicos consolidados de morbimortalidade por neoplasia maligna do fígado no Ceará entre 2018 e 2024 e discutir a relevância da assistência multiprofissional frente a esse cenário. **Métodos:** Estudo epidemiológico descritivo com dados secundários do SIM e SIH/DATASUS, avaliando sexo, faixa etária, macrorregiões de saúde, custos e taxa de mortalidade hospitalar. **Resultados:** Foram registrados 3.842 óbitos (SIM) e 2.915 internações hospitalares (SIH). Predominaram o sexo masculino (61,8% dos óbitos) e a faixa etária de 60 a 79 anos (58,4%). A taxa de mortalidade hospitalar média atingiu 24,8%, com gasto acumulado de R$ 14,2 milhões. A Macrorregião de Fortaleza absorveu 74,1% do orçamento total, evidenciando vazios assistenciais no interior. **Conclusão:** O cenário epidemiológico aponta diagnósticos em estágios avançados e elevada mortalidade hospitalar, destacando a urgência de fortalecer a assistência multiprofissional (fisioterapia, odontologia, enfermagem, nutrição, serviço social, psicologia e farmácia) desde a Atenção Primária até os cuidados paliativos.

Palavras-chave: Neoplasias Hepáticas; Epidemiologia Descritiva; Equipe Multiprofissional.

1 INTRODUÇÃO

O Carcinoma Hepatocelular (CHC) é o principal tumor primário do fígado, estando frequentemente associado a complicações da cirrose hepática por hepatites B e C, consumo nocivo de álcool e Doença Hepática Gordurosa Associada à Disfunção Metabólica (MASLD) (EASL, 2018). Devido à gravidade clínica e às limitações funcionais imposições pela insuficiência hepática, o manejo do paciente exige uma abordagem coordenada entre diferentes categorias de profissionais de saúde para otimizar os desfechos clínicos e a qualidade de vida (Periscinoto et al., 2021).

No contexto específico do Estado do Ceará, a dinâmica de acometimento do câncer de fígado é atravessada por particularidades socioeconômicas e de acesso aos serviços de saúde (Santos et al., 2022). Historicamente, a baixa taxa de diagnóstico precoce das hepatites virais crônicas nas populações vulnerabilizadas do interior cearense culminou na evolução silenciosa

DOI: 10.51161/iv-conasus/89688

da doença hepática para estágios avançados de fibrose e cirrose. Ademais, as disparidades geográficas na distribuição dos serviços de alta complexidade criam barreiras logísticas significativas, fazendo com que grande parte dos pacientes busque atendimento em fases assintomáticas já comprometidas ou em franca descompensação clínica, impactando diretamente o prognóstico e reduzindo as chances de intervenções com intenção curativa, como a ressecção cirúrgica e o transplante hepático (INCA, 2022).

Paralelamente, observa-se no cenário estadual uma transição epidemiológica caracterizada pelo aumento progressivo da prevalência de obesidade, diabetes mellitus tipo 2 e síndrome metabólica, fatores diretamente correlacionados à ascensão da MASLD como etiologia emergente do CHC (Singal et al., 2022; WHO, 2021). Esse fenômeno junta-se ao envelhecimento populacional acelerado no Ceará, redefinindo o perfil dos acometidos e impondo desafios adicionais ao Sistema Único de Saúde (SUS). Assim, a análise sistemática dos dados de morbimortalidade associada à discussão da assistência multiprofissional torna-se indispensável para estruturar linhas de cuidado integradas e regionalizadas, capazes de responder com equidade às demandas crescentes da população cearense.

P presente trabalho tem por objetivo mapear os dados de morbimortalidade por câncer de fígado no Ceará (2018–2024) e fundamentar a importância da assistência multiprofissional na linha de cuidado oncológica regional.

2 MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo epidemiológico descritivo, transversal e quantitativo. Utilizaram-se dados secundários obtidos no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e no Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS) do DATASUS (Brasil, [2024a], [2024b]), restritos ao estado do Ceará e codificados pela CID-10 C22 (*Neoplasia maligna do fígado e das vias biliares intra-hepáticas*). As variáveis analisadas compreenderam: óbitos totais, internações hospitalares, sexo, faixa etária, custos assistenciais e taxa de mortalidade hospitalar no período de janeiro de 2018 a dezembro de 2024. Por empregar exclusivamente bancos de dados secundários de acesso público sem identificação individual, o estudo dispensou apreciação por Comitê de Ética em Pesquisa, conforme prevê a Resolução CNS nº 510/2016 (Brasil, 2016).

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 Perfil Epidemiológico e Indicadores de Morbimortalidade

No período de 2018 a 2024, o Ceará registrou 3.842 óbitos e 2.915 internações hospitalares relacionadas à neoplasia maligna de fígado e vias biliares intra-hepáticas.

Tabela 1. *Consolidado epidemiológico de internações, óbitos e custos por câncer de fígado no Ceará (2018–2024).*

Ano	Internações Hospitalares (SIH)	Óbitos Hospitalares (SIH)	Taxa de Mortalidade Hospitalar (%)	Óbitos Totais Registrados (SIM)	Custo Total Hospitalar (R$)
2018	382	98	25,65%	512	R$ 1.842.100

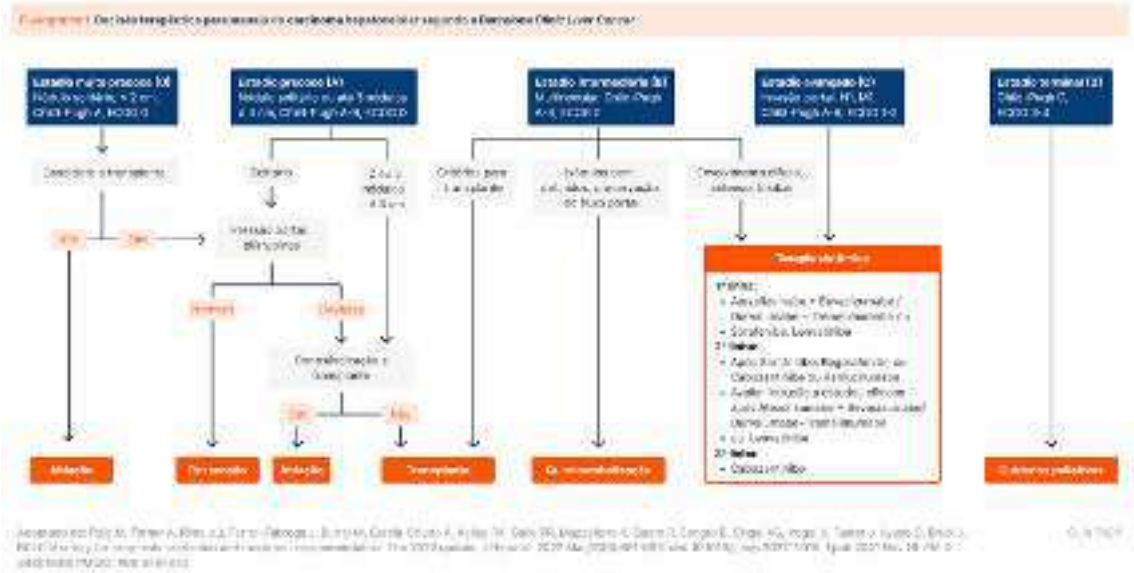
Ano	Internações Hospitalares (SIH)	Óbitos Hospitalares (SIH)	Taxa de Mortalidade Hospitalar (%)	Óbitos Totais Registrados (SIM)	Custo Total Hospitalar (R$)
2019	415	102	24,57%	538	R$ 1.985.300
2020	360	91	25,27%	525	R$ 1.760.400
2021	398	101	25,37%	549	R$ 1.910.800
2022	442	108	24,43%	562	R$ 2.150.200
2023	468	114	24,35%	581	R$ 2.320.100
2024	450	109	24,22%	575	R$ 2.238.000
Total	**2.915**	**723**	**24,80% (Média)**	**3.842**	**R$ 14.206.900**

Fonte: Dados extraídos do DATASUS (SIM/SIH-SUS).

- **Distribuição por Sexo:** O sexo masculino representou **61,8%** dos óbitos (n = 2.374), refletindo maior exposição a fatores de risco comportamentais e hepatopatias crônicas.
- **Faixa Etária:** Maior concentração na faixa de **60 a 79 anos (58,4%)**, seguida de 40 a 59 anos (22,1%), com idosos de 80 anos somando 16,7%.
- **Descentralização e Custos:** A Macrorregião de Saúde de Fortaleza concentrou 74,1% do investimento financeiro (R$ 10,5 milhões dos R$ 14,2 milhões totais), indicando dependência da rede regional em relação à capital.

Fonte: Dados extraídos do DATASUS (SIM/SIH-SUS).

DOI: 10.51161/iv-conasus/89688



Estratificação e condutas clínicas no Carcinoma Hepatocelular (BCLC). Fonte: TdC

3.2 Importância e Desafios da Assistência Multiprofissional

A elevada taxa média de mortalidade hospitalar (24,80%) evidencia que as admissões ocorrem predominantemente em estágios avançados da neoplasia. Diante do quadro de alta complexidade e fragilidade dos pacientes, a abordagem interprofissional consolida-se como pilar essencial do cuidado (Periscinoto et al., 2021; Rodrigues et al., 2023):

- **Fisioterapia:** Atua na prevenção e reversão do declínio funcional e da síndrome do imobilismo, frequentemente agravados pela sarcopenia cirrótica e astenia antineoplásica. A reabilitação motora e respiratória reduz complicações pulmonares no pós-operatório de ressecções hepáticas ou transplantes, favorece o desmame ventilatório na UTI e otimiza a capacidade aeróbica, permitindo que o paciente mantenha elegibilidade terapêutica para protocolos sistêmicos (Rodrigues et al., 2023).
- **Odontologia (Odontologia Hospitalar e Oncológica):** Vital na manutenção da saúde da cavidade oral antes do início de terapias antineoplásicas, transplante ou quimioembolização. Previne focos infecciosos bucais que podem evoluir para sepse em pacientes imunossuprimidos ou neutropênicos, além de realizar o manejo de complicações estomatológicas recorrentes (como mucosite oral) e monitorar sangramentos gengivais decorrentes de coagulopatias (Rodrigues et al., 2023).
- **Enfermagem:** Atua na coordenação do cuidado, monitoramento de sinais de descompensação hepática (como ascite e encefalopatia), administração segura de antineoplásicos e navegação do paciente na rede assistencial (Periscinoto et al., 2021).
- **Nutrição:** O suporte nutricional precoce combate a desnutrição proteico-calórica e a sarcopenia decorrentes da insuficiência hepática, melhorando a resposta imunológica e a tolerância ao tratamento antineoplásico (Periscinoto et al., 2021).
- **Serviço Social:** Garante o acesso aos direitos sociais e à rede assistencial do SUS, viabilizando o transporte interestadual/intermunicipal e o acolhimento de pacientes do interior em Casas de Apoio na capital (Santos et al., 2022).

DOI: 10.51161/iv-conasus/89688

- **Psicologia:** Promove o acolhimento emocional do paciente e de seus familiares frente ao diagnóstico de prognóstico reservado, auxiliando na elaboração do luto e no suporte ao sofrimento psíquico.
- **Farmácia Clínica:** Realiza a reconciliação medicamentosa e a vigilância constante para prevenir o uso de drogas hepatotóxicas, ajustando posologias de acordo com a função renal e hepática remanescente.
- **Cuidados Paliativos:** Quando não há indicação curativa, a equipe atua no controle rigoroso da dor e no suporte à dignidade do paciente até a fase final da vida.

4 CONCLUSÃO

O perfil epidemiológico do câncer de fígado no Ceará expõe os desafios impostos pela alta mortalidade e pela concentração dos serviços de alta complexidade na capital. Para além da urgente necessidade de ampliar o rastreamento ultrassonográfico periódico em cirróticos na Atenção Primária, a estruturação e valorização de equipes multiprofissionais é condição indispensável para reduzir complicações hospitalares, personalizar o manejo clínico e assegurar a integralidade e equidade do cuidado no SUS.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016**. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, n. 98, p. 44-46, 24 maio 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle. **Sistemas de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)**. Brasília, DF: DATASUS, [2024a]. Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br. Acesso em: 27 ago. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM)**. Brasília, DF: DATASUS, [2024b]. Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br. Acesso em: 27 ago. 2026.

EASL – EUROPEAN ASSOCIATION FOR THE STUDY OF THE LIVER. EASL Clinical Practice Guidelines: Management of hepatocellular carcinoma. **Journal of Hepatology**, Amsterdam, v. 69, n. 1, p. 182-236, jul. 2018.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). **Estimativa 2023: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2022. Disponível em: https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/estimativa-2023-incidencia-de-cancer-no-brasil. Acesso em: 27 ago. 2026.

PERISCINOTO, R. et al. Assistência multiprofissional no manejo da cirrose e do carcinoma hepatocelular: papel da equipe interdepartamental. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 74, n. 3, e20200812, 2021.

RODRIGUES, L. F. et al. Atuação da odontologia hospitalar e da fisioterapia em oncologia hepática: prevenção de complicações sistêmicas e reabilitação funcional. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 69, n. 2, e043210, 2023.

SANTOS, M. A. et al. Epidemiologia do câncer de fígado no Nordeste brasileiro: uma análise de tendência temporal de morbimortalidade. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 56, n. 12, p. 1-10, 2022.

SINGAL, A. G. et al. AGA Clinical Practice Update on Surveillance for Hepatocellular Carcinoma in High-Risk Patients: Expert Review. **Gastroenterology**, Philadelphia, v. 162, n. 5, p. 1512-1521, abr. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global progress report on HIV, viral hepatitis and sexually transmitted infections, 2021**. Geneva: World Health Organization, 2021. Disponível em: https://www.who.int/publications/i/item/9789240027077. Acesso em: 27 ago. 2026.

COMO OS USUÁRIOS DECIDEM ONDE BUSCAR ATENDIMENTO NO SUS? PERCEPÇÕES SOBRE UBS, UPA E HOSPITAL

PAULA SAYURI KAWASOKO; ROSANA MARIA PAIVA DOS ANJOS

Introdução: A organização da Rede de Atenção à Saúde pressupõe que os usuários reconheçam as funções dos diferentes pontos de atenção. Entretanto, a escolha do serviço pode ser influenciada tanto pela compreensão sobre a rede quanto pela percepção da necessidade de atendimento e pelas condições concretas de acesso. **Objetivo:** Analisar a percepção dos usuários sobre a finalidade das Unidades Básicas de Saúde (UBS), Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e hospitais, identificando a compreensão sobre quando procurar cada serviço e os fatores relacionados à escolha. **Metodologia:** Estudo observacional, transversal e descritivo, realizado em Sorocaba-SP, entre março e julho de 2026. Participaram 224 adultos, pacientes ou acompanhantes, abordados presencialmente em UBS, UPA/UPH e hospitais. Foi aplicado questionário estruturado, com questões objetivas e discursivas. Os dados quantitativos foram analisados por frequências absolutas e relativas, e as respostas abertas sobre "quando procurar UBS, UPA/UPH e hospital" foram classificadas como adequadas, parcialmente adequadas ou inadequadas, conforme critérios previamente definidos com base nas funções de cada ponto de atenção. **Resultados:** Entre os 224 participantes, 152 utilizaram serviços públicos nos três meses anteriores; destes, 84 procuraram mais a UPA, 46 a UBS e 22 o hospital. Dos usuários que declararam ter ido mais vezes à UPA, 66,7% relataram que a procura foi motivada por sintomas agudos leves. Na análise das respostas discursivas, a UPA apresentou a maior proporção de classificações inadequadas (26,8%), seguida do hospital (18,8%) e da UBS (17,0%). Além disso, 88 participantes relataram já ter procurado a UPA por problemas que consideravam passíveis de resolução na UBS, citando como motivos unidade fechada, demora e necessidade de atendimento no mesmo dia. Apenas 20,5% afirmaram ter recebido orientação clara sobre quando procurar UBS, UPA ou hospital. **Conclusão:** A escolha do serviço no SUS mostrou-se relacionada tanto à compreensão sobre a função dos pontos de atenção quanto às condições concretas de acesso. Os achados indicam que orientar a população sobre a organização da rede é necessário, mas insuficiente isoladamente. Ampliar o acesso oportuno à Atenção Primária e qualificar a comunicação com os usuários são estratégias complementares para favorecer a utilização adequada da Rede de Atenção à Saúde.

Palavras-chave: **ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE; ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE; SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

DOI: 10.51161/iv-conasus/89696

INTEGRALIDADE DO CUIDADO À PESSOA COM LESÃO MEDULAR NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: UMA ABORDAGEM SOB A PERSPECTIVA DA CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE, INCAPACIDADE E SAÚDE

DEBORA VITORIA RAMOS GUMIARÃES; MARIELIZA ARAÚJO BRAGA; CAMILA ARAÚJO DOS SANTOS; MARIA GABRIELA RAMOS DA CRUZ; NATHALIA DE SOUZA SILVA; ANA CAROLINA MONTEIRO ALVES; ROSALBA MARIA DOS SANTOS

Introdução: O Sistema Único de Saúde (SUS) assegura atenção integral à pessoa com deficiência, incluindo reabilitação e promoção da autonomia. A lesão medular traumática pode ocasionar comprometimentos motores e sensitivos, repercutindo no autocuidado, nas atividades de vida diária e na participação social. Nesse contexto, a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) amplia a compreensão da funcionalidade ao integrar funções corporais, atividades, participação e fatores contextuais, favorecendo uma abordagem integral e individualizada. **Objetivo:** Relatar a experiência de estudantes de Fisioterapia na análise de um caso de lesão medular sob a perspectiva da CIF, enfatizando a atenção integral no SUS, a participação social e a reinserção profissional**. Relato de caso/experiência:** Relato acadêmico desenvolvido no componente de Seminário Integrativo IV, da Universidade Estadual da Paraíba, sob orientação docente. Analisou-se o caso de um homem de 32 anos, engenheiro mecânico, com lesão medular completa em T10, classificação ASIA A. A avaliação segundo a CIF identificou paraplegia flácida, ausência de força e sensibilidade nos membros inferiores, atrofia muscular, lesão por pressão sacral estágio III, bexiga e intestino neurogênicos e dependência para transferências. Foram observadas restrições no trabalho, lazer e participação comunitária, apesar do desejo de retorno profissional. Apoio familiar, motivação, adesão e acesso à fisioterapia foram facilitadores, enquanto residência parcialmente adaptada, terrenos irregulares e insuficiência de tecnologias assistivas constituíram barreiras. O plano de cuidado contemplou prevenção de complicações, manejo da pele, fortalecimento, treino de transferências, treino de equilíbrio, funcionalidade em cadeira de rodas, autocuidado e articulação multiprofissional. **Conclusão:** A experiência evidenciou que a atenção à pessoa com lesão medular deve considerar seu projeto de vida, além das complicações clínicas. A CIF favorece uma reabilitação integral e multiprofissional, articulando capacidades, acessibilidade, família e serviços de saúde. Nesse contexto, o SUS mostra-se fundamental para garantir acesso, continuidade e integralidade do cuidado, contribuindo para ampliar a autonomia, a participação social e a reinserção profissional.

Palavras-chave: **FISIOTERAPIA; REABILITAÇÃO NEUROLÓGICA; REINSERÇÃO PROFISSIONAL**

DOI: 10.51161/iv-conasus/89698

CURRICULARIZAÇÃO DA EXTENSÃO NA FORMAÇÃO MÉDICA: RELATO DE EXPERIÊNCIA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COM PESSOAS IDOSAS

SHAIANE BARAO WISNIEWSKI; FERNANDO RODRIGO TRECO; LÉIA CAROLINA LUCIO

Introdução: A curricularização da extensão universitária constitui uma estratégia de articulação entre universidade e comunidade, aproximando a formação das demandas sociais. Na graduação em Medicina, a inserção de atividades extensionistas desde os primeiros anos favorece o contato precoce dos estudantes com diferentes públicos e cria oportunidades para o exercício da comunicação em saúde e da abordagem humanizada. Nesse contexto, a participação de pessoas idosas em ações acadêmicas pode ampliar o diálogo intergeracional e a troca de conhecimentos, contribuindo para uma formação médica mais próxima da comunidade. **Objetivo:** Relatar a experiência de uma ação de educação em saúde inserida na curricularização da extensão, desenvolvida por estudantes do primeiro ano de Medicina com pessoas idosas, abordando grupos sanguíneos e tipagem sanguínea. **Relato de Experiência:** A atividade foi realizada durante uma tarde, em uma universidade pública do sudoeste do Paraná, como parte do componente curricular de Genética Humana e Biologia Celular, no contexto da curricularização da extensão. Participaram 10 estudantes do primeiro ano de Medicina e 14 pessoas idosas. A ação foi organizada em dois momentos: inicialmente, realizou-se uma atividade educativa dialogada sobre grupos sanguíneos, compatibilidade e importância da tipagem; posteriormente, os participantes foram divididos em dois grupos para demonstração da dinâmica e realização da tipagem sanguínea, com auxílio dos estudantes. Ao longo da atividade, o interesse dos participantes foi evidenciado por comentários e questionamentos, especialmente relacionados à compatibilidade e à doação de sangue. A interação favoreceu o diálogo e a troca de experiências entre acadêmicos e pessoas idosas. Para os estudantes, a vivência proporcionou oportunidades para o exercício da comunicação em saúde, da abordagem humanizada e da interação com a comunidade desde o início da formação médica. **Conclusão:** A experiência evidenciou o potencial da curricularização da extensão como estratégia de aproximação entre a formação médica e a comunidade. A atividade favoreceu o contato precoce dos estudantes com pessoas idosas, proporcionando oportunidades para o exercício da comunicação em saúde, da abordagem humanizada e da troca intergeracional. Dessa forma, experiências extensionistas inseridas desde o início da graduação podem contribuir para o desenvolvimento de competências comunicacionais e relacionais relevantes à futura atuação profissional no SUS.

Palavras-chave: **EDUCAÇÃO EM SAÚDE; EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA; PESSOA IDOSA**

DOI: 10.51161/iv-conasus/89702

EMPATIA NA MEDICINA CLÍNICA E INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL: UMA REVISÃO DOS DESAFIOS E PERSPECTIVAS

GABRIEL MELGAÇO DE OLIVEIRA PINTO; FLAVIA LEMBO TONON

Introdução: A ascensão da Inteligência Artificial (IA) transformou rapidamente a comunicação em saúde, acelerando a adoção de Grandes Modelos de Linguagem (LLMs) como ferramentas de apoio à interação clínica. Essa mudança radical na dinâmica entre médico e paciente levanta questões fundamentais sobre a preservação do humanismo e a capacidade das máquinas em replicar a empatia clínica. Este estudo se propõe a investigar os impactos dessas tecnologias na percepção de compaixão e na qualidade das respostas geradas por sistemas automatizados. A compreensão desses fatores é crucial para aprimorar a relação entre médico e paciente em um cenário de crescente digitalização. Objetivos: Os objetivos principais desse trabalho foram avaliar a eficácia dos modelos de IA em expressar empatia clínica em comparação com profissionais humanos, e, identificar e analisar os obstáculos fundamentais que limitam a substituição da conexão humana pela IA na medicina. Metodologia: Para atingir os objetivos propostos, foi conduzida uma revisão de literatura fundamentada em estudos experimentais e análises ético-filosóficas sobre LLMs. A pesquisa envolveu a análise de dimensões como fidelidade semântica, legibilidade e ressonância afetiva em bases de dados clínicas padronizadas. Ferramentas foram utilizadas para mensurar os níveis de percepção de suporte emocional. Resultados: Pacientes frequentemente avaliam as respostas de IA como mais empáticas, compassivas e legíveis do que as de médicos humanos, com preferências chegando a 79% em contextos específicos. O uso de IA na reescrita de mensagens médicas demonstrou manter a precisão clínica enquanto aumenta o suporte emocional percebido. Contudo, as principais limitações incluem a ausência de "empatia experienciada" nas máquinas, que por carecerem de consciência biológica, são incapazes de uma sintonização emocional genuína em tempo real. Conclusão: Por tudo isso, a inteligência artificial provou ser uma ferramenta altamente eficaz como colaboradora da comunicação clínica, revelando-se particularmente vantajosa como assistente para médicos. Apesar de superar humanos em determinadas métricas, os resultados reforçam que o fator humano permanece insubstituível para o diagnóstico preciso e a cura genuína. A IA, portanto, consolida-se não como um substituto, mas como uma ferramenta de aprendizado em relação ao desenvolvimento de conexão interpessoal real da assistência médica.

Palavras-chave: **MEDICINA; EMPATIA; IA**

DOI: 10.51161/iv-conasus/89712

IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA DE ATENÇÃO DOMICILIAR À PESSOA IDOSA: CONSTRUÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO MULTIPROFISSIONAL EM RUSSAS, CEARÁ

JEAN CARLOS DE OLIVEIRA MENEZES; ANA BEATRIZ GONÇALVES TEXEIRA OLIVEIRA; CINTIA DAS NEVES ARAÚJO; IZABELLE LOPES GONÇALVES; RIDIANE LIMA MENESES.

Resumo

O envelhecimento populacional e o aumento de condições crônicas, comprometimentos funcionais e situações de vulnerabilidade ampliam a necessidade de estratégias de cuidado integral à pessoa idosa no domicílio. Nesse contexto, o Programa de Atenção Domiciliar à Pessoa Idosa (PADI), instituído pelo Ministério da Saúde em 2025, propõe a organização do cuidado domiciliar no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), por meio das equipes Multiprofissionais (eMulti), em articulação com as equipes de Saúde da Família. Este estudo objetiva relatar a experiência de construção do processo de implantação do PADI no município de Russas, Ceará. Trata-se de um relato de experiência desenvolvido no contexto da organização municipal para implantação do programa, envolvendo fisioterapia, nutrição, psicologia e serviço social. O processo contemplou a definição de critérios de elegibilidade, elaboração de fluxos assistenciais, avaliação multidimensional, construção do plano de cuidados, organização do acompanhamento, reavaliação e alta, além do desenvolvimento de instrumentos para registro e acompanhamento longitudinal. A construção coletiva possibilitou estruturar uma proposta de cuidado baseada na avaliação ampliada das necessidades da pessoa idosa, considerando aspectos funcionais, nutricionais, emocionais, familiares e sociais. Também favoreceu a definição de responsabilidades compartilhadas entre eMulti e equipes de Saúde da Família, buscando evitar a fragmentação do cuidado e preservar a APS como referência territorial. O percurso de implantação evidenciou que o PADI requer reorganização do processo de trabalho, articulação interprofissional e construção de fluxos e instrumentos compatíveis com a realidade local. O acompanhamento longitudinal da estratégia permitirá analisar seus efeitos sobre a funcionalidade, a autonomia e a continuidade do cuidado, além de possibilitar a avaliação de sua implementação em diferentes contextos da APS.

Palavras-chave: Atenção Primária em Saúde; Saúde do Idoso ; Abordagem Multidisciplinar da Assistência.

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional brasileiro vem acompanhado de mudanças importantes

DOI: 10.51161/iv-conasus/89722

no perfil de necessidades de saúde da população. O aumento da expectativa de vida está relacionado à maior prevalência de condições crônicas, comprometimentos funcionais, alterações cognitivas, fragilidade e situações de vulnerabilidade social, tornando necessária a ampliação de estratégias capazes de responder às necessidades de cuidado de forma integral e longitudinal.

No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Atenção Primária à Saúde (APS) ocupa posição estratégica na coordenação do cuidado e na organização das ações desenvolvidas no território. Nesse contexto, a atenção domiciliar representa uma importante possibilidade de aproximação dos serviços de saúde com pessoas que apresentam dificuldades de acesso às unidades, especialmente aquelas com restrição ao domicílio.

Em dezembro de 2025, o Ministério da Saúde instituiu o Programa de Atenção Domiciliar à Pessoa Idosa (PADI), por meio da Portaria GM/MS nº 9.584, estabelecendo sua integração à Política Nacional de Atenção Básica e à Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. O programa é coordenado pela APS por meio das eMulti, em articulação com a Rede de Atenção à Saúde, e tem como finalidade qualificar e ampliar o cuidado domiciliar às pessoas idosas.

De acordo com a normativa, o PADI é destinado prioritariamente às pessoas com 60 anos ou mais, restritas ao domicílio, que apresentem condições crônicas estáveis ou estabilizadas com necessidade de cuidados regulares e programados, declínio da reserva física ou mental ou comprometimento funcional ou cognitivo, e que não apresentem necessidade de procedimentos de maior densidade tecnológica.

Entre as ações prioritárias estão a atenção domiciliar multiprofissional, a avaliação multidimensional da pessoa idosa, a elaboração, execução e monitoramento do plano de cuidados e o apoio às famílias e pessoas cuidadoras. O programa também enfatiza a corresponsabilização entre eMulti e demais equipes da APS e a articulação com a Rede de Atenção à Saúde e outros setores do território.

Nesse cenário, a implantação municipal do PADI não representa apenas a realização de visitas domiciliares, mas exige reorganização do processo de trabalho, definição de fluxos, critérios para inclusão e acompanhamento, instrumentos de registro, comunicação entre profissionais e mecanismos de avaliação dos resultados do cuidado.

Em Russas, Ceará, a construção do processo de implantação foi conduzida a partir da perspectiva do trabalho multiprofissional, envolvendo fisioterapia, nutrição, psicologia e serviço social, com articulação com as equipes de Saúde da Família. A proposta buscou transformar as diretrizes do programa em um processo de trabalho aplicável à realidade do território municipal.

2 RELATO DE EXPERIÊNCIA

A experiência foi desenvolvida no município de Russas, Ceará, no contexto do processo de organização para implantação do PADI pela eMulti. O processo teve como eixo central a construção coletiva de uma proposta assistencial capaz de integrar diferentes núcleos profissionais e, simultaneamente, preservar a especificidade das categorias envolvidas.

A primeira etapa consistiu na discussão coletiva sobre a finalidade do programa, seu público prioritário, atribuições da eMulti e relação com as equipes de Saúde da Família. Essa

etapa foi fundamental para compreender que a atenção domiciliar proposta pelo PADI deveria estar articulada à APS, não funcionando como serviço isolado ou substitutivo das demais ofertas existentes na Rede de Atenção à Saúde.

A partir dessa discussão, foram organizados os principais componentes do processo de trabalho municipal: identificação dos usuários, avaliação inicial, definição da elegibilidade, construção do plano de cuidados, acompanhamento multiprofissional, reavaliação e alta.

2.1 Identificação e elegibilidade da pessoa idosa

Foi estabelecida a necessidade de que a indicação para acompanhamento fosse construída de maneira compartilhada entre a equipe de Saúde da Família e a eMulti. A avaliação deveria considerar não apenas a existência de uma doença, mas a relação entre condição clínica, capacidade funcional, cognição, aspectos nutricionais, saúde mental, contexto familiar, condições socioeconômicas e características do ambiente domiciliar.

Essa perspectiva foi considerada fundamental para evitar que o PADI fosse compreendido como um programa direcionado exclusivamente a pessoas acamadas ou com determinadas doenças.

Para qualificar a discussão da elegibilidade, foram elaborados estudos de caso envolvendo diferentes situações clínicas e sociais. Os casos foram construídos de modo a permitir que os profissionais analisassem informações referentes às quatro áreas profissionais envolvidas: fisioterapia, nutrição, psicologia e serviço social.

A utilização dos casos buscou estimular uma decisão verdadeiramente multiprofissional, na qual a inclusão do usuário não fosse determinada isoladamente por uma categoria profissional, mas pela análise conjunta das necessidades de cuidado.

2.2 Avaliação multiprofissional

A avaliação inicial foi organizada a partir de uma perspectiva multidimensional. Na fisioterapia, foram considerados aspectos relacionados à mobilidade, força muscular, equilíbrio, capacidade de realizar transferências, risco de quedas, dor, marcha e necessidade de reabilitação ou manutenção da funcionalidade.

Na nutrição, foram contemplados aspectos como estado nutricional, perda de peso, ingestão alimentar e hídrica, alterações na mastigação e deglutição, risco de desnutrição e necessidades de orientação alimentar.

A psicologia foi incorporada considerando aspectos emocionais, cognitivos, comportamentais e relacionais, incluindo sintomas de ansiedade e depressão, alterações cognitivas, isolamento social, adaptação às limitações funcionais e sobrecarga emocional.

O serviço social passou a integrar a avaliação das condições sociofamiliares, renda, composição familiar, existência e disponibilidade de rede de apoio, condições de moradia, acesso a benefícios e direitos sociais, vulnerabilidades e necessidade de articulação com a rede socioassistencial.

A avaliação multidimensional está alinhada às diretrizes nacionais do PADI, que estabelecem essa avaliação como instrumento para identificação de riscos, fragilidades e necessidades de cuidado.

2.3 Plano de cuidados e acompanhamento

Após a avaliação, foi proposta a elaboração de um plano de cuidados individualizado, construído a partir das necessidades identificadas e pactuado entre equipe, pessoa idosa e família/cuidador. O plano deveria estabelecer objetivos de cuidado, intervenções, profissionais envolvidos e mecanismos de acompanhamento.

Nesse processo, a periodicidade dos atendimentos foi compreendida como individualizada e definida de acordo com as necessidades identificadas, evitando a criação de uma lógica rígida de atendimento exclusivamente baseada em calendário.

Na organização inicialmente construída para Russas, foi proposta uma dinâmica na qual o primeiro atendimento pudesse envolver a equipe de forma integrada, permitindo avaliação e planejamento compartilhados. A continuidade seria organizada conforme as necessidades do plano de cuidados, contemplando acompanhamento mais frequente quando necessário e participação alternada dos diferentes profissionais. Essa organização busca evitar a fragmentação da assistência e favorecer a corresponsabilização entre os profissionais.

2.4 Reavaliação e alta

Outro elemento estruturado durante a implantação foi a necessidade de acompanhamento da evolução do usuário. A proposta do manual prevê avaliação periódica das metas estabelecidas no plano de cuidados, permitindo identificar avanços, necessidades de manutenção, mudanças no quadro ou necessidade de novos encaminhamentos.

Foi discutida uma primeira reavaliação após aproximadamente dois meses de acompanhamento, considerando-se a possibilidade de manutenção temporária do cuidado quando as metas ainda não tivessem sido alcançadas.

A alta foi compreendida não como abandono do usuário, mas como mudança da modalidade de acompanhamento, quando as necessidades que justificaram a inclusão no programa fossem resolvidas ou pudessem ser acompanhadas por outras estratégias da APS.

Essa perspectiva também contribui para garantir a rotatividade responsável do serviço, possibilitando que novos usuários com necessidades compatíveis possam ser acompanhados pelo programa.

2.5 Construção de instrumentos para o cuidado

Durante a organização do programa também foram desenvolvidos instrumentos para apoiar a operacionalização do cuidado. Entre eles, destaca-se a Caderneta de Acompanhamento da Pessoa Idosa, concebida como instrumento para registro das informações do usuário e acompanhamento longitudinal das ações realizadas no domicílio.

A caderneta foi estruturada com informações de identificação, acompanhamento das visitas, registro dos profissionais envolvidos e espaço para acompanhamento das intervenções e evolução. Também foram desenvolvidos materiais educativos, estudos de caso e instrumentos para apoiar a discussão de elegibilidade e a tomada de decisão da equipe.

DOI: 10.51161/iv-conasus/89722

A construção desses instrumentos buscou transformar as diretrizes gerais do programa em ferramentas concretas para utilização cotidiana pelos profissionais.

3 DISCUSSÃO

A experiência de construção do Programa de Atenção Domiciliar à Pessoa Idosa (PADI) em Russas evidenciou que a implantação de uma estratégia de atenção domiciliar demanda mudanças no processo de trabalho que ultrapassam a simples disponibilização de profissionais para realização de visitas. A organização do cuidado no domicílio requer definição de responsabilidades, fluxos assistenciais, critérios de inclusão, mecanismos de comunicação e articulação com as demais equipes e serviços do território.

Na experiência de Russas, essa necessidade de reorganização foi evidenciada durante a elaboração do manual assistencial, especialmente na definição de quem deve ser acompanhado pelo programa, como o usuário será encaminhado, quem realizará a avaliação inicial, como será definida a periodicidade dos atendimentos e em que momento deverá ocorrer a alta.

A construção desses fluxos não deve ser compreendida apenas como uma etapa burocrática da implantação. Ela constitui um mecanismo de qualificação do acesso e de organização da oferta de cuidado, sobretudo diante da necessidade de estabelecer prioridades entre diferentes demandas. A literatura aponta que critérios de elegibilidade e organização da rede são aspectos fundamentais para estruturar a atenção domiciliar e evitar a fragmentação do cuidado.

Nesse sentido, a definição dos critérios buscou equilibrar dois riscos: a inclusão indiscriminada de pessoas que não apresentam necessidade de acompanhamento domiciliar multiprofissional e a exclusão de pessoas idosas com vulnerabilidades importantes. Essa preocupação é particularmente relevante diante da capacidade limitada dos serviços e da necessidade de garantir que a ampliação do acesso ocorra de maneira equânime.

A literatura sobre atenção domiciliar à pessoa idosa também evidencia desafios relacionados ao acesso, à organização dos serviços, à articulação da rede e ao trabalho interprofissional. Esses aspectos reforçam que a atenção domiciliar não pode ser estruturada apenas como uma modalidade de atendimento, mas como parte de uma organização mais ampla do cuidado na APS.

Outro resultado relevante foi a compreensão da interdisciplinaridade como elemento estruturante do cuidado. Na construção da proposta, o trabalho conjunto entre fisioterapia, nutrição, psicologia e serviço social foi compreendido como necessário para ampliar a avaliação das necessidades da pessoa idosa.

Essa perspectiva converge com evidências de que a atuação interdisciplinar favorece uma abordagem ampliada das necessidades de saúde da população idosa, especialmente quando são consideradas dimensões relacionadas à funcionalidade, às condições sociais e à família.

Na experiência de Russas, essa concepção se materializou na tentativa de deslocar a lógica de “cada profissional realiza sua visita” para uma perspectiva em que a equipe constrói

DOI: 10.51161/iv-conasus/89722

e acompanha um plano de cuidado compartilhado. Essa mudança é relevante porque a presença de diferentes profissionais, isoladamente, não garante uma prática interdisciplinar.

A avaliação multidimensional e o plano de cuidados previstos pelo PADI podem funcionar como instrumentos organizadores dessa prática. Ao reunir diferentes dimensões da vida da pessoa idosa, esses dispositivos favorecem a identificação de necessidades que dificilmente seriam contempladas por uma única categoria profissional.

Esse entendimento também se aproxima de estudos que apontam a importância do trabalho multiprofissional e do cuidado centrado na pessoa idosa e em sua família na atenção domiciliar. A articulação entre diferentes saberes pode contribuir para uma assistência mais individualizada e integral.

Outro desafio identificado na experiência refere-se à continuidade do cuidado. O acompanhamento domiciliar precisa permanecer articulado ao cuidado realizado pela equipe de Saúde da Família, evitando que o usuário seja acompanhado exclusivamente pela eMulti.

Essa preocupação converge com estudos que destacam a necessidade de integração entre atenção domiciliar, APS e demais pontos da Rede de Atenção à Saúde para garantir continuidade e integralidade do cuidado à pessoa idosa.

Nesse aspecto, a proposta construída em Russas buscou preservar a equipe de Saúde da Família como referência territorial e utilizar a eMulti como componente estratégico para ampliar a capacidade de resposta às necessidades identificadas. Essa organização reforça a perspectiva de corresponsabilização entre as equipes, evitando que a atenção domiciliar seja estruturada como um serviço paralelo à APS.

A literatura evidencia que a fragmentação entre equipes e serviços constitui um dos desafios para a consolidação da atenção domiciliar. Por isso, a definição de responsabilidades e a comunicação entre os profissionais assumem papel central para garantir que o usuário permaneça inserido em uma linha de cuidado contínua.

A construção da caderneta de acompanhamento também representou, na experiência de Russas, uma estratégia para favorecer a comunicação e a continuidade do cuidado. Embora seja um instrumento municipal desenvolvido durante o processo de implantação, sua utilização poderá contribuir para sistematizar informações e facilitar o acompanhamento longitudinal da pessoa idosa.

Entretanto, a criação de instrumentos e fluxos, isoladamente, não garante a continuidade do cuidado. Sua efetividade dependerá da incorporação desses dispositivos ao cotidiano das equipes, da comunicação entre os profissionais e do acompanhamento sistemático dos usuários. Esse aspecto representa um desafio para a consolidação do PADI e deverá ser observado nas etapas posteriores de implementação.

De modo geral, os achados da experiência convergem com a literatura ao indicar que a atenção domiciliar à pessoa idosa deve ser organizada a partir de uma perspectiva integral, interdisciplinar e articulada à APS. A experiência de Russas acrescenta, entretanto, uma dimensão prática ao demonstrar como esses princípios foram traduzidos na construção de fluxos, critérios de inclusão, instrumentos de acompanhamento e definição de responsabilidades entre eMulti e equipes de Saúde da Família.

Assim, o principal produto da experiência não se restringiu à criação de uma modalidade de atendimento domiciliar. O processo envolveu a construção de uma proposta de

organização do cuidado orientada pela corresponsabilização, pela avaliação multidimensional, pelo trabalho interdisciplinar e pela continuidade da atenção.

4 CONCLUSÃO

A experiência de construção do processo de implantação do PADI em Russas evidenciou que a implementação de uma estratégia de atenção domiciliar exige planejamento, organização dos processos de trabalho e construção coletiva entre os diferentes profissionais envolvidos. A definição dos critérios de elegibilidade, a avaliação multidimensional, a elaboração do plano de cuidados, a organização do acompanhamento, a reavaliação e a alta constituíram elementos centrais para a estruturação do modelo municipal.

A participação de fisioterapeuta, nutricionista, psicólogo e assistente social possibilitou incorporar diferentes perspectivas na organização do cuidado, considerando aspectos funcionais, nutricionais, emocionais, familiares e sociais relacionados às necessidades da pessoa idosa.

O processo de implantação possibilitou estruturar uma proposta de cuidado domiciliar articulada entre eMulti e equipes de Saúde da Família, tendo a pessoa idosa, sua família e o território como referências para a organização da atenção. A construção dos fluxos e instrumentos também estabeleceu bases para o acompanhamento sistemático dos usuários e para a futura avaliação dos resultados assistenciais.

Como perspectiva, o monitoramento da estratégia poderá permitir a análise de indicadores relacionados à funcionalidade, continuidade do cuidado, utilização dos serviços e qualidade da atenção prestada, contribuindo para o aperfeiçoamento do PADI e para sua consolidação no município.

Considerando o caráter recente da estratégia, o acompanhamento longitudinal da estratégia permitirá analisar seus efeitos sobre a funcionalidade, a autonomia e a continuidade do cuidado, além de possibilitar a avaliação de sua implementação em diferentes contextos da Atenção Primária à Saúde.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 22 set. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 9.584, de 22 de dezembro de 2025. Altera as Portarias de Consolidação GM/MS nºs 2, 5 e 6, de 28 de setembro de 2017, para instituir o Programa de Atenção Domiciliar à Pessoa Idosa – Padi e definir critérios para o repasse de incentivo financeiro adicional à equipe Multiprofissional – eMulti, no âmbito da Atenção Primária à Saúde – APS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2025.

DOI: 10.51161/iv-conasus/89722

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Nota Técnica Conjunta nº 99/2026-COCIP/COPID/DGCI/SAPS/MS**: apresenta diretrizes para a organização e a operacionalização das equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde (eMulti). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2026.

CECCON, Roger Flores et al. Atenção Primária em Saúde no cuidado ao idoso dependente e ao seu cuidador. **Ciência & Saúde Coletiva,** Rio de Janeiro, v. 26, n. 1, p. 99-108, 2021. DOI: 10.1590/1413-81232020261.30382020.

MEDEIROS, Kaio Keomma Aires Silva et al. O desafio da integralidade no cuidado ao idoso, no âmbito da Atenção Primária à Saúde. **Saúde em Debate,** Rio de Janeiro, v. 41, n. esp. 3, p. 288-295, 2017. DOI: 10.1590/0103-11042017S322.

MOTTA, Luciana Branco da; CALDAS, Célia Pereira; ASSIS, Mônica de. A formação de profissionais para a atenção integral à saúde do idoso: a experiência interdisciplinar do NAI - UNATI/UERJ. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 1143-1151, 2008. DOI: 10.1590/S1413-81232008000400010.

MREJEN, Matías; NUNES, Letícia; GIACOMIN, Karla. Envelhecimento populacional e saúde dos idosos: O Brasil está preparado. São Paulo: **Instituto de Estudos para Políticas de Saúde**, v. 51, n. 1, p. 4, 2023.

PEREIRA, J. D. A. et al. Equipes multiprofissionais na atenção domiciliar a idosos dependentes. **Revista Intellectus**, v. 63, n. 1, p. 98–118, 1 abr.2021.

PROCÓPIO, Laiane Claudia Rodrigues et al. A atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde: desafios e potencialidades. **Saúde em Debate**, 2019.

VIVÊNCIAS INCLUSIVAS: RELATO DE EXPERIÊNCIA

ELOÁR DE OLIVEIRA RAMOS; MARINA PEREIRA MOITA; ANA LETÍCIA RUFINO DA SILVA MOURA; ANTONIO ALBERTO TOMAZ DOS SANTOS

Introdução: A discussão sobre deficiência, acessibilidade e capacitismo na formação médica é essencial para uma prática inclusiva, humanizada e comprometida com os direitos das pessoas com deficiência. Nesse contexto, a disciplina Programa Integrado Saúde Comunidade (PISC) possibilitou a aproximação entre estudantes do primeiro semestre de Medicina da Faculdade ViaSapiens e a Associação de Pessoas com Deficiência de Tianguá (APCDT), promovendo diálogo e compreensão das demandas vivenciadas pela comunidade. **Objetivo:** Relatar a experiência de uma ação de extensão desenvolvida em parceria com a APCDT, destacando suas contribuições para a formação médica, o enfrentamento do capacitismo e a promoção da inclusão e do pertencimento social. **Relato de experiência:** A primeira aproximação ocorreu em visita à APCDT, com estudantes do primeiro semestre de Medicina, em uma roda de conversa pautada na escuta ativa. Os associados compartilharam vivências, permitindo identificar estigmas sociais, barreiras de acessibilidade e dificuldades cotidianas. Na segunda visita, estudantes e associados construíram coletivamente a ação no campus, valorizando sua autonomia e protagonismo. A ação ocorreu em três momentos. Pela manhã, o passeio sensorial no bosque promoveu contato com a natureza, integração e bem-estar para associados com deficiências física, visual e auditiva. À tarde, a vivência dos estudantes com cadeiras de rodas, vendas e protetores auriculares favoreceu a reflexão sobre barreiras e empatia. À noite, a apresentação de karatê com crianças neurodivergentes e a feirinha comunitária com artesanato, música, arte e arrecadação de roupas e alimentos fortaleceram a convivência e a valorização das potencialidades locais. A experiência evidenciou que a inclusão envolve acessibilidade, comunicação, autonomia e pertencimento, contribuindo para uma formação médica mais sensível. O principal desafio foi atender às diferentes necessidades dos participantes, reforçando a importância do planejamento e da adaptação das ações. **Conclusão:** A experiência aproximou estudantes e comunidade, ampliando a compreensão sobre deficiência e capacitismo para além da perspectiva clínica. A participação ativa dos associados evidenciou a importância do protagonismo e da escuta na construção de ações inclusivas. Para a formação médica, a vivência fortaleceu empatia, comunicação e compromisso com um cuidado integral, acessível e humanizado.

Palavras-chave: **FORMAÇÃO MÉDICA; PROMOÇÃO DA SAÚDE; INCLUSÃO SOCIAL**

DOI: 10.51161/iv-conasus/89728

HORTICULTURA TERAPÊUTICA COMO ESTRATÉGIA DE PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL E SOCIALIZAÇÃO EM POPULAÇÃO IDOSA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

MARIANA LOPES SOLA; CAROLAYNE NOGUEIRA SEGECS GUADAGNIN; ANNE MASCAGNI TAUCCI; LUANA VENERONI JALYS; CAROLINE DIOGO; JÚLIA ZANGALLI DA SILVA; LAURA CRISTINA PEREIRA MAIA.

RESUMO

O isolamento social e a depressão constituem desafios para a saúde mental da população idosa, com repercussões no bem-estar e na qualidade de vida. Nesse contexto, estratégias de intervenção comunitária são relevantes para a promoção da saúde psicossocial e do envelhecimento ativo. Este trabalho apresenta um relato de experiência extensionista do curso de Medicina, desenvolvido a partir da realização de uma oficina de horticultura terapêutica na Unidade Básica de Saúde Centro Policlínico Gentil Rstom, em São Caetano do Sul, em 22 de maio de 2026. A atividade teve como objetivo promover a socialização, o bem-estar mental e o engajamento comunitário dos idosos. Participaram idosos adscritos à UBS, Agentes Comunitários de Saúde e estudantes da área da saúde. As atividades envolveram a apresentação da horta vertical, orientações sobre técnicas de cultivo, plantio participativo de mudas de plantas aromáticas e culinárias, irrigação, confecção de placas identificatórias e troca de experiências. Observações qualitativas demonstraram elevado interesse e participação espontânea dos idosos, favorecendo a criação de vínculos sociais e a interação entre os participantes. A atividade possibilitou o compartilhamento de saberes, o fortalecimento da autonomia, a valorização de competências e o sentimento de pertencimento ao espaço comunitário. A interação intergeracional contribuiu para a ressignificação das experiências dos participantes e para a humanização do cuidado em saúde. Conclui-se que a horticultura terapêutica apresenta potencial como estratégia de promoção da saúde mental, socialização e participação comunitária dos idosos, estando alinhada aos princípios da saúde coletiva, da humanização do cuidado e do envelhecimento ativo.

Palavras-chave: Atenção primária à saúde**;** Envelhecimento ativo; Isolamento social.

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional global representa fenômeno demograficamente irreversível, particularmente acelerado em países em desenvolvimento. Projeta-se que em 2050, indivíduos com 60 anos ou mais representarão 20% da população mundial (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2026). No Brasil, estimativas apontam alcance de 32 milhões de idosos até 2025 (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2018).

Essa transição demográfica associa-se a desafios significativos em saúde mental. Estudos epidemiológicos revelam prevalência elevada de depressão, ansiedade e isolamento social em população idosa, particularmente em contextos urbanos com desagregação de vínculos comunitários (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2026).

DOI: 10.51161/iv-conasus/89733

O isolamento social e a solidão estão associados a maior mortalidade e que a magnitude do risco é comparável à de fatores de risco já estabelecidos. (HOLT-LUNSTAD et al., 2015).

Evidências científicas documentam que intervenções baseadas em atividades de cultivo promovem redução significativa de sintomas depressivos, fortalecimento de relações sociais e incremento de bem-estar psicológico na população idosa (ZHANG et al., 2022; XU et al., 2023). Horticultura terapêutica funciona como estratégia de ressignificação de ambiente comunitário, transformando espaços funcionais em espaços de encontro, aprendizado e afiliação social (NICHOLAS; GIANG; YAP, 2019).

Nesse contexto, iniciativas desenvolvidas no território da Atenção Primária à Saúde podem assumir papel relevante na criação de espaços de convivência e participação social para a população idosa (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2021). A utilização de ambientes da Unidade Básica de Saúde para atividades coletivas permite ampliar o cuidado para além das práticas assistenciais tradicionais, favorecendo a autonomia, pertencimento e fortalecimento de vínculos comunitários. A implantação de uma horta vertical apresenta-se, assim, como uma alternativa adaptável a espaços reduzidos, podendo associar atividade prática, contato com a natureza e interação social.

A extensão universitária representa pilar fundamental da formação médica contemporânea, transcendendo o modelo tradicional de ensino baseado exclusivamente em transferência de conhecimento. Por meio de projetos de extensão, estudantes desenvolvem competências críticas em saúde coletiva, educação popular em saúde e trabalho interprofissional, estabelecendo ponte essencial entre saberes acadêmicos e demandas reais da comunidade.

O presente trabalho relata a experiência de um projeto extensionista de implementação de oficina de horticultura terapêutica em ambiente de atenção primária à saúde, descrevendo percepções e observações relacionadas ao bem-estar, à socialização e ao sentimento de pertencimento da população idosa.

2 RELATO DE EXPERIÊNCIA

Contexto e participantes: Atividade realizada na Unidade Básica de Saúde Centro Policlínico Gentil Rstom, em São Caetano do Sul, São Paulo. Os participantes incluíram população idosa (60 anos ou mais) adscrita à unidade, com representatividade multissexual e socioeconômica diversa. A equipe de implementação constituiu-se de 14 estudantes de Medicina da Universidade Municipal de São Caetano do Sul (USCS), Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e docentes orientadores.

Cronologia da ação: O projeto estruturou-se em duas fases preparatórias (19-20 de maio de 2026) e uma fase de implementação principal (22 de maio de 2026). Fase preparatória contemplou construção física de horta vertical, preparo de substrato e seleção de mudas. A fase principal constitui-se de oficina comunitária intitulada "Encontro de Gerações: Saúde e Cultivo", com duração de três horas, realizada em espaço da UBS, focalizando a população idosa.

Descrição das atividades: A oficina iniciou-se com roda de conversa de acolhimento, apresentação de objetivos do projeto e apresentação dos participantes. Seguiu-se demonstração prática de técnicas de cultivo, manejo de plantas aromáticas (manjericão, sálvia, orégano, tomilho) e culinares (salsinha, cebolinha, hortelã). Idosos foram convidados a participar ativamente de plantio de mudas, manipulação de solo e substrato, irrigação e confecção de placas identificatórias.

A escolha pelo modelo vertical considerou as características do espaço disponível na UBS e buscou facilitar o acesso e o manejo das plantas, além de possibilitar a utilização de uma área reduzida. A estrutura foi composta por suportes fixados à parede e vasos suspensos,

DOI: 10.51161/iv-conasus/89733

permitindo melhor aproveitamento do espaço e favorecendo a participação dos idosos nas atividades de cultivo.

Como parte da estratégia de continuidade da intervenção, os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) foram capacitados para o manejo e a manutenção da horta vertical. A capacitação teve como finalidade possibilitar a continuidade dos cuidados com o espaço após a atividade extensionista, bem como favorecer a integração da iniciativa à rotina da unidade. A participação dos ACS também contribuiu para a aproximação entre a equipe de saúde, os estudantes e a população idosa.

A atividade privilegiou trabalho em pequenos grupos, facilitando a interação horizontal entre participantes idosos. Estudantes atuaram como mediadores de diálogo, estimulando compartilhamento de experiências prévias de cultivo, receitas tradicionais e memórias associadas a atividades agrícolas. Conversas informais documentaram resgate de narrativas familiares, transmissão de saberes intergeracionais e construção de vínculos significativos.

Os idosos demonstraram grande interesse em participar da oficina, auxiliando no plantio e se entusiasmando com a iniciativa. A interação promoveu o fortalecimento do vínculo da população alvo com o ambiente da UBS, tornando o espaço acolhedor.

Encerramento incluiu confraternização, degustação de alimentos preparados à base de plantas da horta (quando disponível) e discussão de possibilidades de cuidado continuado da horta pela comunidade, particularmente por meio de ACS previamente capacitada.

Figura 1 - Estrutura da horta na parede externa da Unidade Básica de Saúde.
Fonte: Acervo dos autores (2026)

3 DISCUSSÃO

Engajamento e participação comunitária: A oficina registrou participação espontânea de número significativo de idosos da área de abrangência da Unidade Básica de Saúde, com elevado envolvimento nas atividades propostas. Os participantes demonstraram iniciativa para sugerir modificações na estrutura da horta, compartilhar conhecimentos relacionados ao cultivo e auxiliar mutuamente nas atividades práticas. Esse comportamento sugere que a intervenção ultrapassou o caráter de uma atividade meramente educativa, favorecendo a participação ativa dos idosos na construção e no desenvolvimento da ação (WANG et al., 2022).

Os relatos verbais indicaram percepção positiva de acolhimento no espaço comunitário, reforço da autonomia e reconhecimento da capacidade de contribuição dos participantes. O interesse manifestado em continuar colaborando com a manutenção periódica da horta sugere possibilidade de apropriação comunitária da iniciativa. Nesse sentido, a participação dos idosos não se restringiu à condição de receptores de uma intervenção em

saúde, mas os posicionou como sujeitos ativos, portadores de conhecimentos e experiências que puderam ser compartilhados com estudantes e profissionais.

A dinâmica estabelecida entre estudantes, idosos e Agentes Comunitários de Saúde também favoreceu uma relação mais horizontal entre os participantes. Os estudantes assumiram postura de aprendizado diante dos conhecimentos prévios dos idosos, especialmente aqueles relacionados ao cultivo, preparo de alimentos e experiências familiares com plantas. Essa troca contribuiu para a valorização do saber experiencial e para a construção de vínculos intergeracionais, aspecto particularmente relevante em estratégias de promoção do envelhecimento ativo.

Impacto em saúde mental e socialização: As observações qualitativas realizadas durante a oficina evidenciaram manifestações de bem-estar, incluindo expressões faciais de alegria, risadas compartilhadas, conversas espontâneas e comportamentos de cuidado mútuo. Embora tais observações não permitam quantificar mudanças em sintomas psicológicos ou estabelecer relações causais, indicam que a atividade proporcionou um ambiente favorável à interação social e à expressão de afetos positivos durante o período de realização da intervenção.

Esse achado é coerente com evidências previamente descritas na literatura sobre os potenciais benefícios da horticultura terapêutica para a população idosa. Revisões sistemáticas e meta-análises indicam que intervenções de horticultura podem estar associadas à melhora do humor, da qualidade de vida, do bem-estar psicológico e da interação social entre pessoas idosas (WANG et al., 2022; LIN et al., 2022; YUN et al., 2023). Estudos de síntese também identificaram efeitos favoráveis sobre sintomas depressivos, especialmente em intervenções que envolvem a participação ativa dos idosos nas atividades de cultivo (ZHANG; WANG; FANG, 2022; XU et al., 2023). A atividade de cultivo pode integrar contato com a natureza, realização de tarefas significativas, estímulos sensoriais, atividade prática e oportunidades de interação social, constituindo uma estratégia complementar de promoção do bem-estar e de cuidado ampliado na população idosa.

No contexto desta experiência, o componente social mostrou-se particularmente relevante. As narrativas produzidas pelos participantes possibilitaram a expressão de aspectos de suas trajetórias de vida que não estavam diretamente relacionados à doença ou à condição clínica estimulando o compartilhamento de memórias, receitas tradicionais e conhecimentos relacionados ao cultivo. Dessa forma, a oficina favorece uma percepção do idoso para além da perspectiva biomédica, valorizando sua história, suas habilidades e sua capacidade de produzir e transmitir conhecimento.

O compartilhamento de técnicas tradicionais de cultivo também contribuiu para a transmissão intergeracional de saberes. A relação estabelecida entre estudantes e idosos possibilitou uma inversão parcial da lógica tradicional de transmissão de conhecimento, na qual os estudantes não atuaram apenas como transmissores de informações em saúde, mas também como aprendizes diante das experiências acumuladas pelos participantes.

Além disso, estudos sobre horticultura terapêutica em idosos descrevem possíveis efeitos positivos sobre aspectos relacionados à saúde mental e à qualidade do sono, reforçando a plausibilidade de sua utilização como estratégia complementar de promoção da saúde (WANG et al., 2023). Entretanto, no presente relato, não foram utilizados instrumentos padronizados de avaliação de depressão, ansiedade, qualidade de vida ou isolamento social. Portanto, os achados devem ser interpretados como observações qualitativas da experiência, não sendo possível afirmar que a intervenção tenha produzido redução de sintomas ou efeitos sustentados sobre a saúde mental dos participantes.

Ressignificação do espaço comunitário: Outro aspecto relevante observado foi a transformação do ambiente da Unidade Básica de Saúde. A implantação da horta vertical modificou um espaço predominantemente funcional-administrativo, acrescentando elementos

naturais, cores, aromas e possibilidade de contato tátil. A escolha do modelo vertical mostrou-se adequada às características físicas da unidade, permitindo o aproveitamento de área reduzida e facilitando o acesso dos participantes às plantas.

A transformação física do espaço esteve associada à sua transformação simbólica. A UBS passou a funcionar não apenas como local destinado ao atendimento de doenças, mas também como ambiente de convivência, aprendizagem e participação social. Essa ressignificação aproxima-se de uma concepção ampliada de promoção da saúde, na qual os ambientes de cuidado podem favorecer autonomia, relações sociais e participação comunitária.

A utilização de uma horta em pequenos espaços apresenta ainda potencial de replicabilidade em outras unidades de Atenção Primária, especialmente em contextos urbanos nos quais a disponibilidade de áreas externas é limitada. A estrutura vertical permite adaptar a atividade às características arquitetônicas de diferentes serviços, mantendo o componente participativo do cultivo. Nesse sentido, a experiência apresenta uma alternativa de baixo espaço físico para incorporar atividades coletivas de promoção da saúde ao cotidiano dos serviços.

Continuidade e integração com a Atenção Primária: A capacitação dos Agentes Comunitários de Saúde para o manejo e a manutenção da horta constituiu uma estratégia importante para reduzir a dependência da intervenção em relação ao grupo universitário. A participação dos ACS possibilita que a iniciativa seja incorporada à rotina da unidade e mantenha vínculo com a população do território após o encerramento da atividade extensionista.

A continuidade é particularmente relevante porque ações pontuais podem produzir benefícios restritos ao momento de sua realização. A manutenção periódica da horta e a possibilidade de novos encontros podem transformar uma atividade isolada em uma estratégia permanente de convivência e promoção da saúde. Além disso, os ACS, por sua proximidade com as famílias e conhecimento das características do território, podem contribuir para identificar idosos interessados em participar, estimular a adesão e fortalecer a articulação entre comunidade e serviço de saúde.

Dessa forma, a experiência demonstra a possibilidade de integração entre universidade, serviço de saúde e comunidade. Os estudantes contribuíram com planejamento, execução e mediação das atividades; os profissionais da UBS favoreceram a inserção da ação no território; e os idosos participaram ativamente da construção e continuidade da proposta. Essa articulação constitui um componente relevante da extensão universitária e aproxima a formação médica das necessidades concretas da população.

Contribuições para a formação médica: A experiência também apresentou repercussões no processo formativo dos estudantes de Medicina. O contato direto com a população idosa em uma atividade não centrada na doença permitiu ampliar a compreensão sobre envelhecimento, saúde mental, participação social e determinantes sociais da saúde. A interação favoreceu o desenvolvimento de competências relacionadas à comunicação, escuta qualificada, trabalho em equipe, educação em saúde e valorização dos conhecimentos da comunidade.

Limitações e perspectivas: Entre as principais limitações da experiência está a natureza predominantemente qualitativa das observações realizadas. Não foram aplicados instrumentos validados antes e após a intervenção, nem realizado acompanhamento longitudinal dos participantes. Dessa forma, não é possível mensurar objetivamente mudanças em sintomas depressivos, ansiedade, qualidade de vida, isolamento social ou outros indicadores de saúde mental. Além disso, a experiência foi realizada em uma única unidade de saúde e em período limitado, o que restringe a possibilidade de generalização dos resultados.

DOI: 10.51161/iv-conasus/89733

Apesar dessas limitações, a experiência demonstra viabilidade operacional e potencial da horticultura terapêutica como prática complementar no contexto da Atenção Primária à Saúde. Estudos futuros poderão utilizar delineamentos longitudinais, instrumentos padronizados e acompanhamento periódico dos participantes para avaliar de forma mais objetiva seus efeitos sobre qualidade de vida, bem-estar, saúde mental, participação social e vínculos comunitários. Também seria relevante investigar a sustentabilidade da horta ao longo do tempo e sua possibilidade de reprodução em diferentes unidades e territórios.

Nesse sentido, a experiência sugere que iniciativas simples, participativas e adaptadas aos recursos disponíveis no território podem contribuir para ampliar as possibilidades de cuidado oferecidas pela Atenção Primária. A horticultura terapêutica não deve ser compreendida como substituta das intervenções clínicas necessárias, mas como estratégia complementar capaz de integrar dimensões ambientais, sociais, psicológicas e educativas no cuidado à população idosa.

4 CONCLUSÃO

A experiência evidenciou o potencial da horticultura terapêutica como estratégia de promoção do bem-estar, socialização e fortalecimento dos vínculos comunitários entre pessoas idosas na Atenção Primária à Saúde. As atividades de plantio proporcionaram momentos de convivência, troca de experiências e valorização dos conhecimentos e habilidades dos participantes, favorecendo o sentimento de pertencimento e participação social.

A implantação da horta vertical também possibilitou a ressignificação de um espaço da Unidade Básica de Saúde, transformando-o em um ambiente de convivência e participação comunitária. A capacitação dos Agentes Comunitários de Saúde favoreceu a continuidade da iniciativa e a manutenção do espaço após a ação extensionista, demonstrando seu potencial de aplicação em outras unidades de saúde.

Para os estudantes, a experiência proporcionou contato direto com a população idosa e com o território, contribuindo para o desenvolvimento de competências relacionadas à comunicação, trabalho em equipe, educação em saúde e humanização do cuidado. Dessa forma, a ação aproximou a formação médica das necessidades da comunidade e reforçou a importância de práticas participativas na promoção da saúde e do envelhecimento ativo.

Embora os resultados observados sejam predominantemente qualitativos, a experiência demonstra a viabilidade e o potencial da horticultura terapêutica como prática complementar na Atenção Primária, sendo recomendados estudos futuros para avaliar seus efeitos de forma quantitativa e longitudinal sobre aspectos como qualidade de vida, bem-estar e socialização da população idosa.

REFERÊNCIAS

HOLT-LUNSTAD, Julianne; SMITH, Timothy B.; BAKER, Mark; HARRIS, Tyler; STEPHENSON, David. Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: a meta-analytic review. *Perspectives on Psychological Science*, v. 10, n. 2, p. 227-237, 2015. DOI: 10.1177/1745691614568352. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25910392/. Acesso em: 26 maio 2026.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Projeções da população: Brasil e Unidades da Federação: revisão 2018*. 2. ed. Rio de Janeiro: IBGE, 2018. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101597.pdf. Acesso em: 26 maio 2026.

NICHOLAS, Sean O.; GIANG, Anh T.; YAP, Philip L. K. The effectiveness of horticultural therapy on older adults: a systematic review. *Journal of the American Medical Directors Association*, v. 20, n. 10, p. 1351.e1-1351.e11, 2019. DOI: 10.1016/j.jamda.2019.06.021. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31402135/. Acesso em: 26 maio 2026.

SHEN, Jui-Ling; HUNG, Bao-Lien; FANG, Shih-Hua. Horticulture therapy affected the mental status, sleep quality, and salivary markers of mucosal immunity in an elderly population. *Scientific Reports*, v. 12, 10246, 2022. DOI: 10.1038/s41598-022-14534-x. Disponível em: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9205955/. Acesso em: 26 maio 2026.

SILVA, Mônica Roberta Rocha da; BARRETO, Lívia Cristina Lira de Sá. Horta em pequenos espaços: uma cartilha educativa para promover bem-estar e envelhecimento ativo. *Diálogos em Gerontologia*, v. 1, n. 3, 2025. Disponível em: https://revista.redegeronto.com.br/index.php/dialogos/article/view/133. Acesso em: 26 maio 2026.

SOUZA, S. C. et al. Horticultura como atividade ocupacional para membros do centro de convivência do idoso. *Revista Extensão*, v. 9, n. 7, p. 26-30, 2025. Disponível em: https://revista.unitins.br/index.php/extensao/article/view/10451. Acesso em: 26 maio 2026.

WANG, Zhijie; ZHANG, Yu; LU, Shanshan; TAN, Linlin; GUO, Wei; LOWN, Mark; HU, Xiaoyang; LIU, Jianping. Horticultural therapy for general health in the older adults: a systematic review and meta-analysis. *PLoS ONE*, v. 17, n. 2, e0263598, 2022. DOI: 10.1371/journal.pone.0263598. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35143551/. Acesso em: 26 maio 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Healthy ageing and functional ability*. Geneva: WHO, 2020. Disponível em: https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/healthy-ageing-and-functional-ability. Acesso em: 26 maio 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Social isolation and loneliness among older people: advocacy brief*. Geneva: WHO, 2021. Disponível em: https://www.who.int/publications/i/item/9789240030749. Acesso em: 26 maio 2026.

XU, Meijing; LU, Shan; LIU, Jianjiao; XU, Feng. Effectiveness of horticultural therapy in aged people with depression: a systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Public Health*, v. 11, 1142456, 2023. DOI: 10.3389/fpubh.2023.1142456. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36969640/. Acesso em: 26 maio 2026.

YUN, Jiayue; YAO, Wenfei; MENG, Tian et al. Effects of horticultural therapy on health in the elderly: a review and meta-analysis. *Journal of Public Health*, 2023. DOI: 10.1007/s10389-023-01938-w. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37361284/. Acesso em: 26 maio 2026.

ZHANG, Ya Wei; WANG, Jun; FANG, Tian Hong. The effect of horticultural therapy on depressive symptoms among the elderly: a systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Public Health*, v. 10, 953363, 2022. DOI: 10.3389/fpubh.2022.953363. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36091570/. Acesso em: 26 maio 2026.

USO DA INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL COMO ESTRATÉGIA DE GESTÃO PARA A OTIMIZAÇÃO DE FILAS DE ESPERA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS): UMA REVISÃO NARRATIVA

Instituição: Faculdade de Medicina do Sertão (FMS)
Autor: RABECH KAREN MONTEIRO SOARES
Orientadora: DRA. CHRISTIANE MARCELA SOUZA DE OLIVEIRA
Médica Pediatra e Especialista em Alergia e Imunologia Pediátrica
CRM-PE 13729

RESUMO

O Sistema Único de Saúde (SUS) enfrenta desafios relacionados à organização do acesso e à gestão das filas de espera para consultas especializadas, exames e procedimentos. Nesse contexto, a Inteligência Artificial (IA) apresenta potencial para apoiar gestores e profissionais na análise de grandes volumes de dados e na tomada de decisões relacionadas à regulação do acesso. O objetivo deste estudo é analisar as potencialidades e os desafios da utilização da IA como estratégia de gestão para a otimização das filas de espera no SUS. Trata-se de uma revisão narrativa da literatura, realizada a partir de buscas em bases científicas e fontes institucionais selecionadas. Foram utilizados oito trabalhos, publicados entre 2020 e 2026. A análise evidenciou potencialidades relacionadas à previsão de demanda, à identificação de padrões assistenciais, à estimativa de tempos de espera, ao risco de absenteísmo e ao apoio à priorização de pacientes segundo critérios clínicos previamente estabelecidos. Tais aplicações podem contribuir para uma gestão mais proativa e eficiente dos recursos disponíveis. Entretanto, a implementação dessas tecnologias depende da qualidade e disponibilidade dos dados, da interoperabilidade dos sistemas de informação, da infraestrutura tecnológica e da capacitação dos profissionais. Destacam-se ainda desafios relacionados à privacidade, à transparência dos algoritmos, à possibilidade de vieses e à necessidade de supervisão humana. Conclui-se que a IA pode constituir uma ferramenta relevante para qualificar a gestão das filas de espera no SUS, desde que sua incorporação ocorra de forma ética, segura, baseada em evidências e articulada às estratégias de Saúde Digital e à garantia da equidade no acesso.

Palavras-chave: Algoritmos Preditivos; Regulação do Acesso; Saúde Digital.

1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS), estruturado a partir dos princípios da universalidade, integralidade e equidade, possui o desafio permanente de garantir acesso oportuno e organizado aos diferentes níveis de atenção. Entretanto, a elevada demanda por consultas especializadas, exames diagnósticos e procedimentos pode contribuir para a formação de filas de espera e para dificuldades relacionadas à regulação do acesso aos serviços de saúde.

A gestão dessas filas exige acompanhamento contínuo da demanda, da disponibilidade de recursos e das necessidades clínicas da população. Sistemas convencionais de regulação e agendamento podem apresentar dificuldades para analisar grandes volumes de informações e responder rapidamente às mudanças no perfil epidemiológico, à procura pelos serviços e à capacidade assistencial disponível. Além disso, o absenteísmo em consultas e exames pode

DOI: 10.51161/iv-conasus/89741

comprometer a utilização eficiente das vagas e contribuir para o aumento do tempo de espera dos usuários (CARRERAS-GARCÍA et al., 2020; AHMADZADEH et al., 2025).

Nesse cenário, a transformação digital vem assumindo papel estratégico para o fortalecimento dos sistemas de saúde. No Brasil, a Estratégia de Saúde Digital para o Brasil 2020–2028 estabelece diretrizes para a transformação digital do setor, incluindo o fortalecimento da integração e da interoperabilidade das informações em saúde. Relatórios de monitoramento da estratégia também destacam a importância do desenvolvimento contínuo das capacidades digitais no SUS (BRASIL, 2020; BRASIL, 2023).

A Inteligência Artificial, especialmente por meio de técnicas de aprendizado de máquina, pode contribuir para a análise de dados históricos e operacionais, permitindo a identificação de padrões e a elaboração de previsões capazes de auxiliar gestores na organização dos serviços. Estudos sobre previsão de demanda, estimativa de tempos de espera, fluxo de pacientes e organização de recursos demonstram aplicações potenciais dessas ferramentas, embora também ressaltem a necessidade de validação dos modelos e de avaliação de sua utilização em contextos reais (GLOYN et al., 2026; NUNES et al., 2025; AHMADZADEH et al., 2025).

Além das potencialidades operacionais, a incorporação da IA nos sistemas de saúde exige atenção à ética, à transparência, à proteção de dados, à equidade e à supervisão humana. Organismos internacionais ressaltam que essas tecnologias devem ser implementadas de forma responsável, baseada em evidências e orientada pelas necessidades da população (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2021; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2021).

Dessa forma, este trabalho tem como objetivo analisar, por meio de uma revisão narrativa da literatura, o potencial da Inteligência Artificial como estratégia de gestão para a otimização das filas de espera no SUS, destacando suas possíveis aplicações, limitações e desafios éticos, estruturais e operacionais.

2 MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo e analítico, caracterizado como uma revisão narrativa da literatura. Essa abordagem permite reunir e discutir conhecimentos científicos e institucionais sobre um tema amplo e multidisciplinar, possibilitando uma análise interpretativa das potencialidades e dos desafios relacionados à aplicação da Inteligência Artificial na gestão dos serviços de saúde.

A busca bibliográfica foi realizada no mês de agosto de 2026, utilizando as bases Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Scientific Electronic Library Online (SciELO) e PubMed, complementada por documentos institucionais do Ministério da Saúde, da Organização Mundial da Saúde (OMS) e da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Foram utilizados termos relacionados à temática, incluindo “Inteligência Artificial”, “Aprendizado de Máquina”, “Gestão de Filas”, “Regulação em Saúde”, “Saúde Digital”, “Sistema Único de Saúde”, “Machine Learning”, “Waiting Time”, “Appointment Scheduling” e “No-Show”.

Foram priorizadas publicações publicadas entre 2020 e 2026 que abordassem a utilização de tecnologias digitais, algoritmos preditivos, Inteligência Artificial ou modelos computacionais aplicados à organização dos serviços de saúde, à previsão de demanda, à gestão de agendamentos, à estimativa de tempos de espera e à regulação do acesso. Também foram incluídos documentos institucionais relevantes para a contextualização da Saúde Digital, da interoperabilidade e da governança da Inteligência Artificial no SUS.

Foram excluídos estudos duplicados e publicações sem relação direta com a gestão, organização ou acesso aos serviços de saúde. A seleção dos materiais ocorreu mediante leitura dos títulos, resumos e, quando pertinente, do texto completo, seguida de análise qualitativa e

DOI: 10.51161/iv-conasus/89741

interpretativa dos principais achados. Ao final do processo, foram selecionados oito trabalhos para compor a revisão narrativa.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 Potencialidades da Inteligência Artificial na gestão das filas de espera

Previsão de demanda e planejamento de recursos

Modelos de aprendizado de máquina podem utilizar informações históricas sobre atendimentos, sazonalidade, perfil epidemiológico, disponibilidade de recursos e outras variáveis para estimar futuras demandas por serviços. A utilização dessas previsões pode auxiliar gestores no planejamento da capacidade assistencial e na identificação antecipada de possíveis gargalos.

No contexto das filas de espera, a previsão de demanda pode favorecer uma atuação mais proativa dos serviços, permitindo a identificação de períodos de maior procura e auxiliando no planejamento da distribuição de profissionais, horários e recursos disponíveis. A literatura sobre modelos de previsão de tempo de espera e fluxo assistencial também aponta potencial para melhorar estimativas e apoiar decisões, embora seja necessária validação antes da incorporação à rotina.

Apoio à priorização clínica e à regulação

Outra aplicação potencial da IA está relacionada ao apoio à organização das filas conforme critérios clínicos e de risco previamente estabelecidos. Algoritmos podem auxiliar na identificação de padrões associados a diferentes necessidades assistenciais e fornecer informações adicionais para subsidiar o trabalho das equipes responsáveis pela regulação.

Entretanto, a Inteligência Artificial não deve substituir a avaliação profissional. Decisões relacionadas à prioridade assistencial devem permanecer submetidas a critérios clínicos, protocolos institucionais, supervisão humana e princípios éticos.

Redução do absenteísmo e melhor utilização das vagas

O não comparecimento a consultas e procedimentos pode resultar na perda de vagas e no uso ineficiente da capacidade assistencial disponível. Além disso, o absenteísmo pode contribuir para o prolongamento das filas e dificultar o planejamento adequado dos serviços.

Nesse sentido, modelos preditivos podem ser utilizados para estimar a probabilidade de não comparecimento com base em informações históricas e características relacionadas aos agendamentos. A identificação antecipada de usuários com maior risco de absenteísmo pode subsidiar intervenções direcionadas, embora seus efeitos e impactos sobre a equidade devam ser avaliados.

No contexto do SUS, essas ferramentas poderiam contribuir para a identificação de vagas com maior risco de não utilização e para a adoção de estratégias direcionadas de confirmação e acompanhamento, desde que respeitados os princípios da equidade e da proteção dos usuários.

3.2 Desafios para a implementação da IA no SUS

Qualidade e interoperabilidade dos dados

Apesar das potencialidades identificadas, a incorporação da Inteligência Artificial à gestão das filas de espera enfrenta importantes desafios relacionados aos dados, à infraestrutura, à governança e à preparação dos profissionais. A eficiência de sistemas baseados em IA depende diretamente da qualidade, disponibilidade e organização dos dados utilizados. Informações incompletas, inconsistentes ou fragmentadas podem comprometer o desempenho dos algoritmos e produzir resultados inadequados.

Nesse contexto, a interoperabilidade representa um elemento fundamental para a transformação digital do SUS, pois a integração e o compartilhamento de informações em saúde podem favorecer a continuidade do cuidado e subsidiar atividades de planejamento, monitoramento e gestão.

DOI: 10.51161/iv-conasus/89741

Vieses algorítmicos e equidade

Modelos treinados a partir de dados históricos podem reproduzir desigualdades já existentes nos sistemas de saúde. Dessa forma, um algoritmo utilizado para apoiar decisões relacionadas à priorização ou ao acesso pode produzir resultados injustos caso não seja adequadamente desenvolvido, avaliado e monitorado.

Esse aspecto é particularmente relevante no SUS, considerando as diferenças regionais, sociais e estruturais existentes no território brasileiro. Por isso, a utilização da IA deve considerar princípios como equidade, não discriminação, transparência, proteção de dados, responsabilidade e supervisão humana.

Infraestrutura, governança e capacitação profissional

A implementação de soluções baseadas em Inteligência Artificial requer infraestrutura tecnológica adequada, disponibilidade de dados, conectividade, segurança da informação e profissionais capacitados para desenvolver, avaliar e utilizar essas ferramentas.

A incorporação responsável da IA na saúde exige preparação institucional relacionada à governança, à qualidade dos dados, às capacidades técnicas, à ética e à sustentabilidade das soluções. No contexto brasileiro, essas exigências representam desafios adicionais diante das desigualdades existentes entre regiões e municípios. Por isso, a adoção da IA deve ocorrer de maneira progressiva, baseada em evidências e adaptada às diferentes realidades dos serviços de saúde.

4 CONCLUSÃO

A Inteligência Artificial apresenta potencial para contribuir com a modernização da gestão das filas de espera no Sistema Único de Saúde. Entre suas principais possibilidades estão a previsão de demanda, a estimativa de tempos de espera, o apoio à organização do fluxo de pacientes, a identificação do risco de absenteísmo e o fornecimento de informações para subsidiar processos de regulação.

A utilização dessas tecnologias pode favorecer uma gestão mais proativa dos recursos disponíveis e contribuir para a qualificação do acesso aos serviços de saúde. Entretanto, os benefícios não dependem exclusivamente da tecnologia utilizada. A qualidade dos dados, a interoperabilidade entre os sistemas, a infraestrutura digital, a governança e a capacitação profissional são fatores fundamentais para o sucesso de sua implementação.

Além disso, decisões relacionadas ao acesso e à priorização de pacientes exigem atenção especial aos princípios da equidade, da transparência e da proteção de dados. Dessa forma, a Inteligência Artificial deve ser compreendida como uma ferramenta de apoio à decisão, e não como substituta da avaliação humana e dos critérios clínicos estabelecidos.

Conclui-se que a incorporação responsável da IA pode representar uma oportunidade para fortalecer a gestão do SUS e aprimorar a organização das filas de espera. Contudo, sua implementação deve ser baseada em evidências científicas, validação contínua, governança adequada e compromisso permanente com os princípios que orientam o sistema público de saúde.

REFERÊNCIAS

AHMADZADEH, B. et al. Artificial Intelligence Solutions to Improve Emergency Department Wait Times: Living Systematic Review. Journal of Emergency Medicine, v. 75, p. 174-187, 2025. DOI: 10.1016/j.jemermed.2025.05.031.

BRASIL. Ministério da Saúde. Estratégia de Saúde Digital para o Brasil 2020–2028. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. 4º Relatório de monitoramento e avaliação da Estratégia de Saúde Digital para o Brasil 2020–2028. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023.

CARRERAS-GARCÍA, D. et al. Patient no-show prediction: a systematic literature review. Entropy, v. 22, n. 6, p. 675, 2020. DOI: 10.3390/e22060675.

GLOYN, T. et al. Using artificial intelligence to predict patient wait times in the emergency department: A scoping review. Artificial Intelligence in Medicine, v. 171, p. 103316, 2026. DOI: 10.1016/j.artmed.2025.103316.

NUNES, A. L. et al. Impact of artificial intelligence on hospital admission prediction and flow optimization in health services: a systematic review. International Journal of Medical Informatics, v. 204, p. 106057, 2025. DOI: 10.1016/j.ijmedinf.2025.106057.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Política sobre a aplicação da ciência de dados em saúde pública mediante a inteligência artificial e outras tecnologias emergentes. Washington, D.C.: OPAS, 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Ethics and governance of artificial intelligence for health: WHO guidance. Geneva: World Health Organization, 2021.

COBERTURA VACINAL DO ROTAVÍRUS NO PERÍODO DE 2019 A 2024 NO PARANÁ

GIOVANNA DE LARA MOREIRA ALVES; GIOVANNA LUPI GASPARINI; JÚLIA GABRIEL FÁVARO; JULIANA REGINA DESTRO

INTRODUÇÃO: A vacina contra o Rotavírus é fundamental na redução da morbidade e mortalidade por gastroenterite viral infantil, especialmente em países em desenvolvimento com saneamento limitado. No Brasil, sua introdução no Programa Nacional de Imunizações (PNI), em 2006, contribuiu para reduzir internações e óbitos por diarreia. Contudo, a cobertura vacinal tem enfrentado desafios recentes devido à desigualdade socioeconômica, hesitação vacinal e dificuldades logísticas, resultando em índices abaixo das metas da OMS em regiões vulneráveis. Este trabalho analisa os determinantes da cobertura vacinal contra o Rotavírus no Paraná. **OBJETIVO:** Comparar a cobertura vacinal contra o Rotavírus registrada no Paraná entre 2019 e 2024. **MÉTODOS:** Estudo epidemiológico, observacional, descritivo, do tipo levantamento, com base em dados secundários do Datasus (sistema de informação do SUS), referentes a imunizações e doses aplicadas contra o Rotavírus no Paraná, no período de 2019 a 2024. **RESULTADOS:** A cobertura vacinal apresentou variações expressivas no período analisado, refletindo diferentes contextos sociais e sanitários. Em 2019, atingiu 90,8%, dentro das metas do PNI. Nos anos seguintes, houve queda: 87,52% em 2020 e 82,01% em 2021. A recuperação iniciou-se em 2022 (84,87%), avançando para 93,57% em 2023 — o maior índice do período — e recuando para 90,06% em 2024, ainda assim mantendo-se elevado. **CONCLUSÃO:** Os dados confirmam oscilações na cobertura vacinal, associadas à pandemia de COVID-19 e à disseminação de notícias falsas, que agravaram a desinformação da população. Esse cenário reforça a necessidade de estratégias que promovam maior adesão à vacinação, contribuindo para a prevenção de surtos futuros e a manutenção dos avanços conquistados. Destaca-se, assim, a importância da educação continuada em saúde, do enfrentamento ao movimento antivacina e do fortalecimento da Atenção Primária em Saúde.

Palavras-chave: **COBERTURA VACINAL; PREVALÊNCIA DA VACINAÇÃO DO ROTAVÍRUS; PNI**

DOI: 10.51161/iv-conasus/89748

A GAMIFICAÇÃO COMO METODOLOGIA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE PARA QUALIFICAÇÃO DA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR

LEONARA RADDAI GUNTHER DE CAMPOS; AURIANE SOUSA FAGUNDES; THYEGO MYCHELL MOREIRA SANTOS; DANIELA SANCHES COUTO; CAROLINE PEREIRA DA SILVA

Introdução: A gestão da qualidade assistencial e a segurança do paciente constituem pilares da assistência hospitalar, especialmente na prevenção de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde, nas quais a higienização das mãos representa uma prática essencial. Entretanto, dificuldades na adesão aos cinco momentos recomendados evidenciam a necessidade de estratégias educativas capazes de promover maior participação dos profissionais. Nesse contexto, a gamificação apresenta-se como metodologia ativa capaz de transformar conteúdos técnicos em experiências educativas interativas. **Objetivo:** Propor e aplicar uma ação de educação permanente baseada em gamificação para profissionais de saúde, visando fortalecer o conhecimento sobre os cinco momentos da higienização das mãos e contribuir para a qualificação da assistência e da segurança do paciente. **Metodologia:** A ação educativa "Jogo dos 5 momentos na higienização das mãos" foi realizada em maio de 2025, no Hospital Municipal do interior de Mato Grosso, abrangendo os servidores dos plantões pares e ímpares, diurnos e noturnos. Participaram 120 profissionais e 20 estudantes, organizados em 51 equipes. A atividade iniciou-se com vídeo disparador, seguido de reforço conceitual e aplicação de jogo de tabuleiro, no qual as equipes associaram cada momento de higienização à proteção correspondente e à justificativa de sua realização. As respostas foram registradas em formulário eletrônico e, posteriormente, os participantes responderam individualmente a um quiz online. **Resultados:** Identificou-se variação no desempenho entre os cinco momentos. No Momento 1, os acertos foram de 98,0% na identificação, 70,6% na justificativa e 90,2% na proteção. No Momento 2, foram 88,2%, 58,8% e 72,5%, respectivamente. No Momento 3, observaram-se 60,8%, 54,9% e 82,4%. No Momento 4, os percentuais foram 60,8%, 45,1% e 78,4%. No Momento 5, alcançaram 80,4%, 80,4% e 88,2%. Os resultados evidenciaram maior domínio na identificação e proteção em alguns momentos, enquanto as justificativas apresentaram maiores fragilidades conceituais. **Conclusão:** A experiência demonstrou o potencial da gamificação como metodologia ativa para ações de educação permanente em saúde, possibilitando participação coletiva, integração entre teoria e prática e identificação de lacunas de conhecimento. A estratégia mostrou-se aplicável ao contexto hospitalar e apresenta potencial para fortalecer a cultura de segurança do paciente e qualificar práticas relacionadas à higienização das mãos.

Palavras-chave: **: EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE; GAMIFICAÇÃO; HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS**

DOI: 10.51161/iv-conasus/89755

CUIDADO NEGLIGENCIADO: MATERNIDADE, SOFRIMENTO E RISCO DE INFANTICÍDIO SOB ÓTICA PSICANALÍTICA NO SUS

NICOLE RAIZA BARROS DA SILVA; ANA MARIA SÁ BARRETO MACIEL

RESUMO

Introdução: A construção histórica e cultural impõe à mulher um ideal de maternidade marcado pela abnegação e pelo sacrifício, apresentado como expressão natural de sua condição, quando constitui norma social e de gênero. Essa representação dificulta o reconhecimento da experiência materna como espaço de ambivalência, angústia, exaustão e conflito, sentimentos que, quando silenciados e não acolhidos, podem intensificar-se e evoluir para quadros como depressão pós-parto e psicose puerperal, elevando o risco de infanticídio. **Objetivo:** Compreender, sob a perspectiva da psicanálise, especialmente do referencial lacaniano, a relação entre maternidade, sofrimento psíquico e risco de infanticídio, discutindo possibilidades de prevenção e cuidado oferecidas pela rede de saúde mental do Sistema Único de Saúde. **Metodologia:** Trata-se de pesquisa qualitativa, realizada por meio de revisão bibliográfica fundamentada no referencial psicanalítico, considerando os fenômenos psíquicos atravessados por construções históricas, culturais e sociais. Essa perspectiva permite analisar como normas e expectativas sociais reduzem a mulher à função materna e reprodutiva, ocultando sua subjetividade. **Resultados:** O ideal de "boa mãe" exige dedicação ilimitada e sobreposição dos interesses da criança aos da própria mulher, fazendo com que sentimentos de rejeição, cansaço ou desejo de afastamento sejam vividos como falha moral, dificultando a fala e a busca por ajuda. A prevenção do risco extremo, como o infanticídio, inicia-se na escuta qualificada durante o pré-natal e acompanhamento puerperal, com reconhecimento de condições sociais e relacionais adversas. A psicanálise revela que a experiência materna não se esgota na dimensão biológica, sendo atravessada pelo desejo, pela ambivalência e por conflitos que podem gerar sofrimento. **Conclusão:** O sofrimento materno é frequentemente vivenciado como fracasso pessoal diante de um ideal inatingível. A psicanálise mostra-se fundamental ao preservar a singularidade de cada sujeito e questionar exigências morais que silenciam a dor feminina. Ampliar espaços de escuta qualificada e cuidado em saúde mental na rede pública constitui estratégia de prevenção e forma de reconhecer a mulher como sujeito pleno, cuja experiência não se reduz à função materna.

Palavras-chave: Maternidade; Saúde Mental; Psicanálise.

1 INTRODUÇÃO

Na matriz do desenvolvimento histórico das civilizações ocidentais, é notório como as relações de poder e as expectativas de gênero associaram, ao longo do tempo, a feminilidade às funções de cuidado, abnegação e renúncia de si em benefício do outro. Nesse contexto, a maternidade passou a ocupar um lugar central na construção social da identidade feminina, sendo frequentemente concebida como a expressão máxima da realização da mulher.

Segundo Badinter (1985), o discurso moral que associa a mulher ao abandono de si mesma em nome do sacrifício remonta ao final do século XIX e ao início do século XX, contribuindo para a consolidação de uma concepção idealizada da maternidade. Essa representação social permanece fortemente presente na contemporaneidade, influenciando expectativas familiares, institucionais e culturais acerca do exercício materno. Em consequência, experiências incompatíveis com esse ideal, como sentimentos de ambivalência, exaustão, angústia e sofrimento psíquico, tendem a ser invisibilizadas ou compreendidas como falhas individuais.

Tais atribuições são frequentemente apresentadas como características naturais; entretanto, sua construção está relacionada a uma perspectiva histórica e cultural. Nesse sentido, Engels (1884) afirma que "o primeiro antagonismo de classe que apareceu na história coincide com o desenvolvimento do antagonismo entre homem e mulher na monogamia, e a primeira opressão de classe, com a do sexo feminino pelo masculino", evidenciando como a subordinação feminina está enraizada em diferentes aspectos da historicidade humana. Assim, não corresponder ao ideal dominante significa desafiar uma norma socialmente instituída, o que pode culminar em processos de rejeição, culpabilização e silenciamento daqueles que divergem dos padrões estabelecidos.

Na maternidade, não deixa de ocorrer o mesmo tipo de manifestação. Tendo em vista a conjuntura anteriormente apresentada, torna-se difícil reconhecer socialmente a experiência materna como permeada por sentimentos ambivalentes, sofrimento, angústia, exaustão e conflitos subjetivos, não havendo espaço suficiente para a elaboração simbólica dessas vivências. Quando suprimido ou negligenciado, esse sofrimento pode intensificar-se e assumir formas graves, como a psicose puerperal e a depressão pós-parto em quadros severos, ambas associadas ao aumento do risco de comportamentos auto e heteroagressivos. Corroborando essa discussão, revisão recente realizada por Alford et al. (2025) apontou que a psicose pós-parto não tratada apresenta risco estimado de infanticídio em aproximadamente 4% dos casos, evidenciando a relevância da identificação precoce e do acesso oportuno ao tratamento especializado.

A discussão sobre saúde mental materna constitui, atualmente, uma questão de significativa relevância para a Psicologia, a Psiquiatria e a Saúde Pública. Dados da Organização Mundial da Saúde indicam que transtornos mentais perinatais figuram entre as principais complicações relacionadas à gestação e ao período pós-parto, produzindo impactos sobre a mulher, a criança e todo o núcleo familiar (Organização Mundial da Saúde, 2022). No contexto brasileiro, a Política Nacional de Saúde Mental e a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) assumem papel fundamental na promoção do cuidado integral às mulheres em sofrimento psíquico durante o ciclo gravídico-puerperal, reforçando a necessidade de estudos que articulem dimensões subjetivas, sociais e institucionais desse fenômeno (BRASIL, 2011).

Nesse viés, o presente trabalho propõe-se a discutir o adoecimento materno como um fenômeno que ultrapassa as dimensões moral e jurídica, considerando a relação entre o ideal materno socialmente construído, o sofrimento psíquico e as dificuldades de acesso e continuidade do cuidado em saúde mental. A análise será desenvolvida a partir do referencial teórico da psicanálise, com destaque para as contribuições de Jacques Lacan.

Paralelamente, será discutido o papel do Sistema Único de Saúde e da Rede de Atenção Psicossocial na identificação, acolhimento e manejo de situações de sofrimento mental durante a gestação e o puerpério. Justifica-se a realização deste estudo pela necessidade de ampliar a compreensão acerca das condições subjetivas e sociais relacionadas ao sofrimento materno grave, bem como de fortalecer estratégias de prevenção e cuidado no âmbito da saúde pública.

2 MATERIAL E MÉTODOS

A presente pesquisa caracteriza-se como um estudo de natureza qualitativa, de caráter exploratório e bibliográfico, fundamentado na revisão de literatura e orientado pelo referencial teórico da psicanálise, com ênfase nas contribuições de Jacques Lacan. A abordagem qualitativa mostra-se adequada por possibilitar a compreensão de fenômenos subjetivos atravessados por construções sócio-históricas, culturais e simbólicas, favorecendo a análise dos significados atribuídos à maternidade, ao sofrimento psíquico e aos processos de adoecimento mental (MINAYO, 2006).

O estudo foi desenvolvido a partir da análise de produções científicas nacionais e internacionais relacionadas à saúde mental materna, psicose puerperal, depressão pós-parto, infanticídio, maternidade e atenção psicossocial. A escolha da temática também foi impulsionada pela recorrente divulgação de notícias e casos de ampla repercussão social envolvendo violência contra recém-nascidos e episódios de infanticídio associados ao sofrimento psíquico materno, os quais evidenciam a necessidade de aprofundamento científico sobre as estratégias de prevenção, identificação precoce e cuidado em saúde materno-infantil.

Os dados foram analisados por meio de leitura exploratória, seletiva e analítica das produções encontradas, buscando identificar convergências, divergências e lacunas presentes na literatura. A interpretação ocorreu a partir do diálogo entre as evidências científicas levantadas e os pressupostos da teoria psicanalítica lacaniana, permitindo compreender como os ideais sociais de maternidade, os processos subjetivos e as condições de cuidado em saúde mental podem se articular na constituição de situações de sofrimento psíquico grave.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise da literatura evidenciou que a maternidade continua atravessada por ideais de perfeição, dedicação irrestrita e amor incondicional, contribuindo para a invisibilização do sofrimento psíquico materno. A partir do imaginário social sobre uma suposta natureza feminina, construiu-se o mito do amor materno e o ideal de “boa mãe”, associado à disponibilidade afetiva, proteção quase ilimitada e priorização dos interesses da criança em detrimento dos próprios. Quando a mulher não corresponde a esse modelo, sentimentos como irritação, tristeza, rejeição, frustração ou desejo de afastamento podem ser vivenciados como fracasso moral, dificultando a comunicação do sofrimento e a busca por ajuda (Badinter, 1985; Beauvoir, 2016; Zanello, 2018). Estudos recentes reforçam que o estigma em torno da saúde mental perinatal e as expectativas associadas ao papel materno constituem importantes barreiras ao reconhecimento do sofrimento psicológico (Jarrett et al., 2023; Pokharel et al., 2023; The Lancet Regional Health Europe, 2024).

Iaconelli (2011) ressalta que a expectativa social de que toda mulher exerça a maternidade dificulta considerar que a gestação seja necessariamente acompanhada pelo desejo de ser mãe ou pela identificação com esse papel. Nesse sentido, a maternidade não pode ser compreendida apenas como evento biológico, mas como experiência subjetiva atravessada pelo desejo, pela história singular e pelas demandas do Outro social. Lacan (1998) destaca que o sujeito é constituído na linguagem e nas relações simbólicas, permitindo compreender os efeitos dos discursos sociais sobre a significação da experiência materna. A ausência de espaços para elaboração desses conflitos pode favorecer sofrimento emocional, especialmente no puerpério, período marcado por intensas transformações físicas, psíquicas e relacionais (Medeiros et al., 2022; Silva et al., 2022).

Sob a perspectiva lacaniana, a experiência materna pode assumir uma dimensão avassaladora, aproximada da noção de “devastação materna”, entendida como uma modalidade possível de vínculo marcada pelo excesso e pelo sofrimento na relação com o

Outro materno (Ferreira; Luchina, 2020). A formulação de Lacan de que "o desejo da mãe [...] carreia sempre estragos" evidencia que o desejo materno não é neutro e pode adquirir efeitos desorganizadores na relação com o filho (Lacan, 1969-1970/1992 apud Ferreira; Luchina, 2020). Assim, reconhecer a complexidade subjetiva da maternidade implica superar uma compreensão individualizante do sofrimento e considerar os fatores sociais, relacionais e institucionais que o atravessam.

Outra evidência recorrente refere-se à relação entre transtornos mentais graves e o aumento do risco de comportamentos dirigidos contra o recém-nascido. Embora raro, o infanticídio apresenta associação com psicose puerperal, depressão pós-parto grave e episódios psicóticos não tratados (Spinelli, 2004; Alford et al., 2025). Mulheres acometidas por psicose pós-parto apresentam maior vulnerabilidade à desorganização psíquica, delírios e alterações na percepção da realidade, especialmente sem acompanhamento especializado. Intervenções precoces podem reduzir desfechos graves para mãe e bebê (Alford et al., 2025; Corrêa et al., 2024; Castro et al., 2024).

A elevada prevalência de sintomas depressivos no período pós-parto reforça a importância da prevenção. Estudo realizado pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, da Fiocruz, com 23.894 mulheres, identificou que 26,3% apresentaram sintomas de depressão entre seis e 18 meses após o parto (Theme Filha et al., 2016). Em quadros mais graves, podem ocorrer pensamentos de suicídio ou de dano ao bebê, embora tais pensamentos não impliquem necessariamente intenção ou passagem ao ato. Dessa forma, a dificuldade de reconhecimento desses sinais e a descontinuidade do acompanhamento podem ampliar o sofrimento e dificultar intervenções preventivas.

A literatura também evidencia que casos de infanticídio são frequentemente abordados pela mídia sob perspectivas morais e criminais. Contudo, a compreensão exclusivamente jurídica pode obscurecer fatores subjetivos, sociais e assistenciais envolvidos no fenômeno. Torna-se necessário, portanto, deslocar o foco da culpabilização individual para a análise das condições de vulnerabilidade psíquica e das possíveis falhas no acesso ao cuidado em saúde mental (Resnick, 1970; Spinelli, 2004). Sob o referencial lacaniano, a passagem ao ato pode ser compreendida como ruptura da mediação simbólica diante de intenso sofrimento subjetivo, de modo que comportamentos extremos devem ser analisados considerando os processos psíquicos e as condições sociais que os antecedem (Lacan, 2005).

Nesse sentido, a prevenção do infanticídio não começa necessariamente diante de uma ameaça explícita contra a criança. Ela pode ocorrer desde a escuta da gestante, identificação do sofrimento no pré-natal, acompanhamento do puerpério, reconhecimento da violência doméstica e investigação da rede de apoio. Para isso, é fundamental que os serviços produzam espaços de escuta qualificada, nos quais a mulher possa comunicar seu sofrimento sem que este seja imediatamente reduzido à inadequação materna, além da capacitação das equipes para o reconhecimento das desigualdades e violências de gênero.

Os resultados convergem quanto à importância da detecção precoce do sofrimento psíquico na gestação e no puerpério. A Atenção Primária à Saúde possibilita acompanhamento longitudinal e identificação precoce de sinais de sofrimento, enquanto os CAPS, serviços hospitalares e equipes multiprofissionais são essenciais para situações de maior gravidade (Brasil, 2011). A integração entre cuidados maternos e saúde mental favorece melhores desfechos e amplia o acompanhamento de mulheres em vulnerabilidade psíquica (Prom et al., 2022; Sebastião; Monteiro; Camarneiro, 2024).

Nesse cenário, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Mulheres (PNAISM) constitui importante marco político-institucional para pensar um cuidado que reconheça a mulher para além da maternidade, considerando sua integralidade e complexidade subjetiva. A política estabelece como uma de suas ações "ampliar, qualificar e humanizar a atenção integral à saúde da mulher no Sistema Único de Saúde (SUS)" (Brasil,

2004). Assim, sua perspectiva contribui para superar práticas que reduzem a mulher à função reprodutiva e para fortalecer um cuidado humanizado e integral.

Apesar disso, persistem limitações como insuficiência de profissionais especializados, dificuldades de articulação entre os níveis assistenciais, subnotificação e fragilidades na capacitação das equipes para identificação precoce de psicose puerperal e depressão pós-parto grave (Arrais; Araújo, 2017; Organização Mundial da Saúde, 2022; Sampaio; Bispo Júnior, 2021). Estratégias baseadas em acolhimento, escuta qualificada, visitas domiciliares, acompanhamento psicológico e fortalecimento das redes de apoio contribuem para a redução dos riscos associados ao sofrimento psíquico materno (Sebastião; Monteiro; Camarneiro, 2024; Araújo; Torrenté, 2023). Ações intersetoriais também podem contribuir para a desconstrução das desigualdades de gênero e para o reconhecimento das condições sociais relacionadas ao sofrimento psíquico, como aponta Pimentel (2024), quanto ao caráter da educação como indiscutível na transformação social feminina, possibilitando o reconhecimento das condições de sofrimento psíquico de gênero.

Finalmente, destaca-se como limitação desta produção seu caráter teórico e bibliográfico, sem contemplar diretamente experiências vivenciadas por mulheres em sofrimento materno ou dados empíricos provenientes dos serviços da Rede de Atenção Psicossocial. Dessa forma, os achados devem ser utilizados para contribuir para a reflexão sobre a maternidade e sub-temas tangenciados.

4 CONCLUSÃO

O presente estudo teve como objetivo compreender, sob a perspectiva psicanalítica, especialmente lacaniana, a relação entre maternidade, sofrimento psíquico e risco de infanticídio, discutindo possibilidades de prevenção e cuidado na rede de saúde mental do Sistema Único de Saúde. A análise da literatura evidenciou que a maternidade permanece atravessada por construções sociais que associam a mulher ao cuidado irrestrito, à renúncia de si e ao ideal de amor incondicional.

Os resultados demonstraram que essa idealização pode silenciar experiências marcadas por ambivalência, angústia, exaustão e sofrimento psíquico. Quando não encontram espaço de acolhimento e elaboração, tais manifestações podem agravar-se, especialmente no período gravídico-puerperal. A literatura também evidenciou a associação entre transtornos mentais graves, como psicose puerperal e depressão pós-parto grave, e maior vulnerabilidade a desfechos extremos, incluindo o infanticídio.

A discussão permitiu compreender que o infanticídio não deve ser analisado apenas sob perspectivas morais ou jurídicas, mas considerando também as condições subjetivas, sociais e assistenciais que o antecedem. Nesse sentido, a prevenção não começa necessariamente diante de uma ameaça explícita, mas na escuta durante o pré-natal, no acompanhamento do puerpério, na identificação do sofrimento, da violência e da ausência de redes de apoio. A perspectiva psicanalítica contribui ao reconhecer a singularidade da experiência materna e os efeitos dos ideais sociais sobre a subjetividade feminina.

Quanto à rede de cuidados, destacou-se a importância do SUS e da RAPS na identificação precoce, acolhimento e acompanhamento das mulheres em sofrimento. Os achados reforçam a necessidade de escuta qualificada, cuidado interdisciplinar e continuidade da assistência durante a gestação e o puerpério, articulando Atenção Primária, CAPS e demais serviços da rede.

Como limitações, destaca-se o caráter exclusivamente bibliográfico do estudo, sem investigação empírica direta com usuárias ou profissionais, além da produção científica ainda restrita sobre a relação entre sofrimento psíquico materno e infanticídio no contexto brasileiro. Futuras pesquisas podem aprofundar essa discussão por meio de estudos de campo. Espera-se,

assim, contribuir para a ampliação do debate sobre saúde mental materna e para práticas de cuidado mais integral, humanizadas e sensíveis à singularidade das mulheres.

REFERÊNCIAS

ALFORD, Alexandria Y. et al. A systematic review of postpartum psychosis resulting in infanticide: missed opportunities in screening, diagnosis, and treatment. *Archives of Women's Mental Health*, v. 28, n. 2, p. 297–308, 2025. DOI: 10.1007/s00737-024-01508-3.

ARAÚJO, Tânia Maria de; TORRENTÉ, Mônica de Oliveira Nunes de. Saúde mental no Brasil: desafios para a construção de políticas de atenção e monitoramento de seus determinantes. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 2023.

ARRAIS, Alessandra da Rocha; ARAÚJO, Tereza Cristina Cavalcanti Ferreira de. Depressão pós-parto: uma revisão sobre fatores de risco e proteção. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 2017.

BADINTER, Elisabeth. *Um amor conquistado*: o mito do amor materno. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.

BEAUVOIR, Simone de. *O segundo sexo*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial. Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher*: princípios e diretrizes. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.

CASTRO, Ingrid Arruda et al. Psicose pós-parto: epidemiologia, manifestações clínicas, diagnóstico e tratamento. *Revista Contemporânea*, 2024.

CORRÊA, João Bosco Corrêa de et al. Impactos da psicose puerperal na saúde da mulher. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 2024.

ENGELS, Friedrich. *A origem da família, da propriedade privada e do Estado*. 1884.

FERREIRA, Andréa Eulálio de Paula; LUCHINA, Márcia Maria Rosa Vieira. A devastação materna e suas repercussões nas parcerias amorosas. *Psicologia em Revista*, Belo Horizonte, v. 26, n. 1, p. 228–245, abr. 2020. DOI: 10.5752/P.1678-9563.2020v26n1p221-238.

IACONELLI, Vera. Do infanticídio à função materna. *Percurso*, São Paulo, v. 23, n. 46, p. 65–74, 2011.

JARRETT, Patricia et al. Perinatal mental health stigma in the context of maternity care: a systematic review. 2023.

LACAN, Jacques. *O seminário, livro 10: a angústia*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2005.

LACAN, Jacques. *Escritos*. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.

MEDEIROS, Maryana Tavares Cruz et al. Causas de depressão pós-parto e suas repercussões na vida materna: uma revisão integrativa da literatura. 2022.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. *O desafio do conhecimento*: pesquisa qualitativa em saúde. 9. ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

Organização Mundial da Saúde. *World Mental Health Report: Transforming Mental Health for All*. Geneva: WHO, 2022.

PIMENTEL, Luciana Silva. *Projeto de letramento a favor do empoderamento feminino: uma proposta para o ensino de língua portuguesa*. 2024. Dissertação (Mestrado Profissional em Letras) – Universidade Federal da Paraíba, [João Pessoa], 2024. Disponível em: Repositório Institucional da UFPB.

POKHAREL, Arpana et al. Mental illness stigma among perinatal women in low and middle income countries. *Frontiers in Psychiatry*, 2023.

PROM, Maria C. et al. A systematic review of interventions that integrate perinatal mental health care into routine maternal care. *Frontiers in Psychiatry*, 2022.

RESNICK, Phillip J. Murder of the newborn: a psychiatric review of neonaticide. *American Journal of Psychiatry*, 1970.

SAMPAIO, Mariá Lanzotti; BISPO JÚNIOR, José Patrício. Rede de Atenção Psicossocial: avaliação da estrutura e do processo de articulação do cuidado em saúde mental. *Cadernos de Saúde Pública*, 2021.

SEBASTIÃO, Maria da Graça Gonçalves Bento; MONTEIRO, Ana Paula Teixeira de Almeida Vieira; CAMARNEIRO, Ana Paula Forte. Promoção da saúde mental materna perinatal nos cuidados de saúde primários. *Revista de Enfermagem Referência*, 2024.

SILVA, Bruno Pereira da et al. Transtorno mental comum na gravidez e sintomas depressivos pós-natal no estudo MINA-Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 2022.

SPINELLI, Margaret G. Maternal infanticide associated with mental illness. *American Journal of Psychiatry*, 2004.

THEME FILHA, Mariza Miranda; AYERS, Susan; DA GAMA, Silvana Granado Nogueira; LEAL, Maria do Carmo. Factors associated with postpartum depressive symptomatology in Brazil: the Birth in Brazil National Research Study, 2011/2012. *Journal of Affective Disorders*, v. 194, p. 159–167, 2016. DOI: 10.1016/j.jad.2016.01.020.

THE LANCET REGIONAL HEALTH EUROPE. Support not stigma: redefining perinatal mental health care. Editorial, 2024.

ZANELLO, Valeska. *Saúde mental, gênero e dispositivos*: cultura e processos de subjetivação. Curitiba: Appris, 2018.

RELATÓRIO DE ESTÁGIO NO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS DE SOBRAL

PABLO HENRIQUE PEDROSA CARNEIRO

Introdução: A presença da psicologia no dispositivos aparados pelo SUS é de grande importância para a promoção de um cuidado em liberdade, e da autonomia dos sujeitos, dessa forma, o psicólogo no CAPS AD é um profissional de grande importância para a possibilidade de produção de subjetividade nos CAPS AD. **Objetivo:** o trabalho em questão se trata de um relato de experiência sobre um estágio optativo realizado no CAPS AD da cidade de Sobral, no Ceará, onde buscou-se observar os grupos atuantes nesse serviço, a fim de entender como eles funcionavam e que tipo de efeito eles tinham sobre as vidas dos membros participantes. **Relato de experiência:** durante a passagem pelo CAPS, três grupos diferentes foram observados, um grupo de tabagismo, um de música e outro sobre redução de danos. Nos três grupos em questão foi possível observar à luz da teoria de Martín-Baró a presença de identidade e atividade, fenômenos fundamentais para que pessoas juntas se reconheçam enquanto grupo, foi possível notar ainda que as redes de apoio como a família, ou outos usuários são de suma importância para a efetividade do tratamento dos usuários. De modo geral, os grupos se justificam dentro do serviço. **Conclusão:** os grupos são uma boa ferramenta de possibilidade de cuidado em liberdade, visto que promovem a sensação de pertencimento e facilitam o vínculo do usuário com o serviço, isso pois eles se identificam entre si e realizam atividades em comum naquele espaço, a existência de grupos nos CAPS AD significa produção de saúde mental.

Palavras-chave: **SAÚDE; CAPS AD; GRUPO**

DOI: 10.51161/iv-conasus/89761

CONSTRUÇÃO COLETIVA DO APLICATIVO “SUS INCLUSIVO”: RELATO DE EXPERIÊNCIA DO GAT-7 PET-SAÚDE EM MOSSOR - RN

PEDRO MARIANO DA SILVA RODRIGUES; MARÍLIS CARLA DOS SANTOS SOUSA; ARIANE DE PAULA DOS SANTOS PINTO LAGO; ARYELA FILGUEIRA DA FÔNSECA CAVALCANTE; DANIELLY CRISTINA DE ARAÚJO DE SOUZA; MARIA VITÓRIA DA COSTA; ARILÂNIA ÊMILY FERNANDES

Introdução: A acessibilidade comunicacional constitui elemento fundamental para a garantia do direito à saúde da população surda. Embora a legislação brasileira reconheça a Língua Brasileira de Sinais (Libras) e assegure o acesso à saúde, persistem barreiras relacionadas à escassez de profissionais capacitados, à limitada disponibilidade de intérpretes e à inadequação das estratégias comunicacionais, comprometendo a autonomia e a participação dos usuários no cuidado. **Objetivo:** Relatar a atuação do Grupo 7 - SUS Inclusivo, vinculado ao PET-Saúde SUS Digital - Mossoró Digital, na construção colaborativa de uma ferramenta digital destinada à promoção da acessibilidade comunicacional da população surda nos serviços de saúde. **Relato de caso/experiência:** A iniciativa foi desenvolvida a partir de uma visita à Associação dos Surdos de Mossoró e Região (ASMOR), realizada em formato de roda de conversa, com a participação da comunidade surda, estudantes, docentes, preceptores e intérpretes de Libras. Durante o encontro, foram compartilhadas vivências relacionadas ao acesso aos serviços de saúde, identificadas barreiras comunicacionais e discutidas propostas para o aprimoramento do aplicativo Mossoró Digital. As discussões evidenciaram que a indisponibilidade de intérpretes, as limitações de acesso à internet e a insuficiência de recursos tecnológicos constituem obstáculos relevantes à acessibilidade. Ademais, os participantes ressaltaram que avatares de tradução não substituem integralmente intérpretes humanos, especialmente diante da necessidade de vínculo, confiança e compreensão adequada das informações em saúde. Entre as contribuições apresentadas, destacou-se a possibilidade de informar previamente as necessidades de acessibilidade e solicitar intérprete de Libras durante o agendamento de consultas, exames e procedimentos. **Conclusão:** A vivência ampliou a compreensão do grupo acerca da acessibilidade, evidenciando que tecnologias inclusivas devem ser desenvolvidas com a participação ativa dos sujeitos a que se destinam. Nesse sentido, a iniciativa fortaleceu a integração entre ensino, serviço e comunidade, contribuindo para o desenvolvimento de uma ferramenta mais alinhada às demandas da população surda e aos princípios de universalidade, equidade, integralidade e participação social do SUS.

Palavras-chave: **ACESSIBILIDADE À INFORMAÇÃO; LÍNGUA BRASILEIRA DE SINAIS; SAÚDE DIGITAL**

DOI: 10.51161/iv-conasus/89766

ACESSO A TERAPIAS BIOLÓGICAS PARA DERMATITE ATÓPICA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: DESAFIOS E PERSPECTIVAS

ANE LOURDES ALCARRIA ANDRIONI; LUIZ FELIPE PORFIRIO PELEGRINELI; MARIA EDUARDA MANZANO; DRIELLY LIMA VALLE FOLHA SALVADOR

Introdução: a dermatite atópica moderada a grave constitui dermatose crônica de elevado impacto sobre a qualidade de vida, cujo manejo terapêutico foi transformado pela introdução de agentes biológicos, como o dupilumabe. Não obstante os avanços regulatórios, o acesso a essas tecnologias no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) permanece condicionado por incorporação seletiva, elevado custo unitário e recorrente judicialização da saúde. **Objetivo:** analisar os desafios relativos ao acesso a terapias biológicas para dermatite atópica no SUS, com ênfase no papel dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) e na judicialização como via alternativa de acesso. **Metodologia:** revisão narrativa da literatura, de caráter descritivo, fundamentada em documentos técnico-normativos e produção científica publicados majoritariamente entre 2024 e 2026. Foram consultados relatórios de recomendação da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (Conitec), portarias do Ministério da Saúde referentes à incorporação do dupilumabe e o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) da dermatite atópica, além de artigos indexados nas bases SciELO, PubMed e BVS, mediante os descritores “dermatite atópica”, “medicamentos biológicos”, “dupilumabe”, “SUS” e “judicialização da saúde”, combinados pelo operador booleano AND. **Resultados:** verificou-se que a Conitec incorporou o dupilumabe exclusivamente para crianças de 6 meses a 12 anos incompletos com dermatite atópica grave, ao passo que rejeitou sua incorporação para adolescentes na mesma deliberação e para adultos em decisão distinta, por exceder o limiar de custo-efetividade vigente. Ainda que aprovado o PCDT correspondente, a disponibilização efetiva permanece condicionada à parametrização na tabela SIGTAP/SIA/SUS. Para adolescentes, adultos e demais indicações clínicas, a judicialização configura-se como principal via de acesso, evidenciando desigualdade estrutural entre faixas etárias. **Conclusão:** o acesso a terapias biológicas para dermatite atópica no SUS permanece marcado por desigualdades estruturais entre faixas etárias e indicações clínicas. O aprofundamento de estudos sobre custo-efetividade, aliado a políticas públicas mais responsivas, mostra-se essencial à redução da lacuna entre inovação terapêutica e disponibilidade real ao paciente do sistema público.

Palavras-chave: **BIOLÓGICOS; DERMATITE ATÓPICA; SUS**

DOI: 10.51161/iv-conasus/89771

SAÚDE DIGITAL NO SUS: POTENCIALIDADES E DESAFIOS DA TELEMEDICINA E TELESSAÚDE

PRISCILLA CRUZ VALENÇA; ANA CAROLINA GOMES DE FRANÇA

Introdução: A saúde digital compreende tecnologias como inteligência artificial, análise de dados, prontuários eletrônicos e sistemas de suporte à decisão clínica. No SUS, a telessaúde destaca-se por ampliar o acesso e favorecer a continuidade do cuidado. Apesar de suas potencialidades, persistem desafios relacionados à infraestrutura, conectividade, capacitação profissional e segurança de dados. **Objetivo:** Este tem como objetivo analisar as potencialidades e os desafios da saúde digital, com ênfase na telemedicina e telessaúde, no contexto do SUS. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, realizada por meio de buscas nas bases de dados PubMed, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), SciELO e Cochrane Library. Foram utilizados descritores relacionados à saúde digital, telemedicina, telessaúde e Sistema Único de Saúde (SUS), resultando em 82 artigos. Foram incluídos artigos científicos, nos idiomas português e inglês que abordassem a utilização da saúde digital, telemedicina ou telessaúde no contexto do SUS. Foram excluídos artigos duplicados, estudos sem relação direta com a temática, publicações sem acesso ao texto completo e trabalhos não científicos. Após aplicar os critérios de elegibilidade, restaram 42 artigos, os estudos elegíveis foram analisados na íntegra, resultando em 30 artigos. **Resultados:** Os estudos demonstraram que a saúde digital e as estratégias de telemedicina e telessaúde apresentam potencial para ampliar o acesso, favorecer a continuidade do cuidado, aumentar a resolutividade da Atenção Primária à Saúde (APS) e qualificar a gestão dos serviços. A teleconsultoria destacou-se pela redução de encaminhamentos desnecessários e das filas de espera, contribuindo para o fortalecimento da APS e para a melhoria do acesso aos serviços especializados. Em contrapartida, foram identificados desafios relacionados à infraestrutura tecnológica, conectividade, desigualdades de acesso, capacitação e literacia digital, segurança e proteção de dados, além da necessidade de integração dos sistemas e de maior articulação das ações de telessaúde com as redes de atenção do SUS. **Conclusão:** Conclui-se que a saúde digital fortalece o acesso, a resolutividade e a integração do cuidado no SUS, porém sua efetividade depende de infraestrutura, inclusão digital, capacitação e segurança.

Palavras-chave: **ATENÇÃO À SAÚDE; BRASIL; TELEMEDICINA**

DOI: 10.51161/iv-conasus/89779

CIRURGIA DE ALTA COMPLEXIDADE NO SUS: ACESSO E DESAFIOS

ÁDILA LETÍCIA DE SANTANA ALMEIDA SANTOS

Introdução: A cirurgia de alta complexidade constitui importante componente da assistência especializada do Sistema Único de Saúde (SUS), envolvendo procedimentos que demandam recursos tecnológicos, profissionais especializados e infraestrutura hospitalar adequada. Apesar da universalidade do sistema, o acesso permanece marcado por desigualdades regionais, limitações estruturais e longos períodos de espera. **Objetivo:** Analisar como o Sistema Único de saúde (SUS) disponibiliza o acesso às cirurgias de alta complexidade e os principais desafios relacionados à oferta desses procedimentos. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão narrativa da literatura, realizada na base PubMed e LILACS, com artigos publicados entre 2019 e 2025. Utilizaram-se os descritores "Sistema único de saúde", “serviços de saúde/health services” e “surgical procedures” combinados pelo operador booleano AND. Os critérios de inclusão contemplaram estudos epidemiológicos, estudos de coorte e revisões de literatura nos idiomas inglês e português. A seleção seguiu as etapas de identificação, triagem de resumos e análise crítica dos textos elegíveis para síntese qualitativa. **Resultados:** Os estudos evidenciam desigualdades importantes na distribuição dos serviços especializados e falha no sistema de referência e contrarreferência. Pesquisas sobre transplantes demonstram concentração dos centros nas regiões Sul e Sudeste, dificultando o acesso de usuários residentes em áreas com menor oferta. Na cirurgia cardíaca, a implementação de estratégias de gestão reduziu significativamente o tempo de espera, demonstrando que a organização das filas pode ampliar o acesso. Na oncologia, também foram observadas dificuldades relacionadas ao tempo até o início do tratamento e às desigualdades territoriais. Além disso, estudos sobre procedimentos cirúrgicos no SUS apontam diferenças na disponibilidade de tecnologias e infraestrutura, evidenciando a necessidade de planejamento regionalizado e investimentos contínuos. A distribuição desigual dos serviços pode obrigar pacientes a percorrer grandes distâncias para obter atendimento especializado. **Conclusão:** O SUS apresenta papel fundamental na oferta de cirurgias de alta complexidade, porém persistem desafios relacionados à concentração regional dos serviços, insuficiência de infraestrutura, disponibilidade de profissionais especializados e tempo de espera. O fortalecimento da regionalização, a melhoria da gestão das filas, a ampliação da capacidade hospitalar e a distribuição mais equitativa dos recursos são estratégias essenciais para garantir acesso oportuno e integral à assistência cirúrgica de alta complexidade.

Palavras-chave: **ACESSO A SAÚDE; CIRURGIA DE ALTA COMPLEXIDADE; EQUIDADE DE ATENDIMENTO**

DOI: 10.51161/iv-conasus/89786

MUDANÇAS CLIMÁTICAS E EMERGÊNCIA DE INFECÇÕES FÚNGICAS: DESAFIOS PARA A VIGILÂNCIA E RESPOSTA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

FRANCIELE MAIARA DE ARAÚJO CASTRO; ANA BEATRIZ SOARES DANTAS CASTRO; MARIA RITA MARTINS DE SOUZA; MAYSLA RAYSSA SILVA COSTA e LIDIANA MEDEIROS MENDES DA COSTA

RESUMO: As mudanças climáticas ocorrem em todo o planeta e produzem consequências atmosféricas, ecológicas, agrícolas e sociais. Paralelamente, a resistência antifúngica representa uma ameaça crescente, favorecida pelo uso amplo de antifúngicos, pela exposição ambiental a substâncias com ação antifúngica e pelo surgimento de agentes estressores ambientais. Nesse contexto, este estudo teve como objetivo analisar, por meio de uma revisão narrativa, as evidências sobre a relação entre mudanças climáticas, adaptação fúngica e ocorrência de infecções, bem como suas implicações para a vigilância em saúde, a assistência e a capacidade de resposta do Sistema Único de Saúde (SUS). Os achados indicam que as ações antropogênicas, impulsionadas principalmente pelas emissões de gases de efeito estufa, vêm alterando de forma consistente a composição das comunidades fúngicas, cuja distribuição e proliferação estão frequentemente associadas a eventos climáticos. Destaca-se, ainda, a limitação do tratamento antifúngico em âmbito mundial, uma vez que existe apenas quatro classes de medicamentos disponíveis, os quais podem causar efeitos adversos e apresentar toxicidade considerável. Além disso, a vigilância em saúde pública enfrenta lacunas críticas, pois a maioria das doenças fúngicas não é de notificação compulsória, restringindo-se essa exigência, basicamente, à esporotricose humana, o que permite salientar uma maior necessidade de atuação da vigilância epidemiológica em relação as notificações de doenças endêmicas e oportunistas no Brasil; somado a isso, as populações socialmente vulneráveis são as mais suscetíveis às infecções. Dessa forma, a escassez de evidências clínicas sobre o manejo das infecções fúngicas emergentes, associada ao crescimento da resistência aos antifúngicos, dificulta a resposta da saúde pública.

Palavras-chave: Alteração Climática; Farmacorresistência Fúngica; Saúde Única.

1 INTRODUÇÃO

As mudanças climáticas, intensificadas pelas emissões antropogênicas de carbono, caracterizam-se por alterações duradouras nas temperaturas e nos padrões climáticos. Entre seus principais efeitos estão o aquecimento global, a irregularidade climática, o recuo das calotas polares e a elevação do nível do mar (Salazar-Hamm; Torres-Cruz, 2024). Essas mudanças afetam os sistemas atmosféricos, ecológicos, agrícolas e sociais e podem favorecer a emergência de patógenos fúngicos, com exposição humana por alimentos contaminados, inalação de esporos e ingestão de água contaminada (Singh *et al*., 2023).

Os fungos estão entre os organismos mais sensíveis às mudanças climáticas, pois grande parte de sua diversidade e biomassa concentra-se na camada superficial do solo, diretamente exposta às transformações ambientais (Williams *et al*., 2024). As infecções fúngicas atingem mais de 300 milhões de pessoas por ano e estão associadas à alta mortalidade, a doenças crônicas e a expressivas perdas econômicas e de produtividade (OMS, 2026). Diante desse

DOI: 10.51161/iv-conasus/89795

impacto, a Organização Mundial da Saúde classificou os patógenos fúngicos prioritários em três grupos. No grupo crítico, destacam-se *Candida auris* e *Aspergillus fumigatus*; no grupo de alta prioridade, *Nakaseomyces glabrata* (*Candida glabrata*), *Histoplasma* spp., agentes de eumicetoma, *Mucorales* e *Fusarium* spp.; e, no grupo de prioridade média, *Coccidioides* spp., *Cryptococcus gattii* e *Paracoccidioides* spp**.** (OMS, 2022).

Nesse contexto, a resistência antifúngica constitui uma ameaça crescente, favorecida pelo uso amplo e indiscriminado de antifúngicos e compostos semelhantes na saúde humana, animal e vegetal, além da exposição ambiental a agentes com ação antifúngica. O uso responsável dessas substâncias é essencial para preservar sua eficácia e proteger a saúde humana, animal e vegetal. Apesar dos expressivos impactos sanitários e econômicos, as doenças fúngicas ainda recebem pouca atenção nos planos nacionais de saúde, nas estimativas da carga global de doenças e nas estratégias de resistência antimicrobiana, cobertura universal de saúde e Saúde Única (OMS, 2026).

Diante desse contexto, o estudo foi orientado pela seguinte questão: como as mudanças climáticas influenciam a emergência e a distribuição das infecções fúngicas e quais desafios impõem à vigilância e à resposta do Sistema Único de Saúde (SUS)? Assim, este trabalho teve como objetivo analisar, por meio de uma revisão narrativa, as evidências sobre a relação entre mudanças climáticas, adaptação fúngica e ocorrência dessas infecções, bem como suas implicações para a vigilância, a assistência e a capacidade de resposta do SUS.

2 MATERIAL E MÉTODOS

2.1 Desenho de estudo

Trata-se de uma revisão narrativa da literatura, de caráter descritivo e exploratório, desenvolvida com o objetivo de reunir e discutir evidências científicas acerca da relação entre mudanças climáticas e a emergência de infecções fúngicas, bem como suas implicações para a vigilância e a capacidade de resposta do SUS.

2.2 Critérios de Inclusão e Exclusão

Foram priorizadas publicações disponíveis entre os anos de 2020 e 2026, sem exclusão de estudos anteriores considerados relevantes para a fundamentação conceitual do tema. Foram incluídos artigos científicos e documentos institucionais de organismos nacionais e internacionais que abordem a relação entre fatores climáticos, emergência, distribuição, ocorrência, adaptação ou epidemiologia de infecções fúngicas e suas repercussões para a saúde pública. Estudos laboratoriais foram considerados quando contribuírem para a compreensão dos mecanismos de adaptação fúngica às alterações ambientais e climáticas. Foram excluídos estudos duplicados, publicações sem relação direta com a temática e trabalhos cujo conteúdo não estivesse disponível. Após a identificação e seleção das publicações, os achados foram organizados e analisados por meio de síntese temática, contemplando quatro eixos: alterações climáticas e ecologia dos fungos; emergência e distribuição das infecções fúngicas; desafios para a vigilância em saúde; e estratégias de prevenção, adaptação e resposta do SUS.

2.3 Estratégia de Pesquisa

A busca bibliográfica foi realizada nas bases PubMed/MEDLINE, SciELO, ScienceDirect, bem como fontes bibliográficas da literatura institucional: Ministério da Saúde e Organização Mundial da Saúde (OMS). A partir disso, utilizou-se descritores e palavras-chave em português e inglês relacionados aos termos “mudanças climáticas”, “aquecimento global”,

"infecções fúngicas", "micoses", "SUS", "vigilância em saúde", "atenção primária à saúde" e "sistemas de saúde", combinados pelos operadores booleanos AND e OR.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1. Mudanças climáticas e alterações na ecologia dos fungos

As emissões antropogênicas de gases de efeito estufa intensificam as mudanças climáticas e alteram a composição das comunidades fúngicas. O aumento das temperaturas, as mudanças nos padrões de precipitação e os eventos climáticos extremos influenciam o crescimento, a distribuição, a virulência dos fungos e consequentemente, a suscetibilidade dos hospedeiros (George *et al*., 2025). Isso porque os fatores de virulência, como melanina, enzimas hidrolíticas, plasticidade metabólica, fisiológica, genômica e epigenética, a termotolerância, a flexibilidade nutricional e formação de biofilmes, favorecem a sobrevivência e a proliferação dos fungos em condições adversas, permitindo sua evasão no hospedeiro (Corrêa-Junior *et al*., 2025). Além disso, poluentes agrícolas e industriais, como nitrato e ferro, podem criar condições de pH e nutrição favoráveis ao crescimento fúngico na água. Em relação as áreas urbanas, as ilhas de calor também exercem pressão evolutiva e favorecem a adaptação dos fungos ao estresse térmico (Seidel *et al*., 2024; Corrêa-Junior *et al*., 2025).

Das cerca de 144 mil espécies fúngicas descritas, apenas algumas centenas infectam seres humanos, sobretudo imunocomprometidos, ou seja, grande parte dos fungos existentes não suporta a temperatura corporal dos mamíferos, em torno de 37 °C, o que limita a sobrevivência da maioria desses fungos (Seidel *et al*., 2024; Williams *et al*., 2024). Por conseguinte, o aquecimento global pode favorecer a adaptação térmica de fungos, ampliando sua capacidade de infectar seres humanos e resistir aos tratamentos. A emergência simultânea da multirresistente *Candida auris* na Ásia, na África e na América do Sul é apontada como possível exemplo das mudanças climáticas (OMS, 2022; Seidel *et al*., 2024; Williams *et al*., 2024; Salazar-Hamm; Torres-Cruz, 2024).

Outra espécie cuja emergência tem sido associada às mudanças climáticas é *Cryptococcus deuterogattii*. Embora as espécies do complexo *C. gattii* fossem tradicionalmente encontradas em climas tropicais e subtropicais, *C. deuterogattii* surgiu recentemente em regiões temperadas do oeste do Canadá e do noroeste do Pacífico, na América do Norte, onde causou centenas de infecções em seres humanos e animais. Essa espécie apresenta maior tolerância térmica do que outros membros do complexo *C. gattii,* o que sugere uma capacidade superior de adaptação ao calor (Nnadi; Carter, 2021).

Em relação as espécies do gênero *Aspergillus*, como *A. flavus*, *A. fumigatus* e *A. niger*, tais microrganismos estão entre as principais causas de aspergilose em humanos, e sua proliferação normalmente estão relacionadas as condições ambientais como temperatura, umidade e precipitação, pois a sazonalidade afeta o crescimento e a liberação de esporos (Uzzell; Shelton; Van Rhijn, 2026).

Espécies de *Fusarium* podem causar infecções locais ou invasivas, sobretudo em pessoas imunossuprimidas. Em indivíduos imunocompetentes, as manifestações mais comuns são onicomicose, infecções cutâneas e ceratite, geralmente associada a trauma ocular, uso de lentes de contato ou corticosteroides. A ampla dispersão dos conídios favorece a ocorrência mundial dessas infecções, embora sua maior incidência seja observada em regiões tropicais e subtropicais (Nnadi; Carter, 2021; Salazar-Hamm; Torres-Cruz, 2024).

3.2. Emergência e expansão geográfica das infecções fúngicas

As mudanças climáticas ampliam a distribuição geográfica de fungos patogênicos endêmicos e favorecem o surgimento de novos patógenos em áreas anteriormente não endêmicas. Esse processo é impulsionado pelo aumento das temperaturas globais, pelas alterações nos padrões de precipitação e pela maior frequência de eventos meteorológicos extremos, que favorecem a adaptação térmica, a dispersão e a colonização de novos nichos ecológicos por fungos patogênicos (Williams *et al*., 2024; George *et al*., 2025).

Eventos climáticos extremos e alterações ambientais podem favorecer a dispersão de fungos patogênicos. Em 1977, uma tempestade de poeira na Califórnia, Estados Unidos, transportou *Coccidioides immitis*, agente da coccidioidomicose, do Vale de San Joaquin ao condado de Sacramento, causando mais de 100 infecções (Nnadi; Carter, 2021). Após os furacões Katrina, em 2005, e Harvey, em 2017, foram registrados casos de coccidioidomicose em áreas não endêmicas e infecções invasivas por fungos raros (Bonifaz; García-Salazar; Frías-De-León, 2024). Na Ilha de Vancouver, no Canadá, o aumento da atividade madeireira desde o final da década de 1990, com a liberação de esporos no ambiente, também foi associado à incidência de *Cryptococcus gattii* (Neabore, 2024).

No Brasil, no final de 2020, a *C. auris* foi detectada pela primeira vez em um paciente de 59 anos, do sexo masculino, internado em uma unidade de terapia intensiva (UTI) no estado da Bahia, o que gerou uma força-tarefa nacional para acompanhar e implementar medidas para conter a disseminação de *C. auris* (Brasil, 2020). Fato importante, pois tal espécie fúngica é considerada termorresistente e resistente a uma ampla gama de antifúngicos, limitando severamente as opções de tratamento (Salazar-Hamm; Torres-Cruz, 2024).

Em relação a outras infecções fúngicas que causam doença em humanos, destaca-se a paracoccidioidomicose, causada por *Paracoccidioides lutzii*, que é historicamente endêmica em extensas áreas da América do Sul, da América Central e do México, mas vem se expandindo para novas regiões do Brasil, do Equador e da Venezuela. Além disso, embora não haja comprovação direta, levanta-se a hipótese de que o aumento gradual das temperaturas tenha favorecido a adaptação de *Sporothrix brasiliensis* ao crescimento invasivo na forma de levedura, contribuindo para surtos em felinos e para a transmissão zoonótica na América do Sul, especialmente no Brasil (Seidel *et al*., 2024).

O aumento da frequência de eventos climáticos extremos, como secas, inundações e temperaturas elevadas, favorece a ocorrência de doenças fúngicas em cultivos e ameaça a produção mundial de alimentos. As mudanças climáticas também ampliam a distribuição geográfica de fungos fitopatogênicos dos gêneros *Aspergillus*, *Penicillium* e *Fusarium* e alteram a ocorrência de micotoxinas, como aflatoxinas e fumonisinas, associadas a intoxicações agudas, câncer e distúrbios do desenvolvimento (Zingales *et al*., 2022).

3.3. Resistência antifúngica e Crise dos Antifúngicos

A resistência antifúngica é uma ameaça crescente à saúde pública, impulsionada pelo uso indiscriminado de antifúngicos e de fungicidas na agricultura e na indústria. Estressores ambientais também podem favorecer mecanismos adquiridos, como mutações e duplicações gênicas, inserções de transposons, aneuploidias e perda de heterozigosidade. À vista disso, esse fenômeno permite que subpopulações de células fúngicas sobrevivam e se proliferem mesmo sob altas concentrações dos fármacos, dificultando o tratamento (Kadariswantiningsih *et al*., 2025).

As mudanças climáticas agravam a resistência antifúngica ao modificar a distribuição dos fungos, favorecer sua termotolerância e intensificar pressões seletivas (Nnadi; Carter, 2021; Fisher *et al*., 2022). Esse problema é ampliado pela disponibilidade de apenas quatro classes terapêuticas: azóis (fluconazol, cetoconazol e itraconazol, dentre outros), equinocandinas (caspofungina, micafungina e anidulafungina), pirimidinas (5-flucitosina) e polienos

(anfotericina B e nistatina). Além das opções limitadas, esses medicamentos podem causar efeitos adversos desagradáveis, além de mielotoxicidade, hepatotoxicidade e nefrotoxicidade (Fisher *et al*., 2022; OMS, 2022).

Em temperaturas elevadas, os fungos alteram a composição lipídica das membranas celulares e as vias de biossíntese do ergosterol, reduzindo indiretamente sua suscetibilidade aos antifúngicos. Outros mecanismos de resistência incluem a ativação de bombas de efluxo, que expulsam diferentes substâncias e favorecem a resistência a múltiplos fármacos (MDR); alterações no alvo farmacológico, que impedem a ligação do medicamento; formação de biofilmes; e maior produção de enzimas capazes de neutralizar os fármacos (Fisher *et al*., 2022; Lee; Robbins; Cowen, 2023).

As mudanças climáticas podem intensificar a resistência antifúngica ao aumentar o uso de fungicidas azólicos na agricultura e, consequentemente, a pressão seletiva sobre espécies de *Candida*, como *C. glabrata* e as do complexo *C. parapsilosis* (George *et al*., 2025). Entre os patógenos resistentes, *C. auris* destaca-se pela rápida transmissão hospitalar, persistência ambiental e resistência intrínseca ou adquirida a múltiplas classes de antifúngicos (Bagga; Kavanoor Sridhar, 2026). Cepas de *Aspergillus fumigatus* resistentes aos azóis também já foram identificadas clinicamente em 20 países. A resistência ocorre ainda em dermatófitos, como *Trichophyton indotineae*, cuja disseminação tem sido associada ao uso pouco regulamentado de cremes antifúngicos de alta potência com corticosteroides, além de *T. rubrum* e *T. mentagrophytes* (Salazar-Hamm *et al*., 2023).

3.4. Implicações para vigilância, assistência e organização do SUS

A vigilância em saúde pública apresenta lacunas importantes, pois a maioria das doenças fúngicas não é de notificação compulsória, sendo que a exceção é a suspeita de esporotricose humana. Micoses superficiais, como as de pele e unhas e a candidíase vaginal, e micoses sistêmicas profundas, como a histoplasmose e a paracoccidioidomicose, não integram a rotina de notificação obrigatória do Ministério da Saúde em casos de suspeita. Como consequência, sua incidência permanece subestimada (Neabore, 2024; Brasil, 2026).

Por outro lado, o Sistema Micosis, do Ministério da Saúde, registra e monitora casos de micoses endêmicas e oportunistas e apoia a gestão de medicamentos antifúngicos no SUS. Sua implantação, contudo, ainda ocorre de forma gradual. Sabe-se que no primeiro quadrimestre de 2026, a vigilância dessas micoses estava implantada em 15 Unidades Federativas, e com isso, a previsão de cobertura nacional até o ano de 2027 (Brasil, 2026).

No Brasil, a paracoccidioidomicose aguda já apresenta expansão para áreas não endêmicas fora da Amazônia, incluindo regiões metropolitanas como o Rio de Janeiro, com 4.232 hospitalizações registradas entre 2014 e 2023 em 1.292 municípios (Gadêlha *et al*., 2025). O monitoramento desses padrões espaço-temporais exige integração entre dados hospitalares, alertas de desmatamento e temperaturas climáticas (Gadêlha *et al*., 2025). Ademais, outros estudos brasileiros demonstram dados significativos entre hospitalizações por micoses e fatores climáticos como eventos La Niña em Minas Gerais, período em que provoca chuvas abaixo da média e forte estiagem (De Nazareth *et al*., 2023).

Em vista disso, ao pensar sobre as implicações das mudanças climáticas e suas consequências quanto ao advento das infecções fúngicas, ressalta-se que a assistência enfrenta desafios diagnósticos e terapêuticos que se agravam com o cenário climático, especialmente em municípios de pequeno porte (De Nazareth *et al*., 2023).

As populações socialmente vulneráveis, como refugiados climáticos e pessoas em condições precárias de moradia, são mais suscetíveis às infecções fúngicas, bem como o risco também aumenta em atividades ocupacionais com exposição a propágulos fúngicos, a exemplo da construção civil, avicultura e agricultura, perpetuando a importância de uma gestão

responsável para adotar uma abordagem de Saúde Única, que vincule o uso clínico de antifúngicos à regulamentação de fungicidas (Jenks *et al*., 2023; Lockhart *et al*., 2023; Seidel *et al*., 2024).

Nesse contexto, o SUS deve assegurar acesso equitativo a diagnósticos avançados e medicamentos antifúngicos, sobretudo para grupos social e ocupacionalmente vulneráveis conforme a necessidade. Por isso que, a abordagem do SUS, ao integrar vigilância ambiental, manejo agrícola de fungicidas e capacitação profissional, pode reduzir esses impactos, assim como, a incorporação de dados de suscetibilidade antifúngica ao Sistema Global de Vigilância da Resistência e Uso de Antimicrobianos (GLASS), que pode apoiar a padronização nacional das notificações. Outro ponto preponderante é o seguimento do Plano para o fortalecimento das respostas às doenças fúngicas e à resistência antifúngica da Organização Mundial de Saúde (2026) com o fortalecimento de respostas coordenadas às doenças fúngicas e à resistência antifúngica (RAF) (Fisher *et al*., 2022; Bagga; Kavanoor Sridhar, 2026).

4 CONCLUSÃO

O aquecimento global favorece a adaptação térmica de fungos ambientais, ampliando sua capacidade de sobreviver à temperatura corporal humana e de causar infecções. Paralelamente, o aumento da frequência e da intensidade de eventos meteorológicos extremos pode elevar o número de surtos associados a desastres, sobretudo entre populações socialmente vulneráveis. As desigualdades nos determinantes sociais da saúde agravam esse risco e reforçam a necessidade de ações articuladas de prevenção, detecção e tratamento. A resposta também deve considerar a resistência antifúngica e a limitação de classes medicamentosas disponíveis no mercado mundial, bem como problemas agravados pela capacidade adaptativa dos fungos. Nesse cenário, a abordagem de Saúde Única e a adoção de políticas públicas voltadas à vigilância integrada, ao uso responsável de fungicidas na agricultura e à redução dos riscos ocupacionais são essenciais. A escassez de evidências clínicas sobre o manejo das infecções fúngicas emergentes, somada ao crescimento da resistência aos antifúngicos, especialmente aos azóis, dificulta a resposta da saúde pública. Para enfrentar essas limitações, é necessário ampliar a vigilância epidemiológica, a amostragem ambiental e as análises moleculares, de modo a identificar tendências espaço-temporais e orientar medidas de prevenção e controle.

REFERÊNCIAS

BAGGA, Ruchika; KAVANOOR SRIDHAR, Kumudhavalli. The silent pandemic: antifungal resistance and the future of invasive fungal disease management. **Microorganisms**, v. 14, n. 3, p. 599, 2026.

BONIFAZ, Alexandro; GARCÍA-SALAZAR, Eduardo; FRÍAS-DE-LEÓN, María Guadalupe. Climate change exacerbating fungal disease disparities. **Current Fungal Infection Reports**, v. 18, n. 1, p. 1-12, 2024.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). **Brasil confirma primeiro caso de Candida auris**. Brasília, DF: Anvisa, 11 dez. 2020. Atualizado em: 3 nov. 2022. Disponível em: https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/noticias-anvisa/2020/brasil-confirma-primeiro-caso-decandida-auris. Acesso em: 8 ago. 2026.

BRASIL**. Ministério da Saúde.** Ministério da Saúde qualifica profissionais de 13 estados para o uso do Sistema Micosis. *Ministério da Saúde*, Brasília, DF, 9 abr. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 10.175, de 23 de janeiro de 2026**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2026. Disponível em: https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-10.175-de-23-de-janeiro-de-2026-683062951. Acesso em: 31 ago. 2026.

CORRÊA-JUNIOR, Dario *et al*. From the ground to the clinic: the evolution and adaptation of fungi. **Journal of Fungi**, v. 12, n. 1, p. 8, 2025.
DE NAZARETH, Ronaldo Aquino Dusi *et al.* Multiple causations of hospitalizations due to mycoses in a Brazilian region: from anthropogenic to climate factors. **Research, Society and Development**, v. 12, n. 1, p. e17712138702-e17712138702, 2023.
FISHER, Matthew C. *et al.* Tackling the emerging threat of antifungal resistance to human health. **Nature reviews microbiology**, v. 20, n. 9, p. 557-571, 2022.
GADÊLHA, Marina Cristina *et al.* Spatiotemporal patterns of acute paracoccidioidomycosis hospitalizations in Brazil, 2014-2023. **Revista do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo**, v. 67, p. e81, 2025.
GEORGE, Mary E. *et al.* The impact of climate change on the epidemiology of fungal infections: implications for diagnosis, treatment, and public health strategies. **Therapeutic advances in infectious disease**, v. 12, p. 20499361251313841, 2025.
JENKS, Jeffrey D. *et al.* Social determinants of health as drivers of fungal disease. **EClinicalMedicine**, v. 66, 2023.
KADARISWANTININGSIH, Ika N. *et al*. Antifungal resistance: Emerging mechanisms and implications. **Molecular medicine reports**, v. 32, n. 3, p. 247, 2025.
LEE, Yunjin; ROBBINS, Nicole; COWEN, Leah E. Molecular mechanisms governing antifungal drug resistance. **npj Antimicrobials and Resistance**, v. 1, n. 1, p. 5, 2023.
LOCKHART, Shawn R.; CHOWDHARY, Anuradha; GOLD, Jeremy AW. The rapid emergence of antifungal-resistant human-pathogenic fungi. **Nature Reviews Microbiology**, v. 21, n. 12, p. 818-832, 2023.
NEABORE, Lindsey Konkel. Wake-up call: rapid increase in human fungal diseases under climate change. **Environmental Health Perspectives**, v. 132, n. 4, p. 042001, 2024.
NNADI, Nnaemeka Emmanuel; CARTER, Dee A. Climate change and the emergence of fungal pathogens. **PLoS pathogens**, v. 17, n. 4, p. e1009503, 2021.
SALAZAR-HAMM, Paris; TORRES-CRUZ, Terry J. The impact of climate change on human fungal pathogen distribution and disease incidence. **Current Clinical Microbiology Reports**, v. 11, n. 3, p. 140-152, 2024.
SEIDEL, Danila *et al.* Impacto das mudanças climáticas e desastres naturais em infecções fúngicas. **The Lancet Microbe** , v. 5, n. 6, p. e594-e605, 2024.
SINGH, Brajesh K. *et al.* Climate change impacts on plant pathogens, food security and paths forward. **Nature Reviews Microbiology**, v. 21, n. 10, p. 640-656, 2023.
UZZELL, Christopher; SHELTON, Jennifer; VAN RHIJN, Norman. Climate change-driven geographical shifts in Aspergillus species and the implications for plant and human health. **Iscience**, v. 29, n. 3, 2026.
WILLIAMS, Samantha L. *et al.* Effects of climate change on fungal infections. **PLoS Pathogens**, v. 20, n. 5, p. e1012219, 2024.
WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **New WHO report outlines critical steps to confront fungal disease and antifungal resistance**. Genebra: WHO, 30 jun. 2026. Disponível em: https://www.who.int/news/item/30-06-2026-new-who-report-outlines-critical-steps-to-confront-fungal-disease-and-antifungal-resistance. Acesso em: 15 ago. 2026.
WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO fungal priority pathogens list to guide research, development and public health action**. Geneva: World Health Organization, 2022. Disponível em: https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/69af4379-4f27-4ac4-8973-74d7b52af7bd/content. Acesso em: 18 ago.
ZINGALES, Veronica *et al.* Climate change and effects on molds and mycotoxins. **Toxins**, v. 14, n. 7, p. 445, 2022.

PRÁTICAS BASEADAS EM EVIDÊNCIAS NO TRATAMENTO DE FERIDAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: A EXPERIÊNCIA DA ENFERMAGEM

ANDIARA LIMA ROSA

Introdução: O tratamento de lesões crônicas na Atenção Primária à Saúde exige do enfermeiro a incorporação de práticas baseadas em evidências para superar condutas terapêuticas obsoletas. Na Estratégia Saúde da Família (ESF), a cronicidade das lesões demanda um raciocínio clínico apurado para a escolha e indicação das coberturas biotecnológicas adequadas. Cabe ao enfermeiro exercer a liderança clínica na unidade, supervisionando os procedimentos executados e orientando a equipe de forma direta para assegurar a resolutividade e a qualidade da assistência. **Objetivo:** Relatar a experiência de uma enfermeira na aplicação de práticas baseadas em evidências e na supervisão clínica do tratamento de feridas crônicas na atenção básica. **Relato de caso/experiência:** A vivência compreende três anos de atuação em uma unidade de ESF, pautada na aplicação de evidências científicas e na coordenação de procedimentos. A prática consistiu na avaliação clínica minuciosa das lesões e no direcionamento das coberturas ideais para cada fase cicatricial. Identificou-se, por exemplo, o uso inadequado e contínuo de corticoide tópico em uma úlcera venosa ativa há mais de 20 anos, mantido por prescrições defasadas. A enfermeira instituiu a descontinuidade do fármaco, prescreveu a cobertura tecnológica indicada e passou a coordenar a execução do curativo junto ao técnico de enfermagem. A atuação envolveu orientações diretas no momento da aplicação, monitoramento do exsudato e determinação do tempo correto de troca. Sob essa supervisão e manejo clínico adequado, a lesão apresentou involução acelerada, atingindo a alta por cicatrização completa em seis meses. **Conclusão:** A incorporação de práticas baseadas em evidências e a supervisão direta da enfermagem mostraram-se determinantes na atenção primária. A experiência demonstra que a escolha assertiva de coberturas e a orientação técnica oportuna no ato do curativo eliminam iatrogenias e aceleram a cura de lesões complexas, consolidando a autonomia do enfermeiro.

Palavras-chave: **ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL; CICATRIZAÇÃO; SUPERVISÃO DE ENFERMAGEM.**

DOI: 10.51161/iv-conasus/89800

APLICAÇÃO DA ESCALA DE FUGL-MEYER NA FISIOTERAPIA: UM RELATO DE CASO QUANTO SUA IMPORTÂNCIA NO PROGNÓSTICO DO PACIENTE

MILENA OLIVEIRA DE ALBUQUERQUE; GRAZIELY DE OLIVEIRA MATOS

Introdução: Acidente Vascular Cerebral (AVC) é uma emergência médica no Brasil e continua sendo uma das principais causas de morte no país. Diante da complexidade e variabilidade das sequelas após o AVC, é de extrema importância o uso de instrumentos de avaliação padronizados, que possibilitem quantificar o comprometimento funcional dos indivíduos pós-AVC. Logo, a escala de avaliação Fugl-Meyer torna-se um importante norteador do prognóstico de cada paciente. **Objetivo**: Este relato de caso tem como objetivo apresentar a eficácia da escala de Fugl-Meyer no acompanhamento da evolução dos pacientes durante o processo de reabilitação. **Métodos**: Trata-se de uma pesquisa de um relato de caso com caráter descritivo. **Resultados**: Os estudos investigados apontam que a Escala de Fugl-Meyer demonstra uma grande relevância na identificação e quantificação dos déficits apresentados pelos pacientes, possibilitando acompanhar mudanças ao longo da reabilitação. Durante o processo das avaliações, foram analisados 17 pacientes sendo (12 AVC Isquêmicos e 5 AVC Hemorrágicos) com uma média de idade (51,86 e ± 13,50), tempo de AVC (32,8 meses e ± 25,02). Quanto à hemiparesia (12 do lado esquerdo e 7 do lado direito). Os resultados das diferentes avaliações pela escala de FUGL- MEYER foram agrupados para o cálculo das médias dos dados, obtendo-se como resultados para força motora (média 25,73 e ± 20,55), sensibilidade (média 9,6 e ± 2,79), movimento articular (média 19,06 e ± 4,30) e dor articular (média 17,73e ± 8,11) **Conclusão**: Conclui-se que a escala de Fugl-Meyer é um instrumento importante para a prática fisioterapêutica, uma vez que colabora para uma avaliação mais objetiva, possibilitando o acompanhamento da evolução do paciente. Sendo assim, a sua prática favorece um planejamento terapêutico mais direcionado e individualizado.

Palavras-chave: **ACIDENTEC VASCULAR CEREBRAL; FISIOTERAPIA; FUGL-MEYER**

DOI: 10.51161/iv-conasus/89804

RELATO DE EXPERIÊNCIA: A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE COMO ESTRATÉGIA PARA FORTALECER O TRABALHO EM EQUIPE NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

STEFANI SANTOS LEITÃO DA CRUZ

Introdução: A Estratégia de Saúde da Família (ESF) foi criada no Brasil em 1994, inicialmente denominada Programa Saúde da Família (PSF), como estratégia do Ministério da Saúde para reorganização da Atenção Básica. Nesse contexto, a qualificação contínua dos profissionais é fundamental para o fortalecimento do processo de trabalho e da assistência prestada à população. A Educação Permanente em Saúde (EPS) possibilita a reflexão sobre as práticas profissionais e a construção coletiva de conhecimentos a partir das necessidades reais do serviço. **Objetivo:** Relatar a experiência de inserção da Educação Permanente em Saúde no cotidiano de uma equipe da Estratégia de Saúde da Família, destacando suas contribuições para a qualificação profissional e o fortalecimento do trabalho em equipe. **Metodologia:** Trata-se de um relato de experiência desenvolvido ao longo de um ano em uma Unidade de Saúde da Família do município de Lauro de Freitas, Bahia. A partir da identificação de necessidades vivenciadas no serviço, foram realizados encontros quinzenais de Educação Permanente em Saúde. Os temas eram definidos coletivamente e conduzidos de forma rotativa pelos profissionais, favorecendo a participação, a troca de saberes e a reflexão sobre as práticas de cuidado. **Resultados:** A experiência evidenciou a necessidade de manter os profissionais atualizados e preparados para responder às demandas da população. Os encontros possibilitaram a discussão de situações vivenciadas no serviço, compartilhamento de conhecimentos e reflexão sobre as práticas desenvolvidas. A participação dos diferentes profissionais favoreceu a integração da equipe, a valorização dos saberes e o fortalecimento do processo de trabalho. A utilização das demandas cotidianas como disparadoras de aprendizagem demonstrou ser uma estratégia simples, contínua e aplicável à realidade da unidade. **Conclusão:** A inserção da Educação Permanente em Saúde no cotidiano da ESF mostrou-se uma estratégia relevante para qualificar profissionais, fortalecer o trabalho em equipe e aprimorar as práticas de cuidado. A aprendizagem construída a partir das situações reais do serviço contribuiu para transformar o cotidiano de trabalho e favorecer uma assistência mais integral e qualificada.

Palavras-chave: **ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA; EDUCAÇÃO EM SAÚDE; TRABALHO EM EQUIPE**

DOI: 10.51161/iv-conasus/89809

HORTA VERTICAL: MODELAGEM ERGONÔMICA E ESTRATÉGIAS DE IMPLEMENTAÇÃO EM ESPAÇOS REDUZIDOS DE UNIDADES DE SAÚDE

GABRIEL NASCIMENTO RODRIGUES; KHALIL GAMAL DSOUKI; MARCELLA NAVARRO PERES; WILSON DE SOUZA MONTEIRO JUNIOR; LAURA CRISTINA PEREIRA MAIA

RESUMO

O envelhecimento populacional impõe aos serviços de atenção primária a necessidade de estratégias que ultrapassem o cuidado estritamente clínico e favoreçam a convivência, a autonomia e o bem-estar da pessoa idosa. A horticultura terapêutica tem sido descrita como prática de baixo custo, capaz de reduzir o isolamento social e de melhorar indicadores emocionais nessa população, embora sua aplicação em unidades públicas esbarre com frequência na escassez de área física disponível. Este trabalho relata a experiência de estudantes do curso de Medicina da Universidade Municipal de São Caetano do Sul na implementação de uma horta vertical na Unidade Básica de Saúde Centro Policlínico Gentil Rstom, em São Caetano do Sul, São Paulo. O objetivo foi demonstrar a viabilidade do cultivo vertical como estratégia ergonômica, sustentável e replicável de promoção do envelhecimento ativo em espaços reduzidos de unidades de saúde. A intervenção ocorreu em duas etapas, em maio de 2026. Na primeira, os estudantes fixaram suportes em parede externa da unidade, prepararam vasos suspensos com argila expandida, manta de drenagem, substrato e húmus de minhoca e realizaram o plantio de dez espécies de fácil manejo, acompanhadas de placas com orientações de cuidado. Na segunda, foi conduzida uma oficina com pessoas idosas adscritas à unidade e com Agentes Comunitários de Saúde, incluindo demonstração prática de irrigação, identificação de pragas, colheita e manutenção. Observou-se adesão espontânea dos participantes, apropriação do espaço pela comunidade e integração entre estudantes, equipe e usuários. A configuração vertical reduziu a flexão de coluna exigida no manejo, ocupou área horizontal mínima e facilitou a inspeção e a colheita, mostrando-se compatível com as limitações de mobilidade do público-alvo. O custo foi integralmente assumido pelos estudantes, sem ônus para o serviço. Conclui-se que a horta vertical constitui recurso funcional e de baixo custo para transformar áreas ociosas de unidades de saúde em ambientes terapêuticos, ainda que sua sustentação a longo prazo dependa da continuidade da capacitação e do vínculo da equipe local.

Palavras-chave: Envelhecimento ativo; Horticultura; Idoso.

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional constitui um dos principais desafios contemporâneos para os sistemas públicos de saúde. O aumento progressivo da proporção de pessoas com sessenta anos ou mais altera o perfil de demanda dos serviços, deslocando o eixo do cuidado das condições agudas para o manejo de condições crônicas e para a manutenção da funcionalidade. Nesse cenário, a atenção primária assume papel estratégico, uma vez que atua como porta de entrada do sistema e como espaço privilegiado para ações de prevenção e

DOI: 10.51161/iv-conasus/89818

promoção da saúde. Espera-se, portanto, que a Unidade Básica de Saúde (UBS) ofereça mais do que atendimento clínico: que constitua um ambiente capaz de acolher, estimular a convivência e sustentar a autonomia da população idosa.

Entre as práticas que respondem a essa demanda, a horticultura terapêutica tem recebido atenção crescente na literatura. Revisões sistemáticas e metanálises indicam que intervenções baseadas em cultivo produzem efeitos favoráveis sobre a saúde geral de pessoas idosas, com repercussões físicas, psicológicas e sociais (Wang et al., 2022; Chen et al., 2023). Investigações específicas descrevem ainda melhora do estado mental, da qualidade do sono e de marcadores salivares de imunidade mucosa em idosos submetidos a programas de horticultura (Lin et al., 2022). Experiências brasileiras em centros de convivência apontam na mesma direção, ao registrarem elevada adesão dos participantes e fortalecimento de vínculos comunitários quando a atividade é conduzida em grupo (Souza et al., 2025).

A transposição dessas evidências para o cotidiano das unidades públicas de saúde, entretanto, encontra um obstáculo recorrente: a escassez de área física. Unidades situadas em contextos urbanos densamente ocupados raramente dispõem de terreno livre para hortas convencionais, e o pouco espaço existente costuma ser destinado a circulação, estacionamento ou depósito. O cultivo em modelo vertical surge como alternativa a essa limitação, por ocupar área horizontal mínima e aproveitar superfícies ociosas, como paredes externas. Cartilhas educativas voltadas a hortas em pequenos espaços descrevem esse formato como recurso adequado à promoção do bem-estar e do envelhecimento ativo, sobretudo por sua adaptabilidade a ambientes com restrições estruturais (Silva; Barreto, 2025).

Soma-se a esse contexto o papel da extensão universitária na formação médica. Projetos extensionistas conduzidos em serviços de atenção primária colocam o estudante diante de demandas reais da comunidade e favorecem o desenvolvimento de competências em saúde coletiva, educação popular e trabalho interprofissional, competências que dificilmente se consolidam apenas em ambiente de sala de aula. A relação estabelecida é de transformação recíproca: a comunidade recebe ações concretas de promoção da saúde e o estudante vivencia contextos complexos que estimulam a reflexão crítica e a humanização do cuidado.

Diante do exposto, este trabalho tem por objetivo relatar a experiência de implementação de uma horta vertical em uma Unidade Básica de Saúde do município de São Caetano do Sul, conduzida por estudantes do curso de Medicina, demonstrando a viabilidade técnica e ergonômica desse modelo como estratégia sustentável de promoção do envelhecimento ativo em espaços reduzidos.

2 RELATO DE EXPERIÊNCIA

Trata-se de relato de experiência, de caráter descritivo, referente a projeto de extensão universitária desenvolvido pelo curso de Medicina da Universidade Municipal de São Caetano do Sul (USCS). A intervenção foi realizada na Unidade Básica de Saúde Centro Policlínico Gentil Rstom, localizada em São Caetano do Sul, São Paulo, em área externa dotada de parede de fácil acesso, previamente disponibilizada pela gestão local. Participaram da experiência quatorze estudantes de graduação, Agentes Comunitários de Saúde (ACS) vinculados à unidade e pessoas idosas adscritas ao território. As atividades ocorreram em duas etapas, nos dias 11 e 22 de maio de 2026.

A primeira etapa foi dedicada à organização do espaço e à montagem da estrutura. Os estudantes fixaram suportes na parede externa da unidade e instalaram vasos suspensos de polietileno, com capacidade aproximada de cinco a sete litros cada. O preparo do substrato seguiu quatro camadas: argila expandida, destinada à drenagem basal; manta geotêxtil, para retenção de umidade e contenção do substrato; substrato específico para plantas; e húmus de minhoca, empregado no enriquecimento nutricional. A disposição dos vasos foi definida de

modo que todas as unidades permanecessem entre a altura da cintura e a altura dos ombros de um adulto em pé, evitando a necessidade de agachamento durante o manejo.

A seleção das espécies considerou critérios de facilidade de manejo, porte reduzido, adaptação ao cultivo em vasos e propriedades organolépticas ou medicinais reconhecidas pela população. Foram plantadas dez espécies: manjericão roxo (Ocimum basilicum var. purpurascens), sálvia (Salvia officinalis), orégano (Origanum vulgare), salsinha (Petroselinum crispum), tomate cereja (Solanum lycopersicum var. cerasiforme), erva-cidreira (Melissa officinalis), pimenta biquinho (Capsicum baccatum), tomilho (Thymus vulgaris), cebolinha (Allium schoenoprasum) e hortelã (Mentha spicata). Para cada espécie foram confeccionadas placas de identificação afixadas junto aos vasos, contendo o nome popular e orientações objetivas de cuidado, como frequência de rega e exposição solar recomendada.

A segunda etapa consistiu em oficina comunitária realizada com os idosos atendidos pela unidade, com participação dos ACS e dos estudantes. Os participantes conheceram a estrutura montada, receberam informações sobre o cultivo das espécies e foram convidados a atuar diretamente no plantio e no transplante de mudas. Paralelamente, os ACS receberam capacitação prática voltada ao manejo contínuo da horta, abrangendo frequência de irrigação adequada ao clima subtropical local, identificação de pragas comuns, técnicas de colheita e critérios para renovação das mudas. Foram entregues orientações impressas para consulta permanente na unidade, de modo a não restringir o conhecimento ao período de presença dos estudantes.

A estrutura final consolidou-se como espaço identificado e apropriado pela comunidade, sinalizado por placa nomeando a iniciativa, conforme apresentado na Figura 1.

Figura 1 – Estrutura final da horta vertical instalada na parede externa da unidade
Fonte: Acervo dos autores (2026)

Ao longo das duas etapas, observou-se participação espontânea e sustentada dos idosos, que auxiliaram no plantio, formularam perguntas sobre o cultivo e relataram experiências prévias com hortas domésticas. A atividade gerou momentos de conversa e troca entre gerações, envolvendo usuários, trabalhadores da unidade e estudantes. Nenhum custo foi repassado à UBS: os materiais foram integralmente financiados pelos próprios estudantes.

3 DISCUSSÃO

A opção pelo modelo vertical revelou-se determinante para a viabilidade da experiência. Do ponto de vista técnico, a configuração apresentou vantagens que uma horta convencional não ofereceria no mesmo contexto: ocupação mínima de área horizontal, fator decisivo em

unidades urbanas com espaço restrito; drenagem facilitada, com menor risco de encharcamento e de doenças fúngicas; e acesso direto para inspeção, colheita e manutenção, sem necessidade de deslocamento entre canteiros. Do ponto de vista ergonômico, o posicionamento dos vasos em altura intermediária reduziu a exigência de flexão de coluna e de agachamento, movimentos frequentemente limitantes para pessoas idosas com restrição de mobilidade ou dor articular crônica. Esse achado é convergente com a proposição de Silva e Barreto (2025), que descrevem o cultivo em pequenos espaços como recurso adequado para promover bem-estar e envelhecimento ativo justamente por sua adaptabilidade a ambientes com limitações estruturais.

O engajamento observado durante a oficina mostrou-se compatível com o descrito na literatura. Chen et al. (2023) e Souza et al. (2025) registram elevada adesão de idosos a atividades de horticultura, particularmente quando realizadas em grupo e associadas ao aprendizado prático, condições reproduzidas na experiência aqui relatada. A disposição dos participantes em manipular substrato e mudas, somada à formulação espontânea de perguntas, sugere que a atividade operou menos como demonstração passiva e mais como espaço de participação, o que a literatura associa a maior probabilidade de continuidade. A hipótese de que esse tipo de intervenção repercuta sobre desfechos emocionais e fisiológicos, como bem-estar psicológico, qualidade do sono e marcadores de imunidade mucosa, encontra respaldo em Wang et al. (2022) e Lin et al. (2022), embora tais desfechos não tenham sido mensurados no presente relato.

Um segundo aspecto relevante diz respeito à sustentabilidade da iniciativa. Projetos de extensão enfrentam, de modo recorrente, o risco de descontinuidade após o encerramento da presença estudantil. A capacitação dos ACS foi adotada como estratégia deliberada de mitigação desse risco: por serem profissionais permanentes da unidade e por manterem vínculo cotidiano com o território, os agentes reúnem condições de sustentar o manejo e de convocar os usuários para novas atividades. A entrega de material impresso reforçou essa transferência de responsabilidade. Do ponto de vista econômico e ambiental, o uso de materiais acessíveis, o preparo de substrato com componentes biodegradáveis e a adubação com húmus de minhoca eliminaram a dependência de insumos químicos e mantiveram o custo em patamar compatível com a replicação em outras unidades.

A experiência também evidencia o potencial da integração ensino-serviço-comunidade. Ao conduzirem a intervenção dentro de um serviço em funcionamento, os estudantes precisaram negociar espaço com a gestão, adequar o cronograma à rotina da unidade e comunicar-se com um público diverso em escolaridade e condição funcional. Essas exigências, ausentes em atividades exclusivamente acadêmicas, aproximam a formação médica de competências previstas para o exercício profissional no Sistema Único de Saúde, especialmente no que se refere à educação popular em saúde e ao trabalho em equipe multiprofissional.

Algumas limitações devem ser reconhecidas. Por se tratar de relato de experiência, não foram aplicados instrumentos validados para mensurar desfechos de bem-estar, sintomas depressivos ou qualidade de vida, de modo que os efeitos descritos baseiam-se em observação direta e em relatos informais dos participantes, sem controle de vieses. O período de acompanhamento foi curto, restrito a duas etapas em um mesmo mês, o que impede afirmações sobre a permanência da estrutura, a sobrevivência das espécies em médio prazo ou a manutenção do engajamento comunitário. Tampouco houve grupo de comparação. Recomenda-se, para experiências futuras, a incorporação de avaliação sistemática com instrumentos padronizados, o acompanhamento longitudinal da horta e o registro da frequência de participação, elementos que permitiriam qualificar melhor o impacto da estratégia.

DOI: 10.51161/iv-conasus/89818

4 CONCLUSÃO

A implementação da horta vertical na Unidade Básica de Saúde demonstrou viabilidade técnica, adequação ergonômica e baixo custo operacional, confirmando o modelo como alternativa pertinente para unidades com restrição de área física. A disposição dos vasos em parede favoreceu a participação de pessoas idosas com mobilidade reduzida, e a capacitação dos Agentes Comunitários de Saúde estabeleceu condição mínima para a continuidade da iniciativa após o término da atuação estudantil. A experiência indica que áreas ociosas de unidades de saúde podem ser convertidas em ambientes de convivência com investimento reduzido.

Os achados devem ser interpretados à luz das limitações do desenho adotado, que não permite estabelecer relações de causa e efeito entre a intervenção e desfechos de saúde. Como perspectiva, sugere-se a replicação da estratégia em outras unidades do município, associada a avaliação longitudinal com instrumentos validados, de modo a verificar se os benefícios descritos na literatura internacional sobre horticultura terapêutica se confirmam no contexto da atenção primária brasileira.

REFERÊNCIAS

CHEN, X. et al. Effects of horticultural therapy on health in the elderly: a review and meta-analysis. **Frontiers in Public Health**, v. 11, 2023. Disponível em: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10240129/. Acesso em: 26 maio 2026.

LIN, Y. H. et al. Horticulture therapy affected the mental status, sleep quality, and salivary markers of mucosal immunity in an elderly population. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 19, n. 11, 2022. Disponível em: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9205955/. Acesso em: 26 maio 2026.

SILVA, M. R. R. da; BARRETO, L. C. L. de S. Horta em pequenos espaços: uma cartilha educativa para promover bem-estar e envelhecimento ativo. **Diálogos em Gerontologia**, v. 1, n. 3, 2025. Disponível em: https://revista.redegeronto.com.br/index.php/dialogos/article/view/133. Acesso em: 26 maio 2026.

SOUZA, S. C. de et al. Horticultura como atividade ocupacional para membros do centro de convivência do idoso. **Revista Extensão**, v. 9, n. 7, p. 26-30, 2025. Disponível em: https://revista.unitins.br/index.php/extensao/article/view/10451. Acesso em: 26 maio 2026.

WANG, D. et al. Horticultural therapy for general health in older adults: a systematic review and meta-analysis. **Complementary Therapies in Medicine**, v. 64, 2022. Disponível em: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8830630/. Acesso em: 26 maio 2026.

DOI: 10.51161/iv-conasus/89818

SERVIÇO SOCIAL E INTEGRALIDADE EM SAÚDE: CONTRIBUIÇÕES PROFISSIONAIS FRENTE AOS DETERMINANTES SOCIAIS DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA NOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE

DANIELE DA CONCEIÇÃO DOS SANTOS

RESUMO

O presente trabalho propõe a elaboração de um estudo que instigue reflexões acerca da inserção do Serviço Social na rede pública de saúde levando em consideração sua atuação focada na superação de questões sociais, que influenciam diretamente no bem-estar físico, mental e social dos sujeitos. Nessa perspectiva, buscou-se analisar as contribuições do Serviço Social para efetivação do princípio da integralidade no SUS tendo em vista sua atuação nos determinantes sociais do processo saúde-doença na perspectiva da atenção integral à saúde. Adotando-se uma abordagem qualitativa, com pesquisa bibliográfica, sendo utilizado levantamento de dados secundários, com revisão de literatura de autores relevantes ao tema e articulação às reflexões oriundas da experiência de um estágio realizado no Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão, na cidade de São Luís. Discute-se o processo de inserção desse profissional no campo da saúde e suas contribuições para respostas efetivas às demandas que necessitam de estratégias que superem a visão limitada de saúde, que considera apenas os aspectos biológicos do ser, inviabilizando práticas e estratégias que enfatize todas as necessidades do indivíduo, para além da assistência médica-curativa. Além de refletir sobre alguns dilemas que desfavorecem a prática profissional nos espaços de saúde. Dessa forma, torna-se evidente que o papel do Serviço Social é imprescindível nos serviços públicos de saúde, uma vez que contribui para fortalecer e efetivar o princípio da integralidade, por basilar suas ações na perspectiva de garantia de direitos e ser comprometido com um projeto profissional alinhado aos princípios do SUS e a transformação da realidade social.

Palavras-chave: SUS; INTERDISCIPLINARIDADE; SAÚDE AMPLIADA.

1 INTRODUÇÃO

O conceito de saúde pode ser elaborado sob muitas perspectivas, e por um longo período se restringia a ideia de ausência de doença. No Brasil, passaram-se muitas décadas até que fosse incorporada uma concepção ampliada de saúde, expressa hoje na Constituição Federal vigente e no Sistema Único de Saúde (SUS), criado sob a lógica do direito, visando, dentre outros objetivos, o cuidado integral à saúde. A partir do estímulo reflexivo de Tuppy (2001), ao declarar: "Qual o cuidado que temos tido com o ambiente e sociedade que nos rodeiam? O cuidar de nossa habitação, bairro, cidade, país e planeta também é essencial para nossa saúde pessoal", fica explícito que a saúde deve ser compreendida e tratada sob uma perspectiva mais ampla, considerando aspectos sociais, econômicos, culturais, ambientais, para além dos aspectos biológicos, pois todos esses fatores influenciam a saúde dos indivíduos.

DOI: 10.51161/iv-conasus/89820

É partindo dessa concepção de saúde ampliada que ocorre a inserção do Serviço Social na área da saúde, com objetivo de intervir nos determinantes sociais que interferem no processo saúde-doença, e são expressões claras da questão social, objeto de trabalho desses profissionais, pois fatores que influenciam as condições de vida da população, como o acesso ou não aos bens e serviços sociais precisam de respostas que vão além da assistência médica-curativa, e através da intervenção do Serviço Social nos serviços públicos de saúde torna-se viável a identificação de possíveis vulnerabilidades, privações e necessidades dos usuários (Buss; Pellegrini Filho, 2007), e a partir disso, a elaboração de respostas adequadas a essas demandas, visando a garantia de direitos, em especial, a saúde pública de qualidade.

Nessa perspectiva, o Serviço Social tem grande contribuição na oferta de serviços em saúde no SUS, favorecendo a integralidade do cuidado aos usuários, pois sua visão é baseada na concepção ampliada de saúde, compreendendo o ser humano sob os diferentes aspectos que o compõem, e sua atuação tem efeitos direto na realidade dos sujeitos, e ainda, trabalha em constante articulação com diferentes serviços, setores e profissionais, mediando entre os serviços e os usuários, uma vez que o trabalho em saúde é mais efetivo quando ocorre de forma coletiva (Castro e Castro; Oliveira, 2011), com vistas uma abordagem holística da saúde.

Desse modo, o presente trabalho tem em vista refletir sobre a inserção do Serviço Social nos serviços públicos de saúde e as suas particularidades nesses espaços, considerando que os aspectos biológicos não são os únicos que determinam a saúde. Assim, o trabalho teve como objetivo geral analisar as contribuições do Serviço Social para efetivação do princípio da integralidade no SUS tendo em vista sua atuação nos determinantes sociais do processo saúde-doença na perspectiva da atenção integral à saúde.

2 MATERIAL E MÉTODOS

O presente estudo adota uma abordagem qualitativa, de caráter crítico-reflexivo, a partir de pesquisa bibliográfica, com levantamento de dados secundários e revisão de literatura de autores do Serviço Social, da saúde coletiva, políticas sociais e outros pertinentes à temática. As discussões teóricas se deram em articulação com reflexões provocadas a partir da vivência em estágio supervisionado no Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (HU-UFMA) - Unidade Presidente Dutra, no município de São Luís, e experiência em outras políticas públicas, como a Assistência Social, articulando observações da prática e análise das contribuições e desafios do Serviço Social na saúde pública. Apesar da articulação entre teoria e prática contribuir para a construção do estudo, não configurou a experiência como objeto central do trabalho, mas foi elemento motor para problematizações, questionamentos e reflexões sobre a relevância da intervenção profissional sobre os fatores determinantes da saúde, e como pode favorecer o fortalecimento da integralidade em saúde.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 SUS: a saúde a partir de uma perspectiva ampliada

Foram longos anos de lutas sociais até que a saúde no Brasil fosse compreendida e tratada da forma como é atualmente. O movimento mais significativo e motor para profundas mudanças nesse âmbito foi o movimento da Reforma Sanitária, em 1970. O movimento mobilizou diversos atores sociais, ligados a saúde e outros setores, com foco no Estado democrático e de direito, que foi reafirmado através da 8° Conferência Nacional da Saúde (CNS), em 1986, tornando a questão da saúde universal, ultrapassando a análise setorial, propondo além da reforma sanitária um Sistema Único (Bravo, 2006). Dessa forma, a ênfase na assistência médica-curativa que privilegiava o fator biológico em detrimento de outros aspectos que determinam a saúde e a responsabilidade pelo cuidado e atenção à saúde que

recaía sobre o indivíduo (Bravo, 2006) vai sendo questionada e pensada sob perspectivas mais revolucionárias.

A Constituição brasileira de 1988, marco legal para o estabelecimento da saúde como direito de todos e dever do Estado, adota e expressa em seu artigo 196 a concepção de Saúde Ampliada, que foi basilar para a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Essa nova concepção de saúde manifesta-se na legislação que regulamenta o SUS, a Lei N° 8.080 de 1990, Artigo 3°, ao determinar que "Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais." (Brasil, 1990). Isto significa que é reconhecido que a saúde não está limitada à ausência de doença mas abrange diversos aspectos, sobretudo sociais. Nesse sentido, torna-se necessário respostas que vão além da assistência médica-curativa e promovam a atenção integral à saúde.

Apesar dos avanços na saúde, principalmente no que diz respeito aos aparatos legais que a regulamenta, muitos desafios são postos diariamente para sua oferta de qualidade. Um elemento que requer notoriedade é a integralidade, entendida, a partir da Lei Orgânica da Saúde, Capítulo II, como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, tanto individuais quanto coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema. Esse princípio do SUS tem sido compreendido a partir de variadas concepções, como salientam Silva e Ramos (2010), que também destacam algumas delas, relacionadas a visão holística do ser, que possui características físicas, mentais, sociais que demandam atenção específica; a ênfase nos diversos fazeres e saberes de diferentes profissionais que atuam nos diferentes níveis de atenção à saúde, favorecendo a articulação de diferentes ações e serviços em saúde para concretização do cuidado integral, entretanto, os autores ainda enfatizam que os profissionais da saúde tem enfrentado entraves na realização de práticas que efetivem esse princípio, sobretudo no que diz respeito a articulação interdisciplinar.

3.2 Serviço Social na política de saúde: particularidades e contribuições

A ampliação do Serviço Social na saúde decorreu, principalmente, da elaboração do novo conceito de saúde, proposta e oficializada em 1948, pela Organização Mundial da Saúde (OMS), dando destaque aos aspectos biopsicossociais e tornando possível maior diversificação na requisição de profissionais para a área da saúde, incluindo assistentes sociais (Bravo; Matos, 2006; Pereira et al., 2022). Na esfera pública, esses profissionais atuam na perspectiva de tornar concreta as políticas sociais, como a Política de Saúde, que ao longo do tempo se tornou, e continua sendo, um dos principais espaços sócio-ocupacionais da profissão (Bravo, 1996 apud Pereira et al., 2022).

O foco da intervenção do Serviço Social na saúde se dá nos fatores sociais, culturais e econômicos que impactam negativamente a saúde e são estruturantes da relação saúde-doença, pois a saúde é como produto e também parte do estilo de vida e das condições de existência, dessa forma, condição de saúde ou doença é uma representação da inserção humana na sociedade (Nogueira; Mioto, 2006). Nessa lógica, a saúde é apreendida pelo profissional como um produto do meio em que o indivíduo se insere, por isso condições de vida adequadas repercute em saúde de qualidade, já condições precárias inviabilizam o bem-estar. Desse modo, a atuação profissional é imprescindível nos diferentes níveis de atenção à saúde, uma vez que o trabalho em saúde deve se pautar na análise acerca da totalidade dos processos sociais, observando os fatores determinantes e condicionantes de saúde, a fim de promover o cuidado integral, pois as demandas em saúde são apresentadas pelos sujeitos que os vivenciam, objetiva e subjetivamente no cotidiano das relações, das mais variadas formas, exigindo um trabalho coletivo e reflexivo (Fagundes; Wünsch, 2020).

É sabido que o sistema capitalista vigente desfavorece o fortalecimento do SUS e a efetivação da saúde como direito, pois ambos se consolidam partindo de lógicas opostas. Diante dessa questão a categoria profissional adota um posicionamento crítico da realidade, em defesa da saúde pública, a partir da consolidação e incorporação dos princípios do Código de Ética da profissão, pautando seu fazer profissional no compromisso com a competência e a qualidade na prestação de serviços à população, na defesa intransigente dos direitos humanos, na democracia, cidadania e equidade (Cfess, 2012), adotando um projeto ético-político alinhado ao SUS. Tal posicionamento, bem como a dimensão crítica do social na saúde, tem profunda relação com a incorporação da teoria marxista ao pensamento sanitário brasileiro, visto que suscita a análise das condições de saúde da população, relacionando-as com os componentes estruturais das sociedades capitalistas (Nogueira, 2011).

3.3 O cotidiano de profissionais do Serviço Social na saúde: entre demandas e dilemas

As demandas que se apresentam cotidianamente ao Serviço Social revelam tanto a importância dos determinantes sociais no processo saúde-doença, quanto às fragilidades do sistema de saúde, que representam retrocessos na efetivação do cuidado integral à saúde. Nesse sentido, os profissionais atuam no atendimento direto aos usuários, desenvolvendo ações socioeducativas, por meio de orientações e socialização de informações; ações em articulação com a equipe de saúde, tornando concreto o trabalho multidisciplinar em saúde, realizando também, serviços socioassistenciais (CFESS, 2010) que intervêm diretamente na superação das questões sociais que se acentuam, em muitos casos pela inefetividade dos aparatos legais, e reverberam nas condições de vida, e logo, na condição de saúde dos usuários, além de possibilitarem a garantia de direitos e o cuidado integral aos usuários. Portanto, é por meio da intervenção nas condições, tanto material quanto imaterial dos sujeitos (Forte, 2022), que os profissionais promovem o bem-estar numa perspectiva ampliada de saúde.

Ao tratar-se dos instrumentais do Serviço Social usados como meios para fundamentar as respostas às diversas questões que permeiam o âmbito da saúde, é importante aludir que a Escuta Qualificada em contato direto com o indivíduo, família ou coletivo é um fator crucial, tanto para compreender suas necessidades sociais quanto a realidade em que se inserem e assim suas potencialidades, servindo de respaldo para encaminhamentos e articulação em rede, superando a fragmentação da atenção em saúde, pois permite além da identificação de demandas de saúde que estão implícitas no contexto social dos indivíduos a possibilidade de intervenções equânimes, interdisciplinares e intersetoriais, contribuindo para a mudança do processo de trabalho em saúde (Duarte et al., 2017). Assumpção (2007) põe em destaque a totalidade, como categoria indispensável para pensar a integralidade em saúde do ponto de vista do Serviço Social, ressaltando sua importância para compreensão da realidade social e "no desvendamento da mesma com as lentes apropriadas para tal", isto significa dizer que a realidade é um todo complexo e dinâmico, construída a partir de diversas determinações, carecendo de análise profunda para ser compreendida, e então modificada.

A partir da observação da atuação do Serviço Social nos serviços públicos de saúde, é possível constatar a construção de vínculos entre os diferentes setores e profissionais, por meio da mediação realizada pela categoria, possibilitando aos usuários o acesso de forma desburocratizada aos serviços, seja na atenção primária, secundária ou terciária, viabilizando também o acesso a outros serviços, ligados a assistência social, previdência e outras políticas que atendem as necessidades identificadas. Entretanto, apesar das suas contribuições na saúde, a categoria profissional ainda vivencia muitos desafios, que fragilizam sua intervenção. Um dilema persistente, que repercute em diferentes espaços sócio-ocupacionais da profissão, é a incompreensão acerca do fazer profissional (Forte, 2022). Uma das problemáticas oriundas dessa questão é o excesso de demandas, por exigências ou requisições que não

englobam as competências e atribuições profissionais, e se apresentam das mais variadas formas, e quando não atendidas coloca em xeque a competência profissional. Outra questão é a subvalorização da profissão, em um campo que ainda privilegia o conhecimento médico em detrimento a outros saberes (Barbosa, 2019), fragilizando a atuação profissional e sua participação ativa em equipes multiprofissionais.

4 CONCLUSÃO

O presente trabalho buscou refletir sobre as contribuições do Serviço Social para concretização da integralidade em saúde no sistema público, considerando sua intervenção nos determinantes sociais do processo saúde-doença. O estudo evidenciou que a atuação profissional se dá a partir da adoção de uma concepção ampliada de saúde, que reconhece que a saúde não se limita a ausência de doença, mas é atravessada por diversos fatores, como moradia, saneamento, renda, dentre outros. Diante disso, o profissional atua nas condições de vida dos usuários, viabilizando o acesso aos serviços e realizando ações que visam a garantia de direitos sociais, contribuindo assim para fortalecer a atenção integral à saúde. No cotidiano profissional, os assistentes sociais mobilizam instrumentos e norteiam sua intervenção no conhecimento teórico crítico, apreendendo criticamente a realidade, com direcionamento ético-político, com vistas a dar respostas que transformem a realidade dos usuários. Através da escuta qualificada e do atendimento direto aos usuários, o profissional identifica as necessidades sociais e questões complexas que atravessam a realidade dos sujeitos e interferem diretamente no bem-estar físico, mental e social, e partir disso, se articula com outros serviços e políticas públicas que possibilitam respostas efetivas, tendo em vista os aspectos biopsicossociais dos sujeitos.

Ademais, constatou-se ainda que existem diversos dilemas que interferem na atuação profissional, e representam obstáculos para o trabalho interdisciplinar e para o cuidado integral em saúde, que exigem da categoria clareza do significado social da profissão e posicionamento diante das fragilidades do seu cotidiano profissional na saúde, tendo respaldo em seu projeto ético-político e nos aparatos legais da profissão. Por fim, considerando os limites da pesquisa realizada, propõe-se o aprofundamento da análise das contribuições do Serviço Social nos diferentes espaços da saúde, ampliando a escuta de profissionais e usuários, visando a construção de estratégias coletivas mais específicas para superação dos obstáculos e fortalecimento do trabalho multiprofissional. Uma vez que a presença ativa dos profissionais de Serviço Social no SUS favorece o fortalecimento de práticas que efetivem a integralidade em saúde, considerando sobretudo os determinantes sociais.

REFERÊNCIAS

ASSUMPÇÃO, P. F. S. **A integralidade em saúde e o debate do Serviço Social.** 2007. Trabalho de Conclusão de Curso (Mestre em Serviço Social) — Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 114 f. 2007.

BARBOSA, Viviane Cristina. Serviço Social e saúde: relação antiga, desafios presentes. **Revista Em Pauta: teoria social e realidade contemporânea**, n. 44, 2019.

BRAVO, Maria Inês Souza et al. Política de saúde no Brasil. **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**, v. 3, p. 1-24, 2006. Disponível em: https://www.unirio.br/cchs/ess/Members/giselle.silva/politica-social-e-seguridade-no-brasil/textos/saude-texto-9-bravo-a-politica-de-saude-no-brasil/at_download/file. Acesso em: 28 de ago. 2026.

BRAVO, Maria Inês Souza; MATOS, Maurílio Castro de. Projeto ético-político do Serviço Social e sua relação com a reforma sanitária: elementos para o debate. **Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional.** São Paulo: Cortez, p. 1-22, 2006.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, [1990]. Disponível em: planalto.gov.br. Acesso em: 28 de ago. 2026.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis: revista de saúde coletiva**, v. 17, p. 77-93, 2007.

CASTRO E CASTRO, Marina Monteiro de; OLIVEIRA, Lêda Maria Leal de. Trabalho em saúde: desafios contemporâneos para o Serviço Social. **Textos & Contextos** (Porto Alegre), v. 10, n. 1, p. 26-43, 2011.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (Brasil). **Código de Ética Profissional do/a Assistente Social.** 10. ed. rev. e atual. Brasília: CFESS, 2012. Disponível em: https://www.cfess.org.br/arquivos/CEP_CFESS-SITE.pdf. Acesso em: 27 de ago. 2026.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (Brasil). **Parâmetros para a atuação de assistentes sociais na saúde.** Brasília, DF: CFESS, 2010. Disponível em: http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atuacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf. Acesso em: 27 de ago. 2026.

DUARTE, L. P. A. et al. Contribuição da escuta qualificada para a integralidade na atenção primária. **Revista Eletrônica Gestão e Saúde**, v. 8, n. 3, p. 414-429, 2017.

FAGUNDES, A. S.; WÜNSCH, D. S. Processos de trabalho coletivo em saúde e o trabalho do/a assistente social: os fios (in) visíveis que materializam o conceito ampliado de saúde. **Serviço Social e Saúde,** v. 19, p. e020009-e020009, 2020.

FORTE, A. C. F. do M. e S. O processo histórico do serviço social e os desafios para os assistentes sociais da área da saúde / The historical process of social service and the challenges for health care social workers. **Brazilian Journal of Health Review**, [S. l.], v. 5, n. 2, p. 6609–6620, 2022. DOI: 10.34119/bjhrv5n2-231.

NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro. Determinantes sociais de saúde e a ação dos assistentes sociais–um debate necessário. **Serviço Social e Saúde**, v. 10, n. 2, p. 45-72, 2011.

NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro; MIOTO, Regina Célia Tamaso. Desafios atuais do Sistema Único de Saúde–SUS e as exigências para os Assistentes Sociais. **Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional**, v. 1, p. 218-241, 2006.

PEREIRA, Radiana Brasil et al. Os desafios e entraves do assistente social na saúde. **Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento ,** v. 11, n. 14, pág.e72111435766-e72111435766, 2022.

SILVA R. V. G. O.; RAMOS, F. R. S. Integralidade em saúde: revisão de literatura. **Ciência, cuidado e saúde**, v. 9, n. 3, p. 585-592, 2010.

TUPPY, G. Saúde. Uma visão ampliada. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia,** v. 77, n. 3, p. 283-284, 2001.

DOI: 10.51161/iv-conasus/89820

PSICOLOGIA E SAÚDE INTEGRAL: PRÁTICA EM CONTEXTOS HOSPITALARES - ONCOLOGIA PEDIÁTRICA

ROBERTA MARIA RIAL MARTINS; BEATRIZ FERREIRA LIMA VILAR DOS SANTOS; RAFAELA GALDEANO ARAMINI; KATIA VARELA GOMES

INTRODUÇÃO: O tratamento oncológico de crianças e adolescentes envolve demandas que ultrapassam os aspectos biológicos do adoecimento, somam-se questões emocionais, sociais e familiares. Nesse contexto, a Psicologia Hospitalar é de suma importância, para contribuição de um cuidado humanizado, para a redução de medos e inseguranças e para uma melhor compreensão dos procedimentos e do tratamento. **OBJETIVO:** Descrever a experiência de estudantes de Psicologia durante atividades de extensão universitária, realizadas no Ambulatório de Oncologia Pediátrica do Hospital Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, e a criação de um material educativo voltado à compreensão do acesso venoso por crianças em tratamento oncológico**. RELATO DE CASO/EXPERIÊNCIA:** A experiência foi desenvolvida por alunas do 2º e 3º semestres do curso de Psicologia da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. Inicialmente, foram realizadas observações da atuação da psicóloga e do cotidiano do ambulatório, envolvendo a aproximação com crianças e adolescentes com idades entre cinco e treze anos. Entre as demandas observadas, destacou-se a dificuldade de algumas crianças em aceitar a realização do acesso venoso, procedimento necessário para a administração de medicamentos. A partir dessa necessidade, foi desenvolvido o material educativo em formato de história em quadrinhos intitulado *"Jota e o Remedinho que Ajuda por Dentro"*, com o objetivo de explicar o procedimento de maneira lúdica e acessível, contribuindo para reduzir medos e inseguranças relacionados ao tratamento. O material também possui uma parte dedicada aos pais e responsáveis para orientação e acolhimento das crianças. **CONCLUSÃO:** A vivência possibilitou a aproximação das estudantes com o contexto da Oncologia Pediátrica e com as demandas emocionais, sociais e comportamentais relacionadas ao processo de adoecimento e tratamento. A elaboração do material educativo destacou a importância de intervenções lúdicas e adaptadas ao público infantil como estratégias para promover maior compreensão, acolhimento e redução de inseguranças diante dos procedimentos hospitalares. Conclui-se que a prática na atividade de extensão contribuiu para a formação das estudantes, favorecendo o desenvolvimento de uma prática psicológica humanizada, empática e comprometida com as necessidades dos pacientes e de suas famílias.

Palavras-chave: **PSICOLOGIA HOSPITALAR; ONCOLOGIA PEDIÁTRICA; EXTENSÃO UNVERSITÁRIA**

DOI: 10.51161/iv-conasus/89834

O DESAFIO DA DESPRESCRIÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: RELATO DE EXPERIÊNCIA SOBRE O USO CRÔNICO DE PSICOTRÓPICOS EM ÁREAS DE VULNERABILIDADE

MARINARA AMARAL PONTES

Introdução: Na Atenção Primária à Saúde (APS), o sofrimento psíquico emerge intensamente vinculado a determinantes sociais adversos, como violência urbana e vulnerabilidade socioeconômica. Contudo, a resposta assistencial frequentemente recai sob o modelo biomédico tradicional, com a prescrição e a renovação passiva de psicotrópicos, com destaque para os benzodiazepínicos. Tal conduta mascara os conflitos territoriais e perpetua a dependência química e iatrogenias no âmbito do SUS. **Objetivo:** Relatar a experiência de acadêmica de medicina diante da identificação e manejo da prescrição excessiva e indiscriminada de psicotrópicos durante o estágio em Unidades Básicas de Saúde situadas em cenários de alta vulnerabilidade social. **Relato de experiência:** Durante as vivências práticas do internato médico na Atenção Básica em territórios periféricos, observou-se uma expressiva demanda voltada à renovação de receitas de controle especial. Constatou-se que muitos usuários mantinham o uso prolongado de benzodiazepínicos para queixas de ansiedade, insônia, medo e estresse decorrentes do contexto de violência, sem reavaliações clínicas periódicas ou oferta de terapias não farmacológicas. A observação desse ciclo de dependência motivou reflexões críticas sobre a necessidade de superar o modelo biomédico limitado à prescrição medicamentosa. Ao fim do estágio, foi elaborada uma proposta de projeto de intervenção voltada à implantação de grupos terapêuticos de acolhimento psicossocial na unidade, associando práticas integrativas, psicoeducação e suporte matricial para possibilitar o futuro desmame gradual dos fármacos, o fortalecimento de estratégias adaptativas de enfrentamento e de laços comunitários. **Conclusão:** A experiência permitiu notar que o manejo da saúde mental no SUS exige transcender a resposta medicamentosa e incorporar a determinação social do adoecimento. Além disso, é fundamental intensificar abordagens não farmacológicas e o vínculo longitudinal na APS para assegurar o cuidado integral em territórios vulnerabilizados. Por fim, promover saúde mental na periferia é um ato de defesa dos direitos humanos, de redução de danos e de valorização da vida.

Palavras-chave: **SAÚDE MENTAL; VULNERABILIDADE SOCIAL; USO CRÔNICO DE PSICOTRÓPICOS**

DOI: 10.51161/iv-conasus/89836

DESCENTRALIZAÇÃO DO COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA: RELATO DE EXPERIÊNCIA DO MUNICÍPIO DE COMODORO-MT

CARLA CASER ROSSI; FABIO HENRIQUE CARRARO

Introdução: A descentralização das etapas de solicitação, dispensação e renovação do tratamento no âmbito do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) constitui uma estratégia para aproximar os serviços dos usuários e fortalecer a assistência farmacêutica municipal. Em setembro de 2023, o município de Comodoro-MT aderiu à descentralização dessas etapas, buscando ampliar o acesso aos medicamentos especializados e proporcionar maior agilidade aos processos, mantendo a observância aos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas estabelecidos pelo Ministério da Saúde. **Objetivo:** Relatar a experiência de implementação da descentralização de etapas do CEAF no município de Comodoro-MT, destacando seus principais benefícios, desafios e contribuições para o acesso aos medicamentos especializados, organização dos serviços e acompanhamento dos usuários. **Relato de experiência:** A descentralização possibilitou que etapas anteriormente dependentes do encaminhamento de documentação para outros níveis de gestão passassem a ser operacionalizadas no próprio município. As solicitações são recebidas e conferidas pelo farmacêutico responsável, conforme os critérios estabelecidos nos protocolos vigentes, e posteriormente inseridas no sistema para avaliação pelas instâncias competentes. A experiência demonstrou maior agilidade no fluxo das solicitações e renovações, aproximação do serviço com os usuários e melhor acompanhamento dos processos pela equipe municipal. Observou-se também aumento da procura pelo serviço após sua descentralização, associado à maior acessibilidade e facilidade para realização dos procedimentos no próprio município. A implantação favoreceu a organização dos fluxos internos, maior transparência e fortalecimento da atuação da assistência farmacêutica municipal. Entretanto, sua efetividade depende da disponibilidade de profissionais capacitados, infraestrutura adequada, organização dos processos de trabalho e articulação contínua entre as gestões municipal e estadual. **Conclusão:** A experiência de Comodoro-MT demonstra que a descentralização de etapas do CEAF pode contribuir para ampliar o acesso aos medicamentos especializados, reduzir barreiras operacionais e fortalecer a assistência farmacêutica no âmbito municipal. Os resultados reforçam a importância da expansão planejada dessa estratégia, acompanhada de capacitação permanente, estrutura adequada e integração entre os diferentes níveis de gestão do SUS.

Palavras-chave: **ACESSO A MEDICAMENTOS; ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA; DESCENTRALIZAÇÃO**

DOI: 10.51161/iv-conasus/89838

PLANEJAMENTO FAMILIAR NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: RELATO DE EXPERIÊNCIA NO ESTÁGIO DE MEDICINA

MARINARA AMARAL PONTES

Introdução: O planejamento familiar na Atenção Primária à Saúde (APS) constitui uma diretriz fundamental para a garantia dos direitos sexuais e para a redução de desfechos materno-infantis desfavoráveis, especialmente em contextos de vulnerabilidade socioeconômica. Nesse âmbito, a criação da Rede Alyne pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e a incorporação de métodos contraceptivos reversíveis de longa duração (LARC), como o implante subdérmico de etonogestrel (Implanon), representam significativo avanço, que, por um lado amplia o acesso à contracepção e a autonomia feminina, mas por outro exige aconselhamento qualificado e ético dos profissionais da saúde. **Objetivo:** Relatar a experiência de acadêmica de medicina em consultas de planejamento familiar e na triagem para inserção de Implanon em Unidade Básica de Saúde localizada em área da periferia, ressaltando as contribuições para a futura prática médica. **Relato de experiência:** Durante o estágio em Medicina de Família e Comunidade, foram realizadas consultas de saúde da mulher fundamentadas no método clínico centrado na pessoa e nos eixos teóricos da Rede Alyne. O primeiro momento envolveu orientações sobre o painel contraceptivo disponibilizado pelo SUS, esclarecendo indicações, contraindicações e critérios de elegibilidade médica da Organização Mundial de Saúde. Na triagem para o Implanon, avaliou-se criticamente o perfil das pacientes, assegurando a decisão informada e voluntária, priorizando a autonomia e elucidando possíveis desinformações sobre os LARC. Essa vivência evidenciou determinantes sociais e barreiras de acesso que afetam o exercício dos direitos reprodutivos, além de desenvolver competências relacionadas à comunicação, escuta qualificada e tomada de decisão compartilhada indispensáveis à clínica na APS. **Conclusão:** A experiência reafirmou o papel central da APS na garantia dos direitos sexuais e reprodutivos no SUS. Para a formação médica generalista, a atuação em saúde da mulher e planejamento familiar aprimorou a competência clínica, ética e humanística, capacitando para um cuidado equitativo e integral em contextos vulneráveis.

Palavras-chave: **SAÚDE DA MULHER; PLANEJAMENTO FAMILIAR; ANTICONCEPÇÃO**

DOI: 10.51161/iv-conasus/89839

DEVOLUTIVA DE RESULTADOS COMO COMPONENTE DO CUIDADO NA VIGILÂNCIA SENTINELA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

FRANCYELSON LOBATO SENA; ISABELA DOS SANTOS SOUZA; RAPHAEL COSTA PINTO; JULIANA LOPES RODRIGUES JACQUES; KAROLINE MOREIRA DUFFRAYER; CAIO LUIZ PEREIRA RIBEIRO

Introdução: A Vigilância Sentinela constitui estratégia para identificação e monitoramento de agravos relevantes à saúde da população. Na Atenção Primária, os resultados laboratoriais obtidos nas investigações também podem contribuir para o acompanhamento dos usuários. Para que essa informação possa apoiar o cuidado, sua devolutiva deve ocorrer de forma acessível e articulada às orientações de saúde. **Objetivo:** Relatar a utilização do WhatsApp para devolutiva de resultados laboratoriais na Vigilância Sentinela e discutir suas contribuições para o cuidado na Atenção Primária à Saúde. **Relato de experiência:** A estratégia foi iniciada em 28 de abril de 2026, em uma unidade sentinela da Área Programática 5.1 do Rio de Janeiro. Durante o atendimento, os usuários recebiam cartão com orientações e contato do WhatsApp, sendo a consulta posterior ao resultado iniciada pelo próprio usuário ou responsável. Até 27 de agosto, foram registradas 268 investigações de síndrome gripal, arboviroses, doença diarreica aguda e conjuntivite, com 65 devolutivas pelo canal (24,3%), das quais 19 apresentaram agentes detectados. Todos os resultados positivos foram acompanhados de orientações específicas sobre o agravo, sinais de agravamento e procura pelo serviço, além de esclarecimentos diante de dúvidas. Nos resultados negativos, a devolutiva permitiu comunicar a conclusão da investigação. Embora correspondessem a cerca de um quarto das investigações, as 65 devolutivas representaram oportunidades concretas de retorno da informação ao usuário em quatro meses de implantação. O canal ofereceu alternativa ao comparecimento presencial exclusivamente para obtenção do resultado e permitiu associar sua comunicação a esclarecimentos e orientações para o cuidado. Assim, a experiência agregou uma dimensão assistencial à informação produzida pela vigilância, aproximando investigação laboratorial, usuário e cuidado. O alcance observado também evidenciou uma limitação, pois o fluxo depende da iniciativa do usuário, apontando a necessidade de estratégias complementares para ampliar a devolutiva. **Conclusão:** A experiência demonstra que a devolutiva ultrapassa a comunicação do resultado laboratorial. Ao associar informação, esclarecimento e orientação, cria possibilidades de utilização do conhecimento produzido pela vigilância no cuidado individual e de maior participação do usuário. Sua incorporação ao processo de trabalho pode potencializar a articulação entre vigilância e assistência, contribuindo para a integralidade do cuidado na Atenção Primária.

Palavras-chave: **ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE; COMUNICAÇÃO EM SAÚDE; VIGILÂNCIA EM SAÚDE**

DOI: 10.51161/iv-conasus/89845

PREVALÊNCIA DE ANOMALIAS CONGÊNITAS VISÍVEIS EM HOSPITAL TERCIÁRIO DO NORDESTE DO BRASIL

ARIANO BRILHANTE PEGADO SUASSUNA, KARINA CARVALHO DONIS, TARCIANA LIBERAL PEREIRA DE ARAÚJO

RESUMO

As anomalias congênitas constituem uma das principais causas de morbimortalidade neonatal e infantil globalmente, assumindo protagonismo epidemiológico crescente no cenário brasileiro. Contudo, no estado da Paraíba, observa-se uma expressiva subnotificação nos sistemas oficiais de informação. Este trabalho tem como objetivo analisar a distribuição epidemiológica, sociodemográfica e clínica de anomalias prioritárias no estado, a partir de dados descritivos preliminares de vigilância ativa hospitalar articulados ao planejamento de monitoramento retrospectivo e prospectivo. Trata-se de um estudo de abordagem mista, com delineamento retrospectivo de base populacional pelo Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (2010 a 2024) e componente prospectivo de base hospitalar (2025 a 2026). Na casuística descritiva inicial de 62 recém-nascidos vivos atendidos no Hospital Universitário Lauro Wanderley, verificou-se que as cardiopatias congênitas graves representaram o grupo mais frequente (35,5%), seguidas pelas afecções gastrointestinais (21,0%) e síndromes cromossômicas (14,5%). Houve predomínio do sexo masculino (59,6%), de conceptos a termo (71,0%) e adequados para a idade gestacional (67,7%). Quanto ao momento do diagnóstico, 37,1% foram detectados na sala de parto, 32,3% intraútero e 30,6% tardiamente na internação neonatal. A letalidade intra-hospitalar observada foi de 11,3%, concentrando-se predominantemente entre os casos com diagnóstico antenatal (57,1%), o que evidencia maior gravidade anatômica e complexidade clínica. Conclui-se que o fortalecimento da vigilância e a ampliação do diagnóstico oportuno são estratégias fundamentais para mensurar a real magnitude dos defeitos congênitos, mitigar lacunas de notificação e subsidiar o planejamento estruturado da Rede de Atenção à Saúde.

Palavras-chave: Sistema de Vigilância em Saúde; Anormalidades Congênitas; Doenças do Recém-Nascido.

1 INTRODUÇÃO

As Anomalias Congênitas (AC) compreendem um grupo heterogêneo de alterações estruturais, funcionais ou metabólicas originadas durante a morfogênese e organogênese embriofetal. Em virtude da transição epidemiológica brasileira, caracterizada pelo declínio substancial da mortalidade infantil por causas infectocontagiosas e nutricionais, os defeitos congênitos ascenderam à segunda principal causa de óbito em menores de cinco anos no país, sendo superados apenas pelas afecções perinatais. Em escala global, estima-se que as AC afetem aproximadamente 6% dos recém-nascidos, com taxas notificadas na Europa em torno de 23,9 por 1.000 nascimentos (Ali et al., 2026). No Brasil, entretanto, a taxa registrada situa-se historicamente entre 8,0 e 8,4 por 10.000 nascidos vivos (cerca de 0,8%) (Melkan et al.,

DOI: 10.51161/iv-conasus/89852

2025; Gomes et al., 2025; De Souza et al., 2025), evidenciando um expressivo fosso de subnotificação nos sistemas oficiais de vigilância passiva.

A abordagem das AC em saúde pública apoia-se no modelo tripartite de níveis de prevenção (Christianson & Modell, 2004). A prevenção primária, de maior impacto populacional, abrange o aconselhamento genético, o controle glicêmico pré-gestacional e a suplementação periconcepcional com ácido fólico para redução de defeitos de fechamento do tubo neural e fissuras orofaciais. As prevenções secundárias (diagnóstico pré-natal morfológico, triagem neonatal por oximetria de pulso) e terciária (correção cirúrgica oportuna e reabilitação funcional contínua), embora vitais para o prognóstico individual e redução da letalidade, impõem alta complexidade técnica e custo assistencial aos sistemas de saúde.

A vigilância epidemiológica desses agravos pode ser estruturada por registros passivos ou ativos (Moorthie et al., 2018; Mai et al., 2016; Nawab et al., 2026; Cardoso-dos-Santos et al., 2020). No Brasil, por operar sob modelo passivo, o sistema enfrenta barreiras como o desconhecimento técnico das equipes na sala de parto e a omissão de defeitos internos (Kale et al., 2025), o que reforça a recomendação de modelos integrados e de busca ativa hospitalar, amplamente respaldados por redes como a EUROCAT e diretrizes da OMS/CDC. Sob essa perspectiva, preconiza-se a priorização de condições sentinela de diagnóstico visual ou clínico perinatal imediato, incluindo microcefalia grave, defeitos do tubo neural, fissuras orofaciais, anomalias de redução de membros, transtornos da diferenciação sexual, defeitos de parede abdominal (gastrosquise/onfalocele), cardiopatias congênitas graves e a Trissomia do cromossomo 21 (Síndrome de Down) (WHO/CDC/ICBDSR, 2014; Cardoso-dos-Santos et al., 2020; Brasil, 2019). Essas afecções funcionam como alarmes biológicos para a introdução de novos teratógenos ambientais ou surtos infecciosos (Oliveira et al., 2017).

No estado da Paraíba, essa disparidade é crítica: com uma média anual de 50.892 nascidos vivos no Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), seriam esperados anualmente mais de 3.000 recém-nascidos com algum grau de anomalia, contrastando com uma média de apenas 456 casos notificados ao ano (sub-registro estimado superior a 80%). As causas dessa invisibilidade epidemiológica incluem a dificuldade diagnóstica na sala de parto para defeitos internos (como cardiopatias graves), o déficit de capacitação profissional no preenchimento do Campo 41 da Declaração de Nascido Vivo (DNV) e a carência de integração entre os bancos de dados perinatais e hospitalares. Diante da relevância das AC como eventos sentinela para o monitoramento de teratógenos ambientais e do seu impacto na morbimortalidade infantil, a estruturação de linhas de base confiáveis e a vigilância ativa tornam-se indispensáveis para subsidiar a Rede de Atenção à Saúde (RAS).

Diante do exposto, este trabalho tem como objetivo avaliar a prevalência, o perfil epidemiológico e a distribuição de anomalias congênitas prioritárias visíveis e clínicas em um hospital universitário do Nordeste do Brasil.

2 MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo prospectivo de base hospitalar com vigilância ativa. A população do estudo abrange os recém-nascidos vivos (RN) de mães residentes no estado da Paraíba, constituindo uma coorte de RN identificados com anomalias congênitas (AC) prioritárias admitidos no Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW/UFPB), centro de referência terciária localizado em João Pessoa – PB, durante o biênio 2025–2026.

Os critérios de inclusão abarcaram genitoras (questionário) e seus recém-nascidos vivos (captura de imagem - fotografia e dados clínicos) com pelo menos uma das ACs selecionadas na Maternidade, que aceitarem participar do estudo e assinarem o TCLE. Para categorização diagnóstica foram delimitados conforme os oito grupos prioritários de condições sentinela da OMS/CDC/Ministério da Saúde: 1) Microcefalia grave (CID-10: Q02);

2) Defeitos do tubo neural (Q00.0-Q00.2, Q01, Q05); 3) Fissuras orofaciais (Q35-Q37); 4) Defeitos de redução e outras anomalias de membros (Q71-Q73, Q66, Q69, Q74.3); 5) Transtornos da diferenciação sexual e hipospádia (Q56, Q54); 6) Defeitos da parede abdominal: gastrosquise e onfalocele (Q79.3, Q79.2); 7) Cardiopatias congênitas graves (Q20-Q24); e 8) Trissomia do cromossomo 21 / Síndrome de Down (Q90). Ficou estabelecido que recém-nascidos cujas mães não residem no estado da Paraíba serão excluídos da amostra.

Para a coleta de dados da casuística descritiva e vigilância ativa, utilizou-se instrumento padronizado estruturado contendo: variáveis sociodemográficas maternas (idade, raça/cor, escolaridade, município de residência); histórico obstétrico e antecedentes clínicos (número e início das consultas de pré-natal, intercorrências gestacionais, histórico familiar de malformações, consanguinidade parental e exposição a teratógenos/medicamentos/álcool); e características clínicas neonatais (sexo, idade gestacional ao nascimento, peso para idade gestacional, momento do diagnóstico, classificação da anomalia e desfecho intra-hospitalar: alta ou óbito).

Como instrumento de coleta, foi utilizado estruturado para registrar informações detalhadas além dos dados já registrados no Sinasc, incluindo dados demográficos, informações de pré-natal, fatores de risco, e dados adicionais sobre o recém-nascido. Esses dados foram transferidos para uma plataforma segura (DASNT Collect, acessível em http://svs.aids.gov.br/collect2/), desenvolvida pela Unidade Técnica das Anomalias Congênitas da CGIAE – SVS – Ministério da Saúde, para assegurar o armazenamento seguro e o fácil acesso às informações. Além disso, o aplicativo de descrição e codificação de anomalias congênitas (GBDDC) foi utilizado para padronizar a coleta e a codificação dos dados, facilitando o treinamento de profissionais em contextos com poucos recursos.

A pesquisa seguiu as diretrizes das Resoluções nº 466/2012 e nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, com protocolo devidamente submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), sob número de CAAE 67379223.7.0000.5327

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise da casuística descritiva reuniu 62 recém-nascidos vivos com anomalias congênitas admitidos no Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW), em João Pessoa. Embora 79,0% dos nascimentos tenham ocorrido no HULW, a distribuição da procedência materna revelou abrangência territorial por 28 municípios paraibanos, com João Pessoa concentrando 45,2% dos casos e os demais distribuídos pelo interior do estado (Figura 1). Essa conformação espacial espelha a centralização da assistência neonatal terciária e da cirurgia pediátrica na capital, evidenciando o papel regulador do hospital universitário na captação de recém-nascidos de alto risco de diferentes macrorregiões de saúde.

Figura 1 – Número de casos por município de nascimento

No perfil materno, houve predomínio de puérperas pardas (43,5%) e com ensino médio completo (41,9%). Notou-se elevada cobertura pré-natal quantitativa, com 72,6% das mulheres realizando 7 ou mais consultas. Dentre os antecedentes e exposições, destacaram-se o uso de medicamentos (37,1%), intercorrências gestacionais (37,1%), infecção do trato urinário (22,6%), histórico familiar de malformações (14,5%), etilismo/drogadição (9,7%) e consanguinidade parental (3,2%). A consanguinidade identificada esteve vinculada a defeito craniofacial e quadro sindrômico grave, corroborando a literatura que aponta a endogamia como fator determinante para a manifestação de afecções autossômicas recessivas. A média de idade do progenitor foi de 30,8 ± 9,1 anos (amplitude de 17 a 58 anos).

Entre os recém-nascidos, predominou o sexo masculino (59,6%), nascimentos a termo (71,0%) e padrão AIG (67,7%). Todavia, a prematuridade (27,4%) e a restrição de crescimento (PIG: 14,5%) apresentaram taxas expressivamente superiores às da população neonatal geral. Esse achado está em consonância com estudos de base populacional que demonstram forte associação biológica entre malformações estruturais maiores, estresse intrauterino e desfechos desfavoráveis no parto.

Na categorização das anomalias maiores por sistemas orgânicos, as cardiopatias congênitas graves despontaram como a classe mais prevalente (35,5%; n = 22), seguidas pelas anomalias gastrointestinais (21,0%; n = 13), síndromes cromossômicas/genéticas (14,5%; n = 9), anomalias genitais (9,7%; n = 6) e defeitos de membros (6,5%; n = 4) (Tabela 2). A apresentação isolada ocorreu em 71,0% dos casos e afecções múltiplas ou sindrômicas em 29,0%.

A marcante liderança das cardiopatias congênitas contrasta com o padrão clássico do SINASC passivo em âmbito nacional, no qual os defeitos osteomusculares visíveis (como a polidactilia) habitualmente lideram as notificações devido à facilidade de inspeção ectoscópica sumária (Reis et al., 2025). O resultado do presente estudo reflete a vantagem da busca ativa em centro secundário (Christianson & Modell, 2004), apoiada na triagem neonatal por oximetria de pulso e ecocardiografia de rotina, resgatando cardiopatias que comumente compõem o sub-registro na sala de parto (Kale et al., 2025).

O momento do diagnóstico distribuiu-se de forma equilibrada: 37,1% ao nascimento (sala de parto), 32,3% intraútero (ultrassonografia obstétrica/ecofetal) e 30,6% após o nascimento (durante o internamento neonatal). A taxa geral de alta hospitalar foi de 82,2% (n = 51), enquanto a letalidade intra-hospitalar atingiu 11,3% (n = 7). A análise cruzada entre a oportunidade diagnóstica e a mortalidade revelou que a maioria dos óbitos (57,1%; n = 4) concentrou-se no grupo detectado intraútero, ao passo que os recém-nascidos que receberam

alta foram diagnosticados predominantemente na sala de parto (37,2%) ou no período pós-natal imediato (33,3%). Esse fenômeno corrobora achados de registros internacionais como o EUROCAT, demonstrando que o diagnóstico intrauterino precoce correlaciona-se diretamente com malformações anatômicas de extrema complexidade e maior gravidade biológica intrínseca, direcionando o parto para o ambiente de terapia intensiva.

As principais limitações deste recorte descritivo residem no tamanho amostral preliminar de base hospitalar única e no percentual de dados ignorados em prontuários (como raça/cor em 19,4%). Não obstante, a investigação demonstra a viabilidade da vigilância ativa prospectiva para mitigar o sub-registro de mais de 80% estimado no estado.

4 CONCLUSÃO

Este estudo delineou o perfil epidemiológico e clínico de anomalias congênitas prioritárias no estado da Paraíba a partir de dados descritivos de vigilância ativa hospitalar. A casuística inicial de 62 recém-nascidos vivos evidenciou ampla abrangência territorial por 28 municípios paraibanos, refletindo a centralização da assistência de alta complexidade na capital.

As cardiopatias congênitas graves despontaram como o grupo mais prevalente (35,5%), seguidas pelas afecções gastrointestinais (21,0%) e síndromes cromossômicas (14,5%). A detecção de defeitos internos e complexos demonstra a superioridade da busca ativa hospitalar em resgatar casos habitualmente subnotificados no sistema de vigilância passiva. A letalidade intra-hospitalar observada foi de 11,3%, concentrando-se predominantemente entre os conceptos com diagnóstico pré-natal intraútero (57,1%), o que denota maior gravidade anatômica e complexidade clínica intrínseca desse subgrupo.

As principais limitações do recorte descritivo residem no tamanho amostral preliminar e na incompletude de preenchimento de variáveis sociodemográficas em prontuários. Também se observa um viés amostral, considerando que o hospital terciário realiza pré-natal de alto risco e planeja partos com maior complexidade, concentrando a amostra neste local nos casos em que há oportunidade de diagnóstico intra-útero.

As etapas subsequentes da linha de pesquisa contemplam a aplicação de etapa retrospectiva na série histórica do SINASC (2010 a 2024), a identificação de aglomerados espaciais de risco e a continuidade da coorte prospectiva.

Conclui-se que o fortalecimento da vigilância epidemiológica ativa e a integração dos sistemas de informação em saúde são fundamentais para dimensionar a real magnitude das anomalias congênitas no estado da Paraíba e fornecer subsídios científicos rigorosos para o planejamento da Rede de Atenção à Saúde.

REFERÊNCIAS

ALI, M. A. M.; VIDAVALUR, R.; HUSSAIN, N.. A Population-Based Study of U.S. Trends in Selected Congenital Anomalies (2016–2023) and Socio-Demographic Disparities: A CDC WONDER Analysis. **Children**, 2026. Disponível em: https://doi.org/10.3390/children13020192.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Brasil 2018**: Uma análise da situação de saúde e das doenças e agravos crônicos: desafios e perspectivas. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019.

CARDOSO-DOS-SANTOS, A. C. *et al*. Lista de anomalias congênitas prioritárias para vigilância no âmbito do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos do Brasil.

Epidemiologia e Serviços de Saúde, v. 30, n. 1, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.1590/s1679-49742021000100030.

CHRISTIANSON, A.; MODELL, B. Medical genetics in developing countries. **Annual Review of Genomics and Human Genetics**, v. 5, p. 219-265, 2004.

DE SOUZA, S.; CARVALHO, C. G.; SCHULER-FACCINI, L.. Análise espacial de áreas de risco de anomalias congênitas no Brasil, 2012-2021. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 34, 2025.

GOMES, J. A. *et al*. Congenital anomalies in Brazil, 2010 to 2022. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 49, p. 1–1, 13 fev. 2025.

KALE, P.; ALT, N.; FONSECA, S. **Prevalência de anomalias congênitas em nascidos vivos: um estudo transversal no estado do Rio de Janeiro, 2019-2021**. Epidemiologia e Serviços de Saúde, v. 34, n. e20240471, 2025.

MAI, C. T. *et al.*. Public Health Practice of Population-Based Birth Defects Surveillance Programs in the United States. **Journal of Public Health Management and Practice: JPHMP**, 2016. Disponível em: https://doi.org/10.1097/phh.0000000000000221.

MELKAN, M. P. I. S. *et al.*. Prevalence and trends of major congenital anomalies in Brazil: A study from 2011 to 2020. **PLOS ONE**, 2025. Disponível em: https://doi.org/10.1371/journal.pone.0323654.

MOORTHIE, S. *et al.*. Estimating the birth prevalence and pregnancy outcomes of congenital malformations worldwide. **Journal of Community Genetics**, 2018. Disponível em: https://doi.org/10.1007/s12687-018-0384-2.

NAWAB, M. *et al.*. Registries and surveillance models used to screen neonates for congenital anomalies in LMIC settings: a scoping review. **BMJ Public Health**, 2026. Disponível em: https://doi.org/10.1136/bmjph-2025-003875.

OLIVEIRA, W. K. *et al.*. Infection-related microcephaly after the 2015 and 2016 Zika virus outbreaks in Brazil: a surveillance-based analysis. **The Lancet**, v. 390, n. 10097, p. 861–870, ago. 2017.

REIS, L. C. *et al.*. Prevalence of congenital anomalies at birth among live births in the state of Maranhão from 2001 to 2016: temporal and spatial analysis. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 24, n. suppl 1, 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION; CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION; INTERNATIONAL CENTRE ON BIRTH DEFECTS SURVEILLANCE AND RESEARCH. **Birth defects surveillance**: atlas of selected congenital anomalies. Geneva: World Health Organization, 2014.

TRANSIÇÃO TERAPÊUTICA AOS USUÁRIOS DE INSULINOTERAPIA NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA: EXPERIÊNCIA DE UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL.

JULIANA SOARES DE FRANÇA; MILEN COSTA MERCALDO; CARLA CRISTINA MENDES; RAFAELA RAYANE CARDOSO MOURA LEITE; TAYANA PATRÍCIA SANTANA OLIVEIRA DE SÁ

INTRODUÇÃO: As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) são responsáveis por aproximadamente 71% das mortes no mundo , além de causarem incapacidades, longos períodos de tratamento, elevado número de hospitalizações e queda na produtividade dos indivíduos . No escopo das DCNT, a diabetes é uma condição multisistêmica, de etiologia complexa e curso clínico diversificado que se altera ao longo do tempo. **OBJETIVO:** Apresentar a experiência desenvolvida em uma unidade básica de saúde, por profissionais que prestam cuidado direto ao paciente diabético, contemplando o levantamento inicial dos usuários, as estratégias de educação em serviço e em saúde, a organização da assistencia e o monitoramento dos resultados alcançados. **METODOLOGIA**: O local da intervenção é uma unidade básica de saúde, localizada no Distrito Federal, com 11 EQUIPES DE ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMILIA (ESFs) e população estimada de 100 mil habitantes. Diante da necessidade da transição terapêutica, elencou-se estratégias para alcançar a população cadastrada, categorizar os usuários em uso de insulina e organizar fluxos assistenciais que retratassem as reais necessidades do paciente com vistas ao autocuidado apoiado. Na etapa inicial, selecionou-se pacientes na faixa etária de 2 a 17 anos e idosos com 70 anos ou mais, conforme as normativas vigentes. Os registros foram obtidos por meio de relatórios de acompanhamento das condições de saúde, disponíveis nos sistemas de informações oficiais (ESUS APS), resultando em 117 pacientes . A partir dos dados, selecionou-se os usuários de insulina, com posterior avaliação medica, educação em saúde e sensibilização quanto a transição. **RESULTADOS:** Por se tratar de atualizações recentes no âmbito do SUS (Julho/2026) e pelas limitações do tipo de estudo, a análise quantitativa dos impactos da intervenção não foi possível, contudo houve incremento do vínculo das ESFs com o usuário, com demais categorias profissionais que prestam cuidado à condição e com a assistência farmacêutica responsável pela gestão dos insumos e dispensação. As estratégias de fortalecimento do vínculo, foram efetivas, resultando em uma transição segura. **CONCLUSÃO:** A intervenção reafirmou as potencialidades da atenção primária, como ordenadora do cuidado, contribuiu para a reorganização da atenção aos pacientes diabéticos permitindo melhor compreensão de determinantes sociais que influenciam na adesão ao tratamento.

Palavras-chave: **ATENÇÃO PRIMARIA A SAUDE; INSULINA; CUIDADO INTEGRAL**

DOI: 10.51161/iv-conasus/89857

VIVÊNCIA EXTENSIONISTA NO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO COM A POPULAÇÃO MIGRANTE INTERNACIONAL: RELATO DE EXPERIÊNCIA

SILKIANE MACHADO CAPELETO; LAURA ALENCASTRO DE MOURA

Introdução: Considerado como um fenômeno multifacetado, a migração internacional, envolve o deslocamento de pessoas entre países, sucitado por fatores, como crises econômicas, conflitos armados, desastres ambientais, perseguições políticas ou religiosas e busca por melhores condições de vida. Nessa trajetória muitas são as barreiras, dificuldades e desconhecimento das políticas existentes do país de destino. Objetivo: Relatar a experiencia vivenciada por pós-graduandas nas atividades extensionistas com população migrante em um município do estado de Mato Grosso, a fim de contribuir para acolhimento, inclusão social e garantia do direito à saúde dessa população. Metodologia: Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência que apresenta a vivência de duas acadêmicas do programa de pós graduação em Saúde Coletiva no âmbito do projeto de pesquisa e extensão intitulado “Integração de migrantes e refugiados” a partir das atividades desenvolvidas. As atividades foram desenvolvidas em instituições localizadas no município de Cuiabá, que permitiram em seus espaços, a realização das ações promovidas pelo projeto voltado à população migrante. Foram realizados visitas e encontros, com abordagem de temas como: políticas migratórias, desafios enfrentados por migrantes e refugiados, como o acesso à saúde, educação, moradia e emprego. Resultados: Foram desenvolvidas atividades de interação, levantamento de problemas, atividades de educação em saúde, desenvolvimento e distribuição de material didático conforme a língua de origem da maioria dos migrantes atendidos pelas instituições e projeto, sendo venezuelanos, venezuelanos Warao, colombianos e haitianos. A experiência vivenciada, reforça a importância das parcerias sociais e quão importante é o papel da extensão universitária na promoção da equidade dos direitos às pessoas nos diversos setores sociais, em especial na saúde, além do fortalecimento da cidadania, ampliação do acesso à informação qualificada e acolhimento dessas populações. Além dos benefícios disfrutados pelas famílias atendidas, as atividades proporcionaram às acadêmicas, uma vivência prática e interdisciplinar, permitindo o desenvolvimento de competências éticas, comunicativas e culturais indispensáveis à formação de profissionais socialmente comprometidos com a coletividade. Conclusão: A experiência relatada evidencia a relevância das ações extensionistas no campo da saúde pública, sobretudo as voltadas à promoção da equidade à informação e serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) em nosso país.

Palavras-chave: **MIGRANTES; PRATICAS INTERDISCIPLINARES; RELAÇÕES COMUNIDADE-INSTITUIÇÃO**

DOI: 10.51161/iv-conasus/89862

TUBERCULOSE EM CODÓ-MA: ANÁLISE ENTRE INCIDÊNCIA HISTÓRICA, COINFECÇÃO TB/HIV E EFICÁCIA DIAGNÓSTICA(2016-2025)

LEONILIA SOUSA ALENCAR BORGES; ALESSANDRA KELINE PINTO SILVA; MARIA PAULA MELÃO E SILVA; ALANNA LOUISE RODRIGUES CUTRIM DE MENEZES; IASMIN GABRIELLY FERNANDES PAIVA; GABRIELA VIEIRA MOREIRA; PEDRO AGNEL DIAS MIRANDA NETO

RESUMO

A tuberculose (TB) mantém-se como um desafio persistente para o Sistema Único de Saúde (SUS), exigindo vigilância contínua. O presente estudo analisa o panorama epidemiológico da tuberculose no município de Codó, Maranhão, na série histórica de 2016 a 2025. O objetivo da pesquisa é investigar a relação entre a taxa de positividade dos diferentes exames diagnósticos, o perfil de coinfecção TB/HIV e a incidência histórica da doença na região. Trata-se de um estudo epidemiológico, observacional, retrospectivo e descritivo, de abordagem quantitativa, utilizando dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), coletados via painel Monitora Maranhão, complementados por revisão de literatura. A amostra englobou a totalidade de 377 casos novos notificados no período. Os resultados demonstraram uma predominância de acometimento no sexo masculino (65,78%) e em indivíduos na faixa etária economicamente ativa (20 a 39 anos), evidenciando vulnerabilidades sociais e barreiras de acesso à Atenção Primária. Observou-se um pico epidemiológico em 2024, com a maior incidência do decênio (59,98 casos/100 mil habitantes), acompanhado por um salto acentuado na taxa de coinfecção TB/HIV, que atingiu 18,8%. O achado de maior ineditismo revelou um paradoxo diagnóstico: o ano de 2024, apesar de representar o ápice de incidência, apresentou a menor taxa de confirmação laboratorial da série, com apenas 28,57%. Essa inversão justifica-se fisiopatologicamente pelo aumento da coinfecção pelo HIV, condição que predispõe à falha na formação de cavitações pulmonares típicas, gerando apresentações paucibacilares que reduzem drasticamente a sensibilidade das baciloscopias tradicionais ofertadas na rede pública. Conclui-se que o controle efetivo da doença no município requer a reestruturação dos fluxos da vigilância epidemiológica e a expansão urgente do Teste Rápido Molecular (TRM-TB) no SUS local, garantindo alta sensibilidade para diagnósticos complexos, aliado ao fortalecimento da busca ativa para mitigar a transmissão comunitária.

Palavras-chave: Epidemiologia; Mycobacterium tuberculosis; Saúde Pública.

1 INTRODUÇÃO

A tuberculose (TB) permanece como uma das principais doenças infecciosas de relevância mundial, configurando-se como um dos maiores desafios histórico-estruturais do Sistema Único de Saúde (SUS) devido à sua elevada transmissibilidade, impacto social e

DOI: 10.51161/iv-conasus/89865

potencial de morbimortalidade (Brasil, 2024; World Health Organization, 2023). Causada pelo *Mycobacterium tuberculosis*, a doença acomete principalmente os pulmões e é transmitida predominantemente por via aérea, através da inalação de aerossóis contendo o bacilo eliminados por indivíduos infectados (Brasil, 2024). Apesar dos contínuos esforços das políticas públicas, a tuberculose ainda apresenta elevada incidência no Brasil, estando frequentemente associada às iniquidades em saúde, condições precárias de moradia e barreiras de acesso aos serviços da Atenção Primária à Saúde (APS) (San Pedro; Oliveira, 2013).

Do ponto de vista fisiopatológico, a patogênese inicia-se quando o bacilo alcança os alvéolos e é fagocitado por macrófagos, desencadeando uma resposta inflamatória crônica que resulta na formação de granulomas, necrose caseosa e destruição progressiva do parênquima pulmonar (Feitosa; Teixeira, 2018). Nesse contexto, a precisão da rede diagnóstica do SUS é essencial. Métodos laboratoriais tradicionais e exames de imagem permitem visualizar alterações anatômicas e identificar a carga bacilar (Brasil, 2022). Entretanto, a sensibilidade desses exames pode variar drasticamente a depender das manifestações clínicas e do perfil imunológico do paciente (Bombarda *et al.*, 2001).

No município de Codó, Maranhão, os indicadores epidemiológicos demonstram persistência e oscilações críticas da doença na última década (2016-2025) (Maranhão, 2026). Dados da Secretaria de Estado da Saúde evidenciam um aumento expressivo dos casos recentemente, sugerindo a manutenção ativa da cadeia de transmissão e a necessidade de reavaliar as perspectivas de controle em nível municipal (Maranhão, 2026).

Diante da necessidade de aprimorar os fluxos sanitários locais e produzir dados que subsidiem a gestão em saúde, este estudo tem como objetivo geral analisar a relação entre a taxa de positividade dos diferentes exames diagnósticos, o perfil de coinfecção TB/HIV e a incidência histórica da tuberculose no município de Codó-MA no período de 2016 a 2025.

2 MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo epidemiológico, observacional, retrospectivo e descritivo com abordagem quantitativa, delineado para investigar o perfil epidemiológico e diagnóstico da tuberculose no município de Codó, Maranhão. O recorte temporal da pesquisa compreende um período de dez anos, englobando todos os casos notificados entre janeiro de 2016 e dezembro de 2025.

A população do estudo foi composta pela totalidade de casos registrados no município durante o decênio. Foram estabelecidos como critérios de inclusão todos os casos novos confirmados de tuberculose (formas pulmonares e extrapulmonares) devidamente notificados e residentes em Codó dentro da série histórica. Excluíram-se da análise os casos descartados, as notificações que apresentaram mudança de diagnóstico ao longo do acompanhamento e os registros com lacunas em variáveis essenciais.

A coleta dos dados quantitativos foi realizada exclusivamente por meio de fontes secundárias, utilizando o painel de inteligência epidemiológica "Monitora Maranhão", gerido pela Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão (SES-MA), que compila as notificações do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). A extração obedeceu aos filtros de seleção geográfica ("Codó") e temporal ("2016 a 2025"). Variáveis como sexo, faixa etária,

testagem para HIV e diagnóstico laboratorial foram obtidas a partir dos resultados dinâmicos da plataforma.

Paralelamente, conduziu-se uma revisão bibliográfica narrativa nas bases SciELO e em publicações do Ministério da Saúde, visando prover embasamento fisiopatológico para a correlação entre a carga bacilar, manifestações pulmonares e o desempenho dos testes. Os dados brutos foram tabulados no Microsoft Excel e submetidos a análise estatística descritiva simples (frequências absolutas, relativas e coeficiente de incidência), sendo organizados em tabelas para facilitar a interpretação dos resultados sob a óptica das diretrizes do SUS.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise dos dados extraídos revelou um total de 377 casos novos de tuberculose notificados em Codó ao longo da série histórica (Maranhão, 2026). A estratificação sociodemográfica evidenciou uma acentuada disparidade de gênero, com o sexo masculino representando 65,78% dos casos (n=248), em contraste com os 34,22% do sexo feminino (n=129) (Maranhão, 2026). Observou-se também que a doença atinge predominantemente a população em idade economicamente ativa, com picos de incidência nas faixas de 30 a 39 anos entre homens e 20 a 29 anos entre mulheres (Tabela 1).

Tabela 1. Distribuição de casos novos de tuberculose por sexo e faixa etária em Codó-MA (2016-2025)

Faixa Etária	**Sexo Masculino (n)**	**Sexo Feminino (n)**	**Total por Faixa (n)**
1 a 4 anos	3	0	3
10 a 19 anos	11	8	19
20 a 29 anos	42	24	66
30 a 39 anos	46	17	63
40 a 49 anos	41	21	62
50 a 59 anos	36	21	57
60 a 69 anos	37	18	55
70 a 79 anos	19	12	31
80 anos ou mais	13	8	21
Total Geral	**248 (65,78%)**	**129 (34,22%)**	**377**

Fonte: Elaborado pelos autores, com dados extraídos do SINAN/MA via Monitora Maranhão (2026).

Esses achados corroboram a literatura científica atual e escancaram um desafio persistente para o SUS: a vulnerabilidade masculina (Silva *et al.*, 2022). Historicamente, homens apresentam menor adesão às ações de prevenção primária e buscam assistência médica tardiamente, prolongando o período de transmissibilidade ativa na comunidade (Silva *et al.*, 2022). O adoecimento de adultos jovens também sinaliza forte impacto socioeconômico e possível relação com fatores de risco laborais e hábitos como etilismo e tabagismo, que comprometem a resposta imune celular (Silva *et al.*, 2023).

A evolução temporal (Tabela 2) expôs flutuações críticas, com destaque para a ascensão abrupta em 2024, ano em que o coeficiente de incidência atingiu a marca alarmante de 59,98 por 100 mil habitantes, totalizando 58 casos (Maranhão, 2026). Essa explosão epidemiológica

evidencia possíveis represamentos diagnósticos decorrentes dos impactos operacionais recentes no sistema de saúde. Além disso, a cobertura de testagem para HIV manteve-se acima de 90% nos últimos anos, revelando que a taxa de coinfecção TB/HIV escalou para 18,8% justamente no ano de maior incidência da tuberculose (Maranhão, 2026).

Tabela 2. Correlação entre incidência, testagem e coinfecção TB/HIV no município de Codó.

Ano de Notificação	**Casos Novos (n)**	**Coeficiente de Incidência***	**Coinfecção TB/HIV (%)**
2016	30	34,40	13,0%
2017	25	25,34	13,0%
2018	37	35,07	8,6%
2019	30	33,37	7,1%
2020	28	25,18	9,1%
2021	45	42,15	18,9%
2022	30	34,86	14,8%
2023	39	38,10	17,6%
2024	58	59,98	18,8%
2025	46	48,18	15,2%

*Coeficiente por 100 mil habitantes.

Fonte: Elaborado pelos autores, com dados extraídos do Monitora Maranhão (2026)

O aprofundamento investigativo revelou o achado mais original e preocupante desta pesquisa: o paradoxo diagnóstico. Ao analisar o fluxo de detecção na rede municipal (Tabela 3), constatou-se que a positividade dos exames laboratoriais (como a baciloscopia) foi inversamente proporcional ao volume de casos nos anos críticos (Maranhão, 2026). Em 2021, 71,43% dos casos pulmonares possuíam confirmação laboratorial, enquanto em 2024, ano com o maior número de doentes (58), a rede municipal obteve a menor taxa de confirmação laboratorial do decênio: apenas 28,57% (Maranhão, 2026).

Tabela 3. Correlação histórica entre a incidência total e a eficácia diagnóstica laboratorial.

Ano	**Casos Novos Totais (n)**	**Diagnóstico Lab. Positivo (%)**
2016	30	53,33%
2017	25	43,48%
2018	37	52,78%
2019	30	65,52%
2020	28	53,85%
2021	45	71,43%
2022	30	50,00%
2023	39	39,47%
2024	58	28,57%
2025	46	38,64%

Fonte: Elaborado pelos autores, Monitora Maranhão (2026).

4 CONCLUSÃO

DOI: 10.51161/iv-conasus/89865

O estudo conclui que Codó enfrenta um agravamento do quadro de tuberculose, com pico de incidência em 2024, impulsionado pela expressiva coinfecção TB/HIV. A pesquisa revelou um paradoxo preocupante na rede municipal: quanto maior o número de casos coinfectados, menor foi a capacidade de confirmação bacteriológica, caindo para apenas 28,57% devido às formas clínicas paucibacilares.

Para o fortalecimento do SUS local, as perspectivas futuras exigem intervenções tecnológicas imediatas. A principal limitação atual é a dependência de exames de baixa sensibilidade para imunossuprimidos. É urgente a descentralização e expansão do Teste Rápido Molecular (TRM-TB) no município, capaz de amplificar o DNA do bacilo e mitigar a subnotificação laboratorial. Ademais, a gestão em saúde deve integrar fortemente os programas de controle da tuberculose e do HIV na Atenção Primária, promovendo busca ativa e superando os atuais desafios epidemiológicos da região.

REFERÊNCIAS

ALVES, A. C. F. P. B.; PRADO, A. I. F.; TAKENAMI, I. Imunologia da tuberculose: uma revisão narrativa da literatura. **Arquivos de Asma, Alergia e Imunologia**, São Paulo, v. 6, n. 2, p. 239-250, 2022.

BOMBARDA, S. *et al*. Imagem em tuberculose pulmonar. **Jornal de Pneumologia**, São Paulo, v. 27, n. 6, p. 329-340, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. **Guia de Vigilância em Saúde**. 6. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. **Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil**. 2. ed. atual. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022.

FEITOSA, A. C. S.; TEIXEIRA, A. B. Aspectos gerais da tuberculose: uma atualização sobre o agente etiológico e o tratamento. **Revista Brasileira de Análises Clínicas**, Rio de Janeiro, v. 50, n. 3, p. 200-205, 2018.

GOMES, T. *et al*. Uso do teste direto amplificado para Mycobacterium tuberculosis em amostras respiratórias de pacientes infectados pelo HIV no Brasil. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 191-197, 2017.

KARTALOGLU, Z. *et al*. Radiografia torácica e bacteriologia na fase inicial de tratamento de pacientes masculinos com tuberculose pulmonar. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, Brasília, v. 37, n. 4, p. 488-494, 2018.

MARANHÃO. Secretaria de Estado da Saúde. Superintendência de Vigilância Epidemiológica. **Painel Monitora Maranhão: tuberculose**. São Luís: SES-MA, 2026.

SAN PEDRO, A.; OLIVEIRA, R. M. Tuberculose e indicadores socioeconômicos: revisão sistemática da literatura. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v. 33, n. 4, p. 294-301, 2013.

SILVA, P. *et al*. A tuberculose na perspectiva do homem e da mulher: vulnerabilidades. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 56, e20220137, 2022.

SILVA, V. L. C. *et al*. Fatores associados à coinfecção tuberculose e vírus da imunodeficiência humana em públicos em situação de vulnerabilidade. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 28, e91384, 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global tuberculosis report 2023**. Genebra: WHO, 2023.

DOI: 10.51161/iv-conasus/89865

ÓRTESES DE DESCOMPRESSÃO PARA PREVENÇÃO DE LESÕES POR PRESSÃO EM PACIENTES PEDIÁTRICOS CARDIOPATAS

CARLA ADRIANA VIEIRA DO NASCIMENTO

Introdução: As Órteses são uma Tecnologia Assistiva que incluem dispositivos aplicados ao corpo para imobilizar, alinhar, estabilizar e descomprimir estruturas do corpo conforme o objetivo terapêutico. As denominadas Órteses de Descompressão (ODs) são indicadas para a adequação postural, posicionamento funcional no leito e descompressão de regiões corporais com risco para o desenvolvimento de Lesões por Pressão (LPPs). **Objetivo**: Relatar a experiência do Serviço de Terapia Ocupacional (TO) com Órteses de Descompressão (ODs) em uma UTI Pediátrica Cardiológica de um hospital público na Amazônia. **Relato de experiência:** Trata-se de um relato de experiência qualitativo e descritivo, realizou-se uma análise documental da planilha de dados do serviço de TO e das cadernetas de anotações da terapeuta ocupacional. A UTI Pediátrica dispõe de 01 terapeuta ocupacional para 10 leitos, que admitem crianças (0 a 12 anos de idade) em pós-operatórios de cirurgias cardíacas. Dentre as frentes de atuação da TO têm-se a avaliação, prescrição e confecção de ODs. Foram desenvolvidos tipos 08 dispositivos pediátricos (OD occipital-cintura escapular, OD de posicionamento cervical, OD lateral, OD Calcâneos, Rolo adaptado, OD sacral, OD Joelhos e de elevação de MMSS), confeccionados de acordo com as necessidades individuais da criança, considerando: Fatores Intrínsecos do Menor (gravidade, ventilação, medicações, nutrição), Estrutura do Corpo (desempenho eficaz ou ineficaz; medidas antropométricas e dimensionais do dispositivo), Posicionamento do corpo no leito e nível de limitação da mobilidade. Materiais: colchão piramidal, esparadrapo, touca descartável, tesoura e/ou estilete. Características das ODs: padrão, semi-flexível e flexível. Prescrições usuais: Uso contínuo, alternado, conforme horários de mudança de decúbito. O uso de ODs contribuiu com o aumento da taxa de conformidade na Prevenção de LPP, mediante as especificidades dos usuários atendidos que contraindicava mudanças de decúbito como a instabilidade clínica, pós-operatórios com necessidade manter o tórax “aberto” por mais de 48 horas, o uso de drogas vasoconstritoras elevadas. Assim, as ODs passaram a integrar a rotina assistencial da UTI Pediátrica cardiológica como um recurso terapêutico essencial para a prevenção de LPPs e de possíveis perdas funcionais fomentando um cuidado integral e conforto para o paciente crítico pediátrico.

Palavras-chave: **ÓRTESES; TERAPIA OCUPACIONAL; LESÃO POR PRESSÃO**

DOI: 10.51161/iv-conasus/89873

CONHECER E ACOLHER PARA FIDELIZAR

EMILLY VITÓRIA DE OLIVEIRA SALGADO; ANA MARIA MARTINS BRANDAO; BRUNO GABRIEL DE OLIVEIRA MEIRELLI; ESHILLEY CARLA BATISTA DOS REIS; LEANDRO GUSTAVO MONTEIRO SILVA; GIULLIA LOBATO GAIA; RODRIGO CARDIM DOS SANTOS

INTRODUÇÃO: O acolhimento e a triagem são estratégias fundamentais para o atendimento odontológico infantil humanizado. Além de contribuírem para a organização do atendimento, fortalecem o vínculo entre paciente, família e universidade, promovendo formação acadêmica mais sensível às necessidades sociais. Nesse contexto, essas estratégias também possibilitam uma abordagem mais individualizada, considerando as particularidades de cada criança e de sua família, favorecendo uma assistência odontológica mais acolhedora e integral. **OBJETIVO:** Relatar a experiência extensionista do projeto "Conhecer e Acolher para Fidelizar", destacando as ações de acolhimento, educação em saúde e escuta qualificada realizadas nas Clínicas Infantis da Faculdade de Odontologia da UFPA. **METODOLOGIA:** O projeto foi realizado nas Clínicas Infantis da FOUFPA, com participação de docentes, discentes e profissionais do Serviço Social. Foram realizados acolhimento aos pacientes e responsáveis, aplicação de questionários socioeconômicos e de saúde, orientações sobre higiene bucal, alimentação saudável e prevenção de doenças orais, além da escuta ativa das demandas e necessidades das famílias. **RESULTADOS:** Observou-se fortalecimento do vínculo entre universidade, pacientes e familiares; melhor compreensão do perfil socioeconômico e das necessidades dos usuários; aprimoramento da triagem e organização do atendimento clínico; desenvolvimento de competências comunicativas, empatia e sensibilidade social pelos acadêmicos; e promoção da humanização no atendimento odontológico infantil. **CONCLUSÃO:** O projeto demonstrou que o acolhimento associado às ações educativas contribui significativamente para a promoção da saúde bucal infantil, para a melhoria da triagem e para o fortalecimento do vínculo entre paciente e instituição. Além disso, reforça o papel social da universidade na formação de profissionais críticos, humanizados e comprometidos com a comunidade, contribuindo também para uma assistência mais acolhedora, integral, educativa e participativa às famílias atendidas.

Palavras-chave: **SAUDE BUCAL INFANTIL; ACOLHIMENTO; EXTENSAO UNIVERSITARIA**

DOI: 10.51161/iv-conasus/89875

TRIAGEM, ACOLHIMENTO E ENCAMINHAMENTO DE PACIENTES: RELATO DE EXPERIÊNCIA EM ESTÁGIO ACADÊMICO

RAY ALVES DA COSTA; SIMONE SOARES PEDROSA; LUERDETE MARIA ROCHA GAUCH; LILIANE SILVA DO NASCIMENTO; LUANA GARCIA SANCHES; KAYAN NASCIMENTO DE OLIVEIRA

RESUMO

O presente relato de experiência objetiva descrever as práticas desenvolvidas no estágio do projeto de extensão "Triagem, Acolhimento e Encaminhamento de Pacientes na Clínica da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Pará". Trata-se de uma iniciativa estratégica alinhada ao ensino clínico das habilidades na graduação e embasada nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Política Nacional de Saúde Bucal, por meio da qual são ofertadas educação em saúde, orientação e articulação com a rede de saúde bucal municipal e estadual. Desse modo, o projeto visa humanizar o ato de acolhimento no atendimento, partindo da necessidade de discussões sobre a reorientação da atenção à saúde como elemento essencial para a reorganização da assistência. Tal prática está assentada na Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde (HumanizaSUS) e vai além da simples recepção ao usuário, porquanto considera toda a conjuntura da atenção a partir da entrada deste no sistema. Nesse contexto, compreende-se o acesso como o uso oportuno do serviço para o alcance do melhor resultado, enquanto o acolhimento é visto como o ato ou o efeito de acolher — uma ação de aproximação, de “estar com” e de “estar perto de”. Assim, ambas as ações implicam uma atitude de inclusão. Além disso, o acolhimento em saúde bucal busca receber o paciente de forma respeitosa e identificada, oferecendo uma escuta qualificada, garantindo a assistência eficiente e realizando o registro de todas as informações em conformidade com a Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD). Conclui-se, portanto, que o extensionista atuou na Clínica de Odontologia da UFPA no período de março a julho de 2026, sob a supervisão dos cirurgiões-dentistas, para assegurar o acesso, a educação em saúde bucal e a resolução de todas as demandas trazidas pela população que contemplassem o escopo e o protocolo assistencial da FO/UFPA

Palavras-chave: Saúde bucal; Humanização da assistência; Educação em saúde.

1 INTRODUÇÃO

A formação em Odontologia possui caráter multifacetado e exige a articulação entre conhecimentos teóricos, habilidades técnicas e compromisso social. Nesse processo, as práticas de ensino-aprendizagem desenvolvidas em serviço aproximam o estudante das necessidades da comunidade e contribuem para a formação de um cirurgião-dentista generalista, crítico, ético e apto a atuar nos diferentes níveis de atenção à saúde (Fonseca et al.,2020).

Os estágios e projetos de extensão permitem vivenciar ações de educação em saúde, acolhimento, orientação, assistência e articulação com a rede pública. Tais experiências, favorecem a compreensão do fluxo de encaminhamento para especialidades como endodontia,

DOI: 10.51161/iv-conasus/89877

periodontia, cirurgia oral menor, atendimento a pessoas com necessidades especiais e diagnóstico bucal. Além disso, reforçam a importância da escuta ativa, da humanização e da tomada de decisões respaldada por evidências científicas, em consonância com os princípios do Sistema Único de Saúde (Leme et al., 2018).

A extensão universitária ocupa posição estratégica nesse processo porque aproxima a universidade da realidade social e transforma o cenário de prática em espaço de aprendizagem compartilhada. Isso posto, ao entrar em contato com usuários que apresentam diferentes histórias, condições socioeconômicas, expectativas e necessidades, o acadêmico passa a reconhecer que o processo saúde-doença bucal não decorre apenas de fatores biológicos, bem como, aspectos como acesso à informação, possibilidade de deslocamento, disponibilidade de serviços, experiências anteriores e continuidade do acompanhamento também interferem na procura por atendimento e na adesão às orientações (Fadel et al., 2013).

Na rede pública, a atenção primária representa a principal porta de entrada e deve coordenar o cuidado, enquanto os serviços especializados ampliam a capacidade de resposta diante de condições que exigem recursos ou conhecimentos específicos. Em virtude disso, compreender essa organização é relevante para evitar encaminhamentos inadequados, reduzir a fragmentação da assistência e favorecer a continuidade terapêutica. Para o estudante, acompanhar esse percurso contribui para superar uma visão restrita ao procedimento odontológico e reconhecer a integralidade como referência para a tomada de decisões (Silva; Gottems, 2017).

Nesse contexto, este trabalho tem como objetivo relatar a experiência de um estudante de Odontologia no projeto de extensão: “Triagem, acolhimento e encaminhamento de pacientes”, desenvolvido na clínica da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Pará (FO/UFPA), sob supervisão de cirurgiões-dentistas, com titulação de Mestre e de Doutores, destacando as contribuições da atividade para a formação acadêmica e para a qualificação do cuidado humanizado.

2 RELATO DE EXPERIÊNCIA

A experiência ocorreu no âmbito do projeto de extensão voltado à triagem, ao acolhimento e ao encaminhamento de usuários que procuravam atendimento na clínica da faculdade de Odontologia, na Universidade Federal do Pará (FO/UFPA), em Belém/Pará, sob orientação dos cirurgiões-dentistas, durante o período de 01 março à 01 de agosto de 2026.

O acadêmico de odontologia, tornou-se estagiário na clínica-escola, diariamente, e participou da recepção das demandas, da escuta inicial e da coleta das informações necessárias para compreender a queixa principal e as necessidades de saúde bucal de cada usuário.

No ato em acolher, a postura adotada buscava favorecer um ambiente de respeito e disponibilidade para a fala. Em virtude disso, a escuta da queixa principal era acompanhada da observação das dúvidas e das expectativas apresentadas, sem antecipar diagnósticos ou prometer tratamentos antes da avaliação profissional. Sob essa ótica, esse cuidado mostrou-se importante para alinhar as possibilidades da clínica às necessidades percebidas pelo usuário e para evitar que o momento de triagem fosse entendido apenas como uma etapa burocrática.

Durante a triagem, buscou-se estabelecer uma comunicação clara e respeitosa, explicar o funcionamento da clínica e orientar os pacientes sobre cuidados de higiene bucal e continuidade do tratamento. Em seguida, as demandas eram analisadas de acordo com o escopo assistencial e os protocolos da instituição, pois, quando compatíveis com os serviços oferecidos, os usuários eram direcionados para avaliação e atendimento nas áreas correspondentes; nos demais casos, recebiam orientação quanto ao encaminhamento adequado na rede de saúde bucal.

DOI: 10.51161/iv-conasus/89877

Outras orientações, como as educativas, eram adaptadas à compreensão e à necessidade imediata de cada pessoa. Por outro lado, ao invés de transmitir recomendações de maneira automática, procurava-se utilizar linguagem simples, verificar se a informação havia sido compreendida e relacionar os cuidados cotidianos ao problema relatado. Assim, tal prática evidenciou que a educação em saúde é mais efetiva quando ocorre de forma dialógica, reconhece os saberes prévios do usuário e estimula sua autonomia, sem culpabilizá-lo por sua condição bucal.

Além disso, o encaminhamento exigia atenção às características da demanda e aos critérios definidos pela clínica odontológica. Nesse perspectiva, a supervisão profissional permitia discutir o destino assistencial mais apropriado e compreender os limites de atuação do estudante. A partir disso, quando havia indicação de atendimento especializado, o usuário recebia explicações sobre a continuidade do processo; enquanto a demanda não podia ser absorvida, buscava-se fornecer orientação objetiva sobre outros pontos da rede, evitando que a pessoa deixasse o serviço sem informação.

No mais, a participação nas atividades possibilitou acompanhar a relação entre a demanda apresentada, a avaliação clínica inicial e a definição do percurso assistencial. Com isso, o contato com situações distintas favoreceu a integração de conhecimentos adquiridos ao longo da graduação e evidenciou que a resolutividade do cuidado depende não apenas do domínio técnico, mas também da capacidade de acolher, orientar, estabelecer vínculos e trabalhar de forma articulada e humanizada.

Ademais, a supervisão dos cirurgiões-dentistas constituiu elemento essencial para a segurança do atendimento e para a aprendizagem. Nesse quadro, as dúvidas surgidas durante a atividade eram examinadas à luz dos protocolos e dos conhecimentos clínicos, permitindo ao estudante compreender o raciocínio empregado na priorização e no encaminhamento. Dessa forma, esse acompanhamento também favoreceu a percepção dos próprios limites, o reconhecimento da necessidade de solicitar apoio e a construção gradual de autonomia responsável.

Outro aprendizado relevante, esteve relacionado ao registro responsável das informações, o qual a experiência reforçou a necessidade de preservar a confidencialidade, limitar o acesso aos dados e evitar a exposição de elementos que permitissem identificar os usuários, especialmente, por se tratar de informações pessoais e de saúde.

Assim, entre os desafios percebidos estiveram a heterogeneidade das demandas, a necessidade de conciliar expectativas com a capacidade assistencial e a comunicação de limites sem enfraquecer o vínculo. Porquanto, essas situações exigiram postura acolhedora, objetividade e atenção para que a orientação fosse compreendida. Ao longo da experiência, tornou-se evidente que o cuidado humanizado não significa garantir que todas as demandas sejam atendidas no mesmo local, mas oferecer escuta ativa, informação segura e encaminhamento responsável.

3 DISCUSSÃO

A vivência demonstrou que a triagem, quando compreendida de forma ampliada e articulada ao acolhimento, ultrapassa a função de classificação das demandas e pode constituir um importante momento de reconhecimento das necessidades dos usuários, estabelecimento de vínculo e organização do acesso aos serviços. Essa percepção, respaldada na literatura, que aponta que o acolhimento em saúde bucal não deve ser reduzido a uma etapa de triagem ou recepção, mas compreendido como uma prática relacional que favorece a identificação das necessidades de saúde e a construção do cuidado (Warmling; Baldisserotto; Rocha, 2019).

Nesse sentido, a experiência observada aproxima-se das diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal, que orientam a organização dos serviços a partir de uma perspectiva centrada

no usuário, contemplando ações de escuta, orientação, atendimento, encaminhamento e acompanhamento, com vistas à ampliação do acesso e à integralidade da atenção (Brasil, 2023). Além disso, a legislação que instituiu a Política Nacional de Saúde Bucal explicita que a integralidade compreende as dimensões do indivíduo, do sistema e do cuidado, devendo assegurar os atos de receber, de escutar, de orientar, de atender, de encaminhar e de acompanhar. Logo, as atividades vivenciadas no projeto guardam correspondência direta com a organização centrada no usuário prevista para os serviços. Sendo assim, a triagem adquire maior potência quando integra avaliação das necessidades, educação em saúde e definição de um percurso possível, em lugar de produzir apenas uma classificação isolada (Moimaz et al., 2017).

A escuta ativa e a comunicação acessível também se mostraram essenciais para compreender as expectativas dos pacientes, reduzir incertezas e favorecer sua participação no cuidado. Essa percepção encontra respaldo em Januário et al. (2023), que destacam a escuta qualificada, o acolhimento, o vínculo e a corresponsabilização como elementos importantes para a produção de um cuidado humanizado, capaz de reconhecer as necessidades dos usuários e favorecer sua autonomia na tomada de decisões. Dessa forma, a comunicação estabelecida durante o atendimento ultrapassa a simples transmissão de informações, constituindo-se como uma ferramenta para fortalecer o vínculo entre profissional e usuário e ampliar sua participação no processo de cuidado. Esses elementos convergem com os princípios da Política Nacional de Humanização (BRAZIL, 2010) que valoriza usuários, trabalhadores e gestores e estimula a autonomia, a corresponsabilidade e a construção de vínculos solidários.

Sob essa perspectiva, acolher implica reconhecer a singularidade do usuário e assumir responsabilidade pela resposta que o serviço pode oferecer . Mesmo quando não há possibilidade imediata de tratamento, a maneira de comunicar o fluxo, explicar critérios e orientar alternativas pode reduzir incertezas e fortalecer a confiança. Segundo Cardoso et al. (2022) demonstra a importância da comunicação entre graduandos de Odontologia e pacientes, contemplando aspectos como atenção, respeito, compartilhamento de informações e cuidado com o bem-estar do usuário. Dessa modo, a experiência vivenciada na clínica evidencia que a formação acadêmica ultrapassa o domínio técnico, abrangendo também competências relacionais e comunicacionais fundamentais para a construção de uma assistência humanizada e centrada no paciente.

Do ponto de vista formativo, a experiência permitiu relacionar os conteúdos teóricos à realidade do serviço, ampliar a compreensão sobre os fluxos assistenciais e exercitar competências relacionadas à educação em saúde e ao trabalho em equipe. Por isso, o contato supervisionado com demandas diversas contribuiu para o desenvolvimento de uma postura ética, humanizada e responsável, necessária à futura atuação profissional no SUS. Essa percepção converge com Forte et al. (2022), que identificaram, a partir da vivência de estudantes de Odontologia em estágios supervisionados, a importância da integração entre ensino, serviço e comunidade para a articulação entre teoria e prática e para o desenvolvimento de competências relacionadas ao trabalho em saúde. Os autores também destacam que a inserção dos estudantes nos serviços públicos possibilita uma compreensão ampliada do processo saúde-doença-cuidado e favorece aprendizagens relacionadas à comunicação, ao trabalho em equipe, à tomada de decisões e à responsabilidade profissional. Então, a experiência vivenciada no serviço constitui importante espaço de formação para uma atuação odontológica mais integral, humanizada e comprometida com os princípios do SUS.

DOI: 10.51161/iv-conasus/89877

Ainda, a integração ensino-serviço-comunidade favorece a formação voltada às necessidades reais da população. Em cenários concretos, o estudante é convidado a mobilizar conhecimentos, interpretar situações, refletir sobre condutas e reconhecer os condicionantes sociais do cuidado. Essa aprendizagem difere da simples reprodução de técnicas, pois exige atitude crítica diante da organização do serviço e estimula a corresponsabilidade entre universidade, profissionais e comunidade (BORGES et al,. 2022).

A vertente de proteção das informações dos pacientes integra esse compromisso ético. Consoante à Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais que estabelece princípios para o tratamento de dados pessoais, inclusive em meios digitais, com a finalidade de resguardar a privacidade e outros direitos fundamentais. Assim, os registros acadêmicos e assistenciais devem observar a finalidade do uso, a necessidade das informações, a segurança do armazenamento e o sigilo (BRASIL, 2018).

No ambiente acadêmico, a proteção de dados requer atenção desde o momento da coleta até a discussão dos casos. Do mesmo modo, somente informações necessárias devem ser registradas, e exemplos utilizados para fins didáticos precisam excluir elementos identificadores. Além de cumprir uma exigência legal, essa conduta preserva a confiança depositada pelo usuário na equipe e reforça que o acesso à informação em saúde está vinculado a uma finalidade assistencial ou formativa legítima (GONÇALO et al., 2025).

Em vista desse cenário, a experiência também aponta possibilidades de aperfeiçoamento do projeto. Nessa conjuntura, por meio da adoção de momentos periódicos de discussão entre estudantes e supervisores que pode padronizar orientações e transformar situações recorrentes em oportunidades de educação permanente. Outrossim, o acompanhamento de indicadores não identificáveis, como tipos de demanda, destinos dos encaminhamentos e dificuldades de acesso, pode subsidiar ajustes no fluxo e fortalecer a articulação com os demais serviços, desde que respeitadas as normas de confidencialidade. Igualmente, embora o relato não apresente indicadores quantitativos nem acompanhe os desfechos dos encaminhamentos, a experiência permitiu refletir sobre o papel da clínica da Faculdade de odontologia como espaço de formação, extensão e atenção à comunidade. Logo, a sistematização futura de dados não identificáveis sobre as demandas e os fluxos poderá apoiar a avaliação das ações e o planejamento do serviço.

4 CONCLUSÃO

A participação no projeto de extensão possibilitou compreender a triagem, o acolhimento e o encaminhamento como etapas indissociáveis de um cuidado odontológico humanitário integral.

Nesse interim, a atividade favoreceu a aplicação dos conhecimentos acadêmicos, o desenvolvimento da escuta ativa, da comunicação e da responsabilidade ética, bem como a compreensão da articulação entre a prática clínica e a teoria na rede de saúde bucal.

No âmbito ensino-aprendizagem, os objetivos alcançados incluem a compreensão de que cada contato com o usuário produz efeitos sobre sua trajetória no serviço.

Para tal, clareza das informações, respeito à autonomia, supervisão adequada e compromisso com a continuidade do cuidado devem orientar a prática desde a graduação.

DOI: 10.51161/iv-conasus/89877

Nesse viés, a experiência permitiu reconhecer tanto as potencialidades da clínica de Odontologia, da Universidade federal do Pará, para ampliar o acesso, quanto a necessidade de aperfeiçoar continuamente seus processos de comunicação e de referência.

Conclui-se que a experiência extensionista enriquece a formação itinerante do estudante de Odontologia ao aproximá-lo das necessidades da população e dos princípios do SUS. Por conseguinte, além de fortalecer competências clínicas e educativas, contribuem para a formação de profissionais mais preparados para prestar assistência humanizada, responsável, baseada em evidências e comprometida com a proteção dos dados dos pacientes.

REFERÊNCIAS

BORGES, Técia Mendes Daltro *et al*. Formação em Odontologia sob o olhar da integração Ensino, Serviço e Comunidade: um relato de experiência. **Revista da ABENO**, v. 22, n. 2, p. 1641, 2022. DOI: 10.30979/revabeno.v22i2.1641.

BRASIL. Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018. Dispõe sobre a proteção de dados pessoais e altera a Lei nº 12.965, de 23 de abril de 2014 (Marco Civil da Internet). Brasília, DF: Presidência da República, 2018. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/l13709.htm>. Acesso em: 31 ago. 2026.

BRASIL. Lei nº 14.572, de 8 de maio de 2023. Institui a Política Nacional de Saúde Bucal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para incluir a saúde bucal no campo de atuação do SUS. Brasília, DF: Presidência da República, 2023. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato20232026/2023/lei/l14572.htm>. Acesso em: 31 ago. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília, DF: Ministério da Saúde, [s. d.]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/brasilsorridente/saude-bucal>. Acesso em: 31 ago. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS: HumanizaSUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS*. 4. ed. 4. reimp. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2010. 72 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf>. Acesso em: 31 ago. 2026.

CARDOSO, Gustavo dos Santos *et al*. Comunicação em saúde entre graduandos de odontologia e seus pacientes. **Brazilian Journal of Development**, v. 8, n. 6, p. 48521-48535, 2022. DOI: 10.34117/bjdv8n6-386.

FADEL, C. B.; BORDIN, D.; KUHN, E.; MARTINS, L. D. O impacto da extensão universitária sobre a formação acadêmica em Odontologia. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 17, n. 47, p. 937-946, 2013. DOI: 10.1590/1807-57622013.3811.

FONSÊCA, G. S. *et al*. Integração ensino-serviço-comunidade em Odontologia: um estudo cultural. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 24, e200166, 2020.

FORTE, Franklin Delano Soares *et al*. "A vida como ela é" e o desenvolvimento de competências e autonomia na integração ensino-serviço-comunidade. **Revista da ABENO**, v. 22, n. 2, p. 1723, 2022. DOI: 10.30979/revabeno.v22i2.1723.

GONÇALO, Wemerson *et al*. Abordagens regulatórias na proteção de dados em saúde: uma revisão integrativa de 2018 a 2023. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 1, e350113, 2025. DOI: 10.1590/S0103-73312025350113pt.

JANUÁRIO, Tacyla Geyce Freire Muniz *et al*. Escuta e valorização dos usuários: concepções e práticas na gestão do cuidado na Estratégia Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 8, p. 2283-2290, 2023. DOI: 10.1590/1413-81232023288.05952023.

LEME, P. A. T.; PEREIRA, A. C.; MENEGHIM, M. C.; MIALHE, F. L. Experiência do ensino integrado ao serviço para formação em Saúde: percepção de alunos e egressos de Odontologia. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 22, n. 64, p. 135-146, 2018. DOI: 10.1590/1807-57622016.0655.

MOIMAZ, Suzely Adas Saliba; BORDIN, Danielle; FADEL, Cristina Berger; SANTOS, Celso Bilynkievycz dos; GARBIN, Cléa Adas Saliba; SALIBA, Nemre Adas. Qualificação do acolhimento nos serviços de saúde bucal. **Cadernos Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 1-8, 2017. DOI: 10.1590/1414-462X201700010239.

SILVA, H. E. C.; GOTTEMS, L. B. D. Interface entre a Atenção Primária e a Secundária em odontologia no Sistema Único de Saúde: uma revisão sistemática integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 8, p. 2645-2658, 2017. DOI: 10.1590/1413-81232017228.22432015.

WARMLING, Cristine Maria; BALDISSEROTTO, Julio; ROCHA, Evelise Tarouco da. Acolhimento & acesso de necessidades de saúde bucal e o agir profissional na Atenção Primária à Saúde**. Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 23, e180398, 2019. DOI: 10.1590/Interface.180398.

O SERVIÇO SOCIAL NA TRAJETÓRIA DA CRIANÇA E ADOLESCENTE COM CÂNCER

REGINA HELENA HATZFELD MAGNI; CAMILA FERNANDES QUEICHADA

Introdução: Os cuidados paliativos devem iniciar desde o diagnóstico de uma doença grave ou ameaçadora da vida e ser realizado em conjunto com o tratamento curativo. Na pediatria são várias as doenças que podem se beneficiar dos cuidados paliativos, dentre estas o câncer infantojuvenil. O GRAACC é um hospital especializado no tratamento de câncer de crianças e adolescentes, recebendo-os de todos os Estados brasileiros, compondo rede de atendimento oncológico nas regulações municipais e estaduais. **Objetivo**: Descrever a atuação do Assistente Social na trajetória da criança e do adolescente com câncer. **Relato de caso/experiência**: A trajetória do paciente no GRAACC é iniciada antes de sua chegada. As solicitações de atendimento são recepcionadas também com a finalidade de identificar informações que requerem intervenções, possibilitando iniciar o planejamento do cuidado. No primeiro atendimento, após avaliação médica, seu responsável legal realiza entrevista com o Assistente Social, nomeada como “atendimento de hora inicial”, onde é possível iniciar formação de vínculo, identificar demandas que requerem intervenções e coletar informações que são importantes para o desenvolvimento do plano terapêutico integral. O assistente social segue na trajetória do paciente, em todas as etapas do tratamento, por meio de atendimento ambulatorial ou internações. Na equipe de Cuidados Paliativos, atua como referência, com atendimentos de “busca ativa”, convocação, solicitação espontânea do paciente e familiar ou de outros profissionais da equipe. Semanalmente, a Assistente Social participa de reunião com a equipe de Cuidados Paliativos e Dor. **Conclusão**: O Assistente Social, sendo o profissional que conhece a família de forma ampla, identifica suas reais necessidades e auxilia na compreensão que esta tem do processo saúde/doença; vida/morte. Planeja e realiza intervenções que possibilitem a garantia da qualidade de vida, o acesso aos direitos e integralidade do cuidado.

Palavras-chave: **ASSISTENTE SOCIAL; CRIANÇA E ADOLESCENTE; CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS E CÂNCER**

NAVEGAÇÃO NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE COMO ESTRATÉGIA PARA A DETECÇÃO PRECOCE E O INÍCIO OPORTUNO DO TRATAMENTO DO CÂNCER

FABIANE BIS CAETANO GODZIKOWSKI, LARISSA ZEPKA BAUMGARTEN RODRIGUES, GISELE CORDEIRO CASTRO, DEBORA CRISTIANE DOMINGUES DE SOUZA DA SILVA, CLÉO WATANABE PISAIA, LAISA CAMILA BARBOSA, SILVIA THAYS GULIN

RESUMO

Introdução: O câncer constitui importante problema de saúde pública e sua atenção requer uma trajetória assistencial oportuna, integrada e equitativa, desde a percepção dos primeiros sinais e sintomas até o início do tratamento. No Brasil, essa trajetória pode ser comprometida por desigualdades de acesso, barreiras sociais, territoriais e organizacionais e dificuldades na coordenação do cuidado. Nesse contexto, a navegação de pacientes emerge como estratégia para identificar e superar barreiras e favorecer a articulação dos diferentes pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS). **Objetivo:** Analisar as evidências da literatura científica brasileira sobre a contribuição da navegação de pacientes com câncer para a superação de barreiras, articulação da RAS, detecção precoce, redução do tempo até o tratamento e promoção da equidade. **Material e Métodos:** Realizou-se revisão de literatura da produção científica brasileira publicada entre janeiro de 2012 e agosto de 2026, com foco em navegação, acesso, trajetória assistencial, diagnóstico precoce, tempo para tratamento, organização da RAS e equidade. Os achados foram organizados em cinco eixos temáticos e complementados por referenciais conceituais de equidade e marcos normativos da atenção oncológica brasileira. **Resultados e Discussões:** Os estudos evidenciaram barreiras individuais, sociais, territoriais e institucionais associadas a atrasos e descontinuidades na trajetória oncológica, incluindo desigualdades de acesso, dificuldades na articulação dos serviços e limitações nos sistemas de informação. Programas de navegação apresentaram resultados promissores na identificação e superação de barreiras, coordenação do cuidado e redução de intervalos assistenciais. Também foram identificadas desigualdades raciais e geográficas no acesso, reforçando a importância da equidade na organização do cuidado. **Conclusão:** A navegação apresenta potencial para qualificar a atenção oncológica ao aproximar as necessidades da pessoa com câncer dos recursos disponíveis na RAS, favorecendo trajetórias mais oportunas, coordenadas e equitativas.

Palavras-chave: Enfermagem Oncológica; Integralidade em Saúde; Continuidade da Assistência ao Paciente.

1 INTRODUÇÃO

O câncer constitui importante problema de saúde pública e exige uma atenção capaz de assegurar prevenção, detecção precoce, diagnóstico oportuno, tratamento adequado e continuidade do cuidado. No Brasil, a trajetória oncológica envolve diferentes pontos e níveis de atenção e pode ser comprometida por desigualdades de acesso, barreiras sociais, territoriais

DOI: 10.51161/iv-conasus/89885

e organizacionais, fragmentação dos serviços e limitações na comunicação e nos sistemas de informação. A organização do Sistema Único de Saúde (SUS) pressupõe uma rede regionalizada e hierarquizada, orientada pelos princípios da universalidade e integralidade (BRASIL, 1988).

A trajetória da pessoa com câncer inicia-se com a percepção dos sinais e sintomas e envolve busca por atendimento, investigação, confirmação diagnóstica, encaminhamento, regulação e início do tratamento. Em cada etapa podem ocorrer atrasos e rupturas. Estudos brasileiros apontam dificuldades relacionadas ao acesso, qualificação da Atenção Primária à Saúde, tempo para realização de exames, marcação de consultas, fragmentação da rede e limitações dos sistemas de informação (LOMBARDO; POPIM, 2020). Assim, o acesso não se restringe à disponibilidade de serviços, mas envolve a capacidade de alcançar e percorrer continuamente os diferentes pontos da rede, sendo influenciado por condições socioeconômicas, transporte, território, regulação e organização dos fluxos assistenciais.

A Atenção Primária possui papel estratégico no reconhecimento de sinais e sintomas, encaminhamento e coordenação do cuidado; entretanto, limitações na articulação entre os serviços e no acompanhamento dos usuários podem favorecer atrasos e perdas de seguimento. O tempo entre sintomas, investigação, diagnóstico e início do tratamento constitui dimensão crítica da atenção oncológica e é influenciado por fatores individuais, sociais, clínicos e organizacionais. Portanto, a redução dos atrasos requer integração, comunicação, coordenação e acompanhamento ativo da trajetória.

Nesse contexto, a navegação de pacientes emerge como estratégia de gestão e coordenação do cuidado, voltada à identificação e superação de barreiras que dificultam o acesso e a continuidade da assistência. No Brasil, embora os programas de navegação apresentem modelos heterogêneos, observa-se crescente incorporação dessa estratégia às políticas de atenção oncológica (MAIA et al., 2025). A Lei nº 14.758/2023 instituiu o Programa Nacional de Navegação da Pessoa com Diagnóstico de Câncer e definiu a navegação como busca ativa e acompanhamento individual dos processos relacionados ao diagnóstico e tratamento, visando superar barreiras, favorecer o diagnóstico precoce e reduzir a morbimortalidade (BRASIL, 2023).

A navegação também se relaciona à equidade em saúde, compreendida como a busca por oportunidades justas de alcançar o potencial de saúde e pelo enfrentamento de diferenças evitáveis e injustas (WHITEHEAD, 1992). No SUS, a equidade implica reconhecer que indivíduos e grupos apresentam necessidades e obstáculos distintos para acessar o cuidado (ALBRECHT; ROSA; BORDIN, 2017). Na oncologia, barreiras sociais, econômicas, territoriais e organizacionais podem produzir trajetórias desiguais, tornando necessária uma abordagem que considere as necessidades específicas dos usuários.

Assim, a navegação pode contribuir para identificar usuários em maior situação de vulnerabilidade, acompanhar sua trajetória, facilitar a comunicação entre serviços, superar barreiras e favorecer o acesso aos recursos disponíveis na rede. As evidências brasileiras apontam resultados promissores, mas também revelam desafios relacionados à organização dos serviços, regulação, sistemas de informação e desigualdades territoriais e socioeconômicas (LOMBARDO; POPIM, 2020; MAIA et al., 2025). Diante disso, torna-se relevante analisar a produção científica brasileira sobre a navegação de pacientes com câncer, considerando sua contribuição para a superação de barreiras, articulação da Rede de Atenção à Saúde, detecção precoce, redução do tempo até o tratamento e promoção da equidade.

2 MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de uma revisão de literatura, de caráter descritivo e analítico, conduzida com o propósito de identificar e discutir evidências científicas brasileiras acerca da navegação de

DOI: 10.51161/iv-conasus/89885

pacientes com câncer como estratégia de qualificação da trajetória assistencial na Rede de Atenção à Saúde (RAS). A revisão foi orientada pela seguinte questão norteadora: como a navegação de pacientes pode contribuir para a superação de barreiras, a articulação da RAS, a detecção precoce, a redução do tempo até o tratamento e a promoção da equidade no cuidado oncológico?

A busca bibliográfica foi realizada nas bases Scientific Electronic Library Online (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), PubMed/MEDLINE e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), no período de 2012 a 2026, utilizando combinações dos descritores e palavras-chave em português e inglês: *navegação de pacientes*, *navegação de pacientes oncológicos*, *patient navigation*, *câncer*, *neoplasias*, *acesso aos serviços de saúde*, *equidade em saúde*, *Rede de Atenção à Saúde*, *diagnóstico precoce*, *tratamento oportuno*, *tempo para tratamento* e *barreiras de acesso*. Foram empregados operadores booleanos "AND" e "OR", de acordo com as especificidades de cada base.

Foram considerados elegíveis artigos científicos publicados em periódicos nacionais ou estudos desenvolvidos no contexto brasileiro, disponíveis em texto completo e acesso livre, que abordassem a navegação de pacientes com câncer ou aspectos diretamente relacionados à sua atuação na trajetória oncológica, incluindo barreiras de acesso, coordenação e continuidade do cuidado, articulação entre os diferentes pontos da RAS, diagnóstico precoce, tempo entre diagnóstico e início do tratamento e desigualdades de acesso. Foram excluídos estudos exclusivamente internacionais, publicações sem relação direta com a temática, trabalhos duplicados, editoriais, cartas ao editor, resumos de eventos e documentos sem disponibilidade do texto integral.

Após a identificação dos estudos, procedeu-se à leitura dos títulos e resumos para seleção inicial, seguida da leitura integral das publicações potencialmente elegíveis. Os dados foram organizados em matriz de análise contendo autoria, ano de publicação, local de realização, desenho metodológico, população ou contexto estudado, tipo de intervenção ou abordagem de navegação, principais barreiras identificadas e resultados relacionados à trajetória assistencial. A análise foi realizada de forma descritiva e temática, permitindo a organização dos achados em cinco eixos: (1) detecção precoce; (2) superação de barreiras; (3) articulação e coordenação da Rede de Atenção à Saúde; (4) redução do tempo entre diagnóstico e início do tratamento; e (5) equidade no acesso ao cuidado oncológico.

Por se tratar de estudo de revisão de literatura, sem envolvimento direto de seres humanos ou utilização de dados individuais identificáveis, não houve necessidade de submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa, observadas as normas éticas e de integridade científica aplicáveis às pesquisas de natureza bibliográfica.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise da literatura brasileira evidenciou que a trajetória da pessoa com câncer é influenciada por múltiplos fatores relacionados ao acesso, à organização dos serviços, à disponibilidade de informações, às características territoriais e sociodemográficas da população e à capacidade de articulação entre os diferentes pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Os estudos identificados demonstraram que os atrasos no percurso oncológico não decorrem exclusivamente de fatores individuais, mas também de barreiras relacionadas à organização e à coordenação do cuidado, à fragmentação dos serviços, à regulação, à qualificação profissional, aos sistemas de informação e às desigualdades sociais e territoriais.

A navegação de pacientes tem sido utilizada como estratégia de organização e coordenação do cuidado oncológico, com atuação particularmente relevante do enfermeiro na identificação de necessidades, orientação, comunicação entre profissionais e serviços e superação de barreiras ao longo da trajetória assistencial. Os estudos brasileiros apresentam

diferentes desenhos metodológicos e cenários de cuidado, mas convergem quanto à importância da navegação para favorecer o acesso, a continuidade e a organização do cuidado às pessoas com câncer.

No estudo de Pautasso et al. (2024), que descreveu a implementação de um Programa de Navegação em um centro oncológico do Sul do Brasil, o processo foi desenvolvido em quatro etapas, incluindo a implantação inicial para pacientes com câncer de cabeça e pescoço, um projeto-piloto para mulheres com câncer de mama, a elaboração da política institucional e, posteriormente, a implementação do programa na linha de cuidado da mama para pacientes com indicação de tratamento neoadjuvante. Após a implantação, observaram-se reduções de 70% no tempo mediano entre a indicação e a primeira consulta oncológica, 28,6% no intervalo entre o aparecimento dos sintomas e o diagnóstico e 26,0% no intervalo entre diagnóstico e início do tratamento, demonstrando resultados favoráveis na organização temporal da trajetória assistencial.

Durante a pandemia de COVID-19, Osório et al. (2020) relataram a atuação da navegação de enfermagem na atenção às mulheres com câncer de mama. Foram adotadas medidas destinadas a garantir a continuidade e o início do tratamento, ao mesmo tempo em que se buscou reduzir a exposição de pacientes e profissionais aos riscos relacionados à pandemia. O relato evidencia a atuação do enfermeiro navegador como elemento importante para assegurar o acesso e evitar a descontinuidade da assistência em um contexto de elevada vulnerabilidade dos pacientes oncológicos.

A literatura também demonstra que a navegação deve considerar as necessidades individuais dos pacientes. No estudo transversal de Pio, Tracz e Mercês (2025), realizado com 52 pacientes com câncer em estágio avançado, a média da necessidade de navegação foi de 9,21 pontos (DP=2,25). Embora 61,54% dos participantes não apresentassem necessidade de navegação segundo a classificação utilizada, foram identificadas necessidades relacionadas principalmente ao entendimento parcial da trajetória do tratamento (73,08%), à dificuldade de organização para o tratamento (51,92%; p=0,00001) e ao apoio ou suporte familiar parcial (50%; p=0,023). Maior necessidade de navegação esteve associada a características como idade, menor renda familiar, baixa escolaridade, ausência de atividade física, tabagismo e utilização do sistema público de saúde.

Esses resultados são particularmente relevantes porque demonstram que a necessidade de navegação não é homogênea entre os pacientes. Aspectos sociodemográficos e clínicos podem determinar maior vulnerabilidade durante a trajetória do tratamento, indicando a necessidade de estratégias individualizadas para identificação e enfrentamento das barreiras de acesso e continuidade do cuidado.

No estudo de Moraes et al. (2025), realizado em um hospital público do Sul do Brasil, foram comparadas coortes de pacientes antes e depois da implementação de um programa de navegação durante tratamento quimiorradioterápico concomitante. Foram avaliados 100 pacientes no período pré-navegação e 112 no período pós-navegação. Após a implementação, houve aumento da proporção de pacientes que completaram o tratamento (66% versus 89,3%; p<0,001), além de redução dos atendimentos em serviços de emergência (50% versus 31,3%; p=0,008) e das internações hospitalares (57% versus 33%; p=0,001). Entretanto, na análise multivariada, não foi observado efeito estatisticamente significativo da navegação sobre o desfecho primário, levando os autores a ressaltarem a necessidade de evidências mais robustas para confirmar sua efetividade.

O estudo de Oliveira e Carnut (2021) amplia essa discussão ao abordar a eficiência administrativa relacionada à condução do paciente oncológico no SUS. A revisão identificou inicialmente 25 estudos, dos quais nove foram selecionados para leitura na íntegra. Os autores apontaram como principais limitações para o diagnóstico e tratamento oportunos as dificuldades de acesso à alta complexidade, o déficit de capacidade instalada e, particularmente,

os trâmites administrativos e a burocratização da gestão pública, que podem dificultar a concretização dos prazos estabelecidos para o cuidado oncológico.

O estudo de Araújo et al. sobre a atuação do enfermeiro navegador, por sua vez, caracteriza a navegação como uma prática fundamentada em princípios que envolvem coordenação, liderança, comunicação, educação em saúde, orientação e fornecimento de informações. Os autores destacam a construção de vínculo entre profissional e paciente e o gerenciamento do cuidado como componentes centrais da atuação do enfermeiro navegador.

Outro aspecto identificado na literatura refere-se à continuidade do cuidado. A produção analisada demonstra que a navegação não se limita ao acompanhamento de uma etapa isolada do tratamento, mas pode acompanhar diferentes momentos da trajetória, desde a identificação de necessidades e organização do acesso até o tratamento e acompanhamento de complicações. Nesse sentido, os achados dos estudos convergem para uma concepção de navegação centrada no paciente e orientada à coordenação do percurso assistencial.

Um estudo mais recente realizado na Amazônia comparou períodos anteriores e posteriores à implantação de um Serviço de Navegação de Pacientes para mulheres com câncer de mama. Durante a pandemia, o tempo médio para a realização da intervenção foi aproximadamente 85 dias no grupo sem navegação e 95 dias no grupo acompanhado pelo serviço. Apesar do aumento do tempo no segundo período — influenciado pelo contexto crítico da pandemia em Manaus — os autores destacaram a manutenção do suporte e do cuidado integral proporcionados pelo serviço de navegação.

A síntese dos estudos evidencia, ainda, uma importante convergência entre os diferentes campos analisados: quanto maior a fragmentação da trajetória, a presença de barreiras e as desigualdades de acesso, maior a necessidade de mecanismos capazes de acompanhar ativamente o usuário e articular os diferentes componentes da rede. Nesse sentido, a navegação apresenta-se como uma possibilidade de aproximação entre as necessidades da pessoa com câncer e os recursos disponíveis na RAS, favorecendo a continuidade e a oportunidade do cuidado.

Os estudos analisados demonstraram que a navegação de pacientes constitui estratégia de organização e coordenação do cuidado oncológico, com destaque para a atuação do enfermeiro na identificação de necessidades, orientação, comunicação, educação em saúde e superação de barreiras. Foram observadas reduções nos intervalos entre diferentes etapas da trajetória assistencial após a implantação de programas de navegação, além de maior completude do tratamento e menor utilização de serviços de emergência e internações em determinados contextos. Entretanto, os resultados também indicam que a necessidade de navegação é heterogênea e pode estar relacionada a fatores sociodemográficos, econômicos e clínicos. Persistem ainda barreiras administrativas, estruturais e de acesso que podem comprometer a oportunidade e a continuidade do cuidado.

Quadro1. Síntese dos resultados. Ano: 2026.

Eixo temático	Principais evidências encontradas
Barreiras e facilitadores	Identificação e enfrentamento de barreiras socioeconômicas, organizacionais, informacionais e relacionadas à própria trajetória do tratamento.
Acesso aos serviços	Navegação associada à organização do acesso e à manutenção da assistência, inclusive durante a pandemia.
Coordenação e continuidade do cuidado	Atuação do enfermeiro envolvendo comunicação, orientação, educação, articulação e gerenciamento do cuidado.

DOI: 10.51161/iv-conasus/89885

Eixo temático	Principais evidências encontradas
Tempo e oportunidade do cuidado	Estudos demonstraram redução de intervalos entre indicação/consulta, sintomas/diagnóstico e diagnóstico/tratamento após implantação da navegação.
Necessidades individuais	Necessidades de navegação relacionadas a idade, renda, escolaridade e outras características sociodemográficas e clínicas.
Resultados assistenciais	Após implementação, observaram-se maior completude do tratamento e menor utilização de emergência e internações em um estudo, embora sem confirmação do efeito na análise multivariada.
Enfermeiro navegador	Protagonismo na coordenação, comunicação, orientação, educação em saúde e gerenciamento da trajetória assistencial.
Gestão do SUS	Barreiras administrativas e déficit de capacidade instalada podem comprometer o acesso e o cumprimento dos tempos previstos para diagnóstico e tratamento.

Fonte: Elaborado pelas autoras.

4 CONCLUSÃO

A literatura analisada evidencia que a trajetória da pessoa com câncer é influenciada por múltiplos fatores que ultrapassam a dimensão clínica, envolvendo o reconhecimento de sinais e sintomas, a busca por assistência, o acesso aos serviços, a articulação da Rede de Atenção à Saúde e a oportunidade do diagnóstico e tratamento. Barreiras individuais, sociais, econômicas, geográficas e organizacionais podem produzir atrasos, descontinuidades e desigualdades no cuidado, comprometendo a integralidade e a equidade da assistência.

Os estudos sobre navegação de pacientes apontam resultados promissores na identificação e superação de barreiras, coordenação e continuidade do cuidado, articulação dos diferentes pontos da rede e redução de intervalos na trajetória assistencial. Evidências relacionadas a programas de navegação também sugerem contribuição para o acesso oportuno ao tratamento, especialmente entre populações atendidas pelo SUS. Entretanto, a produção científica brasileira ainda apresenta heterogeneidade quanto aos modelos de navegação e lacunas na avaliação sistemática de seus resultados e das diferentes dimensões que antecedem e influenciam a trajetória oncológica. Assim, a navegação constitui estratégia potencial para qualificar o cuidado oncológico ao articular necessidades individuais, serviços e recursos da rede, favorecendo trajetórias mais oportunas, coordenadas e equitativas.

REFERÊNCIAS

ALBRECHT, C. A.M.; ROSA, R.dosS.; BORDIN, R.. O conceito de equidade na produção científica em saúde: uma revisão. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 26, n. 1, p. 115-128, 2017. DOI: 10.1590/S0104-12902017162684. Disponível em: https://revistas.usp.br/sausoc/pt_BR/article/view/132829/128872

BARROS, F.P.C.de; SOUSA, M.F.de. Equidade: seus conceitos, significações e implicações para o SUS. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 9-18, 2016. DOI: 10.1590/S0104-12902016146195. Disponível em: https://www.scielo.br/j/sausoc/a/Kdc66VGb5mXkMnHTHYkzVPv/abstract/?lang=pt

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm

BRASIL. Lei nº 14.758, de 19 de dezembro de 2023. Institui a Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e o Programa Nacional de Navegação da Pessoa com Diagnóstico de Câncer; e altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 dez. 2023. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2023/lei/l14758.htm

GUINMARÃES, P.C.P., OLIVEIRA, V.C.S., PENA, L.C., MELO, S.M.de, MARTINS, N.B.D., MAIA, C.R.A. (2025). Implementação da navegação no Serviço de Cardio-Oncologia e sua relevância em um Hospital Filantrópico de Belo Horizonte da rede SUS (Sistema Único de Saúde). **Caderno Pedagógico**, *22*(12), e20562. https://doi.org/10.54033/cadpedv22n12-077. Disponível em : https://ojs.studiespublicacoes.com.br/ojs/index.php/cadped/article/view/20562/11347

LOMBARDO, M.S.; POPIM, R.C.. Acesso do paciente à rede oncológica na vigência da "Lei dos Sessenta Dias": revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 73, n. 5, e20190406, 2020. DOI: 10.1590/0034-7167-2019-0406. Disponível em: https://www.scielo.br/j/reben/a/mSZKH85MrfCS78FfTPLkLdM/?lang=en

MAIA, G.K.C.; RAMOS, R.deS.; PAUTASSO, F.F.; SANTOS, C.M.C.dos. História, conceitos e modelos da navegação de pacientes oncológicos por enfermeiros no Brasil. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 71, n. 4, e-195255, 2025. DOI: 10.32635/2176-9745.RBC.2025v71n4.5255. Disponível em: https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/5255/4148

OLIVEIRA, V., CARNUT, L. Eficiência administrativa relacionada à condução do paciente oncológico desde o diagnóstico ao tratamento no Sistema Único de Saúde: primeiros resultados. **J Manag Prim Health Care [Internet]**. 22º de maio de 2021;12(spec):1-2. Disponível em: https://www.jmphc.com.br/jmphc/article/view/1082. Disponível em: https://www.jmphc.com.br/jmphc/article/view/1082/1011

OSORIO, A.P., FLÔR, J.daS., SARAIVA, T.K.G., MAESTRI, R,N, ROHSIG, V, CALEFFI, M. Navegação de enfermagem na atenção ao câncer de mama durante a pandemia: relato de experiência / Nursing navigation in breast cancer care during the pandemic: an experience report. **J. Nurs.Health. [Internet]**. 3º de novembro de 2020;10(4). Disponível em: https://periodicos.ufpel.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/19541

PAUTASSO FF, TREVILATO DD, CAREGNATO RCA, FLORIANI MA, PERTILE N DE M, JUNIOR ADP, et al. Trajetória para implementação de programa de navegação de pacientes na oncologia: relato de experiência. **Online Braz J Nurs [Internet]**. 17º de fevereiro de 2024;22(Suppl 2). Disponível em: https://objnursing.uff.br/nursing/article/view/6691

PAUTASSO FP, OLIVEIRA JL. Fatores associados à necessidade de navegação entre mulheres com câncer de mama. **Acta Paul Enferm**. 2025;38nspe1:eSPE15p. DOI http://dx.doi.org/10.37689/acta-ape/2025SPE15p

PIO EAM, TRACZ R, MERCÊS NNAdas. Necessidades de navegação em pacientes com câncer avançado: estudo transversal. **Online Braz J Nurs [Internet]**. 27º de dezembro de 2025;24(1):e20256909. Disponível em: https://objnursing.uff.br/nursing/article/view/6909

GESTÃO DO CONHECIMENTO EM ATO NA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM ENFERMAGEM: RELATO DE EXPERIÊNCIA DE ESTÁGIO CURRICULAR E PROBLEMATIZAÇÃO EM HOSPITAL DE ALTA COMPLEXIDADE NO SUS

ADRIANA DE FREITAS RANGEL; IZA CRISTINA DOS SANTOS; CAROLINA DI SARLI DE ARÊA LEÃO VILLABOIM; KARLA VALÉRIA PACHECO TEIXEIRA DA SILVA ARCOVERDE; RAYANE MESSIAS MACHADO MOURA; ADRIANA DA COSTA COELHO

RESUMO

Este estudo aborda a vivência do estágio curricular obrigatório em Administração em Enfermagem na Área de Educação Permanente de um Instituto Nacional de alta complexidade do SUS no Rio de Janeiro. A transição para a práxis gerencial frequentemente enfrenta dilemas associados à atuação reativa do enfermeiro, demandando ferramentas pedagógicas que problematizem o cotidiano do trabalho. O objetivo deste trabalho foi descrever e analisar a experiência de estágio, destacando o diagnóstico de demandas na Sala de Simulação Realística, a elaboração de Procedimentos Operacionais Padrão (POP) e o desenvolvimento de competências gerenciais e atitudinais. A metodologia fundamentou-se no relato de experiência associado ao uso do Diário de Campo e à aplicação das cinco etapas do Arco de Maguerez — Observação da Realidade, Pontos-Chave, Teorização, Hipóteses de Solução e Aplicação à Realidade —, aliada aos preceitos da Pirâmide de Aprendizagem de William Glasser. Como resultados, a imersão no serviço permitiu identificar a ausência de documentação padrão e processual e transformar a proposta inicial pontual em uma normatização abrangente para a Sala de Simulação Realística. Foram mapeados cinco eixos operacionais: conservação de manequins, montagem de cenários, gestão de insumos, controle de registros e integração de pessoal (*onboarding*). O processo viabilizou a conversão do conhecimento tácito da equipe técnica em diretrizes institucionais registradas, mitigando impactos de rotatividade e fortalecendo a segurança dos treinamentos. Adicionalmente, a experiência impulsionou o amadurecimento individual em gestão do tempo, proatividade e comunicação assertiva. Conclui-se que o emprego de metodologias ativas e da Educação Permanente em Saúde consolida o SUS como espaço de ensino-aprendizagem, superando a atuação meramente burocrática e capacitando o enfermeiro como liderança transformadora, apta a integrar ensino, pesquisa e inovação na gestão em saúde.

Palavras-chave: Preceptoria; Administração em Enfermagem; Procedimento Operacional Padrão

DOI: 10.51161/iv-conasus/89886

1 INTRODUÇÃO

O estágio curricular obrigatório em Administração em Enfermagem, situado predominantemente no nono período da graduação, representa um momento crucial de transição para a práxis profissional. Nesse cenário, a gestão de enfermagem assume um papel estratégico de liderança, regulação de processos e inovação tecnológica em hospitais de alta complexidade do Sistema Único de Saúde (SUS). Essas instituições atuam como centros formadores, institutos de pesquisa e hospitais de ensino, estando diretamente vinculadas ao Ministério da Saúde. Embora não sejam subordinadas à CAPES ou ao CNPq, mantêm com esses órgãos uma sólida parceria acadêmico-científica.

Este relato de experiência contextualiza a vivência prática desenvolvida na Área de Educação Permanente em Enfermagem, vinculada de forma integrada à Divisão de Enfermagem/Coordenação Assistencial e à Seção de Ensino/Coordenação de Ensino e Pesquisa de um Instituto Nacional de Alta Complexidade, localizado no Rio de Janeiro. A preceptoria responsável possui sólida expertise em gestão hospitalar e em Educação Permanente em Saúde (EPS) no âmbito do SUS, acumulada desde 2007 e 2014, respectivamente. A perspectiva pedagógica adotada fundamenta-se nos princípios da andragogia e da EPS, compreendendo a aprendizagem como um processo mútuo onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano da organização (BRASIL, 2018), de modo significativo e compartilhado entre preceptor e estagiário, que supera a mera execução autônoma de rotinas burocráticas.

Na prática assistencial, seja durante a graduação ou na atuação como enfermeiro, é comum quantificar e qualificar as ações desenvolvidas, tais como: 'realizados dois curativos, cinco punções periféricas, seis consultas de enfermagem e um cateterismo vesical'. Contudo, no cotidiano da administração em enfermagem, é frequente a dificuldade de mensurar as atividades de gestão, prevalecendo a percepção de reatividade e de uma atuação restrita à mediação de conflitos, ao dimensionamento de pessoal, à elaboração de escalas e ao ato de 'apagar incêndios' (MOTA-GERÔNIMO et al., 2019). Para superar essa lacuna durante o estágio de Administração em Enfermagem, estruturou-se o uso do Diário de Campo como ferramenta reflexiva, englobando desde o acolhimento individualizado para o alinhamento de potencialidades até a aplicação de metodologias ativas baseadas na problematização (BAGNASCO et al., 2014).

O objetivo deste estudo é descrever e analisar a experiência de estágio obrigatório em Administração de Enfermagem na Área de Educação Permanente, destacando o processo de identificação de demandas operacionais da Sala de Simulação Realística, a elaboração de Procedimentos Operacionais Padrão (POP) e o desenvolvimento de competências atitudinais e gerenciais à luz do Arco de Maguerez e da Pirâmide de Aprendizagem de William Glasser.

2 RELATO DA EXPERIÊNCIA

O estágio iniciou-se com o acolhimento promovido pela preceptoria, seguido da apresentação da estrutura organizacional da Divisão de Enfermagem e da Seção de Ensino. Na sequência, realizou-se a análise dos POPs institucionais vigentes e da Portaria MS/GM nº 278/2014, que institui as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) e norteia as ações da área, reforçando a cultura de segurança do paciente, prevenção de agravos e padronização dos processos. Durante o reconhecimento dos fluxos na intranet institucional, identificou-se uma oferta de capacitação em Ressuscitação Cardiopulmonar (RCP), evento que motivou a aproximação e a visita à Sala de Simulação Realística, localizada no 12º andar do Instituto.

Inicialmente, delegou-se a elaboração de um Procedimento Operacional Padrão (POP)

voltado pontualmente à rotina de RCP. Paralelamente, o registro reflexivo no Diário de Campo e o incentivo da preceptoria para transformar esse produto gerencial em submissão científica para o IV Congresso Nacional sobre o SUS impulsionaram a compreensão de que o próprio processo de trabalho constitui um objeto legítimo de pesquisa e intervenção no SUS. A imersão diária e a escuta qualificada das técnicas de enfermagem responsáveis pelo setor revelaram que, embora a rotina assistencial funcionasse de forma fluida com base no conhecimento prático individual, inexistia uma documentação formal e normatizada para a gestão da Sala de Simulação Realística.

Ao longo do processo, o escopo do Procedimento Operacional Padrão (POP) evoluiu progressivamente: expandiu-se da temática inicial de RCP para a conservação e manutenção dos manequins e, finalmente, para a padronização integral da subárea. Essa ampliação foi impulsionada pela escuta atenta do relato das técnicas de enfermagem — profissionais com cerca de um ano de atuação no setor que aprenderam as rotinas empiricamente, mediante orientação e supervisão das enfermeiras da área, contudo sem a retaguarda de um guia normativo próprio, com cada processo de trabalho. Apenas o Consolidado de 80 páginas com os Manuais e Especificações de Equipamentos e Manequins, e descritivos de insumos contidos no Regimento da Sala de Simulação Realística, redigido pelas duas enfermeiras da Área de Educação Permanente. Diante dessa constatação, redefiniu-se o produto final para abranger a organização geral da sala, a preparação de cenários e a gestão dos fluxos de insumos.

A vivência também propiciou o enfrentamento de desafios individuais relacionados à gestão do tempo, à objetividade e à proatividade. Situações práticas, como o acesso restrito a uma sala trancada, evidenciaram a necessidade de comunicação assertiva e de busca ativa por suporte institucional, evitando o isolamento reflexivo. Adicionalmente, a elaboração de um cronograma de estagiários entregue sem identificação formal destacou a importância do rigor técnico, da conferência minuciosa e do controle de qualidade, indo além do mero cumprimento de prazos. Da mesma forma, a observação em treinamentos de pós-operatório e de acessos venosos demonstrou que a proatividade gerencial requer a habilidade de escutar, observar e ponderar antes de qualquer posicionamento verbal. Todo esse itinerário formativo contou com o acompanhamento contínuo da preceptoria, pautado em avaliações processuais, trocas mútuas e ajustes constantes na trajetória. .

A síntese das atividades desenvolvidas para a estruturação da Sala de Simulação Realística envolveu a delimitação de cinco macroprocessos organizacionais, conforme apresentado na Tabela 1.

Tabela 1 – Mapeamento dos Processos de Trabalho da Sala de Simulação Realística para Elaboração Normativa

Eixo Operacional	**Processos Mapeados no Estágio**	**Impacto na Gestão do Serviço**
1. Conservação e Manutenção	Higienização, manutenção preventiva e acondicionamento correto dos manequins anatômicos e simuladores.	Preservação do patrimônio tecnológico e prolongamento da vida útil dos equipamentos.

DOI: 10.51161/iv-conasus/89886

2. Montagem de Cenários	Estruturação de estações práticas de RCP (SBV/SAV adulto e pediátrico), pós-operatório imediato e acessos venosos.	Padronização das etapas pedagógicas e garantia da fidelidade dos cenários simulados.
3. Gestão de Insumos	Previsão, provisão e adaptação prática de materiais (ex.: substituição de flaconetes por bolsas de soro).	Racionalização de custos, controle de estoque e alinhamento entre tutor e equipe técnica.
4. Controle e Registros	Alocação de capacidade física (até 8 participantes), preenchimento de Termos de Compromisso, listas de frequência e alimentação da plataforma REDCap.	Consolidação de indicadores de treinamento e rastreabilidade de dados da Educação Permanente.
5. Onboarding de Pessoal	Sistematização do conhecimento tácito em Procedimento Operacional Padrão (POP).	Redução da curva de aprendizado e mitigação da dependência de conhecimento individual .

Fonte: Elaborado pelas autoras (2026).

3 DISCUSSÃO

A análise crítica da vivência demonstra plena consonância entre as atividades desenvolvidas no estágio e os referenciais da Pedagogia da Problematização e da Aprendizagem Ativa. A trajetória vivenciada pela discente reflete as cinco etapas do Arco de Maguerez (BERBEL, 1998; PRADO et al., 2012), sintetizadas a seguir:

1. **Observação da Realidade Concreta:** Imersão no cotidiano do hospital de ensino e registro sistemático no Diário de Campo, identificando o funcionamento empírico e informal da Sala de Simulação Realística;
2. **Pontos-Chave:** Diagnóstico de que a ausência de Procedimentos Operacionais Padrão (POP) formais constituía o nó crítico responsável pela vulnerabilidade na gestão de insumos e na integração (*onboarding*) de novos colaboradores;
3. **Teorização:** Busca e análise crítica da legislação profissional do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN, 2017, 2022), das diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (BRASIL, 2007) e da literatura especializada indexada nas bases de dados SciELO e PubMed para fundamentar a normatização técnica;
4. **Hipóteses de Solução:** Proposição da estrutura abrangente do POP, cobrindo desde o acondicionamento e higienização dos manequins anatômicos até a logística de insumos e o registro no software REDCap;
5. **Aplicação à Realidade:** Intervenção prática concretizada pela redação final do instrumento normativo, alinhamento com a equipe técnica do setor e apresentação das entregas para a gestão do serviço de ensino.

A dinamização desse percurso metodológico encontra sustentação adicional na Pirâmide de Aprendizagem de William Glasser. A transição da discente de atitudes essencialmente passivas (como a leitura isolada de normativas — associada a 10% a 30% de retenção) para condutas ativas baseadas na problematização, no debate com a equipe de enfermagem e na elaboração de instrumentos de gestão (vinculadas a 70% a 95% de retenção) impulsionou o desenvolvimento de competências atitudinais e gerenciais indispensáveis à prática profissional (BAGNASCO et al., 2014).

Figura 1 – O Arco de Maguerez sob a ótica da metodologia problematizadora e retenção do conhecimento no estágio em Administração em Enfermagem

Fonte: Adaptado de Prado et al. (2012) e Glasser (1998) com suporte da ferramenta de IA Gemini (2026).

Figura 2 – Esquema conceitual da problematização e retenção do conhecimento no estágio em gestão de enfermagem

Fonte: Adaptado de Prado et al. (2012) e Glasser (1998) com suporte da ferramenta de IA Gemini (2026).

A preceptoria em Educação Permanente em Enfermagem atuou como indutora da cientificidade ao demonstrar que os problemas cotidianos da gestão constituem a

matéria-prima para a Prática Baseada em Evidências (PBE) (CECCIM, 2005; SIQUEIRA-BATISTA et al., 2014). Reafirmou-se, assim, a concepção do SUS como Escola, conforme estabelecido na Lei nº 8.080/1990. Nesse contexto, a presença do estudante nos cenários práticos estabelece um círculo dinâmico de troca de saberes: o discente deixa a postura de mero espectador e torna-se sujeito ativo na elaboração de instrumentos de gestão. Esse movimento viabiliza a explicitação e o registro do conhecimento tácito dos trabalhadores mais experientes, transformando-o em padrão institucionalizado e mitigando o impacto da rotatividade de pessoal (FARIA et al., 2018). Além disso, a necessidade de acompanhar as intervenções dos estagiários estimula a equipe de saúde a estudar e revisar seus fluxos operacionais, superando a dicotomia entre assistência e gestão e fortalecendo o enfermeiro como agente articulador do ensino, pesquisa e inovação no SUS (DAMIANCE et al., 2019).

Outra oportunidade de construção mútua característica da Educação Permanente em Saúde foi a reflexão sobre a comunicação assertiva como habilidade indispensável a todo profissional. Equivocadamente, a assertividade é por vezes confundida com agressividade ou com a emissão impulsiva de opiniões sem embasamento. Distanciando-se dessa visão errônea, o conceito fundamenta-se na clareza, na honestidade de posicionamento sem rudeza, na escuta ativa e no respeito aos limites interpessoais. Do ponto de vista etimológico, a assertividade deriva de *asserção* (afirmar, posicionar-se com firmeza), e não de *acertar*. Trata-se, portanto, de uma comunicação direta, objetiva e pautada na responsabilidade e na sensibilidade ao contexto. Para o enfermeiro-líder, que atua como monitor e disseminador de informações, a comunicação assertiva garante que as diretrizes administrativas e assistenciais alcancem a equipe na ponta do serviço sem distorções (SOUZA et al., 2025).

4 CONCLUSÃO

A experiência no estágio curricular obrigatório em Administração em Enfermagem na Área de Educação Permanente demonstrou que a gestão em saúde no âmbito do SUS demanda a aplicação de ferramentas sistematizadas de planejamento, comunicação e avaliação reflexiva. O emprego do Diário de Campo e a aplicação do Arco de Maguerez permitiram converter uma demanda operacional da Sala de Simulação Realística na elaboração de um produto gerencial consistente (POP), superando a atuação meramente reativa e a transmissão informal ou exclusivamente oral de rotinas.

Ademais, o percurso formativo impulsionou o amadurecimento profissional da discente quanto à gestão do tempo, à proatividade e ao desenvolvimento da comunicação assertiva. Conclui-se que a articulação entre ensino, serviço e metodologias ativas consolida a Educação Permanente em Saúde como pilar estratégico para a formação de enfermeiros líderes, críticos e aptos a fortalecer a qualidade da gestão e a segurança do cuidado nos hospitais de alta complexidade do SUS.

REFERÊNCIAS

BAGNASCO, A. et al. Using reflective journals to appreciate learning in clinical practice: A qualitative study. **Nurse Education Today**, Edinburgh, v. 34, n. 10, p. 1319-1324, 2014.

BERBEL, N. A. N. A problematização e a aprendizagem baseada em problemas: diferentes termos ou diferentes caminhos? **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 2, n. 2, p. 139-154, 1998.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União: Seção 1, Brasília, DF, p. 18055, 20 set. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.996, de 20 de agosto de 2007**. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Diário Oficial da União: Seção 1, Brasília, DF, p. 34, 22 ago. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde:** o que se tem produzido para o seu fortalecimento? Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde – 1. ed. rev. – Brasília : Ministério da Saúde, 2018.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 161-168, 2005.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução COFEN nº 543/2017**. Atualiza e estabelece parâmetros para o Dimensionamento do Pessoal de Enfermagem nos estabelecimentos de saúde. Brasília: COFEN, 2017.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução COFEN nº 695/2022**. Normatiza a atuação do Enfermeiro no Gerenciamento/Gestão em Enfermagem. Brasília: COFEN, 2022.

DAMIANCE, P. R. M. et al. A formação do enfermeiro para a gestão no SUS: desafios e perspectivas da integração ensino-serviço. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 72, n. 3, p. 770-777, 2019.

FARIA, L. et al. Integração ensino-serviço-comunidade nos cenários de práticas na formação interdisciplinar em Saúde: uma experiência do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) no sul da Bahia, Brasil. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 22, n. 67, p. 1257-1266, 2018.

GLASSER, W. **Choice theory**: a new psychology of personal freedom. New York: HarperCollins, 1998.

MOTA-GERÔNIMO, A. et al. Formação política como ferramenta transformadora de uma profissão: a realidade da enfermagem desde a academia. *In*: MIGOTO, Michelle Thais (org.). **Fundamentos da Enfermagem 3**. Ponta Grossa: Atena Editora, 2019. cap. 15, p. 189-201. DOI: 10.22533/at.ed.16919120215.

PRADO, M. L. et al. Arco de Maguerez: refletindo estratégias de metodologia ativa no ensino da enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 65, n. 1, p. 172-177, 2012.

SIQUEIRA-BATISTA, R. et al. Educação permanente em saúde, preceptoria e tutoria: conceitos e práticas no âmbito do SUS. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, v. 38, n. 4, p. 516-522, 2014.

SOUZA, B. A. et al. A importância da comunicação assertiva no processo cirúrgico. **Revista Foco**, v. 18, n. 3, e8086, p. 1-22, 2025.

CIRURGIA ROBÓTICA NO TRATAMENTO DO CÂNCER COLORRETAL:BENEFÍCIOS, LIMITAÇÕES E DESFECHOS ONCOLÓGICOS

ARYELLE ROSY SILVA SANTOS

Introdução: A cirurgia colorretal abrange uma variedade de procedimentos destinados ao tratamento de doenças como pólipos, cânceres e obstruções intestinais, realizados por abordagens abertas, laparoscópicas ou robóticas . A cirurgia robótica para câncer colorretal apresenta diversas vantagens em relação à cirurgia convencional na realização de dissecções precisas. Ela proporciona ao cirurgião uma visão cirúrgica tridimensional, elimina a trepidação dos instrumentos e reduz o movimento da interface robótica. **Objetivo:** Relatar os principais benefícios, limitações e desfechos clínicos e oncológicos relacionados à utilização da cirurgia robótica no tratamento do câncer colorretal. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão sistemática da literatura, que será realizada mediante busca nas bases PubMed, Embase, SciELO e Cochrane Library, utilizando descritores relacionados à cirurgia robótica, câncer colorretal e cirurgia laparoscópica. Serão considerados estudos que comparam abordagens cirúrgicas quanto aos resultados perioperatórios, complicações e desfechos oncológicos. **Resultados:** Os estudos evidenciaram que a cirurgia robótica apresenta benefícios técnicos relacionados à visão tridimensional, maior precisão dos movimentos, articulação dos instrumentos e melhor ergonomia, favorecendo a realização de dissecções complexas. Também foram descritos benefícios perioperatórios, como menor perda sanguínea, redução de algumas complicações e recuperação mais rápida, além de menor necessidade de conversão para cirurgia aberta em determinados cenários. No câncer retal, a abordagem robótica também demonstra potencial para favorecer resultados funcionais, embora os estudos apresentem resultados divergentes quanto à magnitude desses benefícios. Entre as limitações destacam-se o elevado custo, maior tempo operatório, necessidade de infraestrutura específica e curva de aprendizado da equipe cirúrgica. Quanto aos desfechos oncológicos, as evidências disponíveis indicam resultados semelhantes aos da cirurgia laparoscópica, incluindo taxas de recorrência e sobrevida, não havendo demonstração consistente de superioridade da técnica robótica em longo prazo. **Conclusão:** A cirurgia robótica constitui uma alternativa segura e tecnicamente promissora para o tratamento do câncer colorretal, apresentando benefícios relacionados à precisão cirúrgica, visualização anatômica e potencial redução de conversões para cirurgia aberta. Apesar das limitações relacionadas aos custos, tempo operatório e necessidade de capacitação especializada, os resultados clínicos e oncológicos são, de modo geral, comparáveis aos da laparoscopia. Sua indicação deve ser individualizada, considerando as características do paciente, a complexidade do procedimento e a experiência da equipe.

Palavras-chave: **CIRUGIA ROBÓTICA; NOPLASIA COLORRETAL; ONCOLOGIA**

DOI: 10.51161/iv-conasus/89896

ROBOTICA

DOI: 10.51161/iv-conasus/89896

SAÚDE MENTAL DE ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS: ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO E SUAS POSSIBILIDADES DE ARTICULAÇÃO COM O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

FABIANA CASAROLI LIMA; PAULO AUTRAN LEITE LIMA

RESUMO

A saúde mental de estudantes universitários constitui uma questão relevante para a saúde pública, considerando a exposição dessa população a diferentes demandas acadêmicas, sociais e econômicas e a ocorrência de sintomas de ansiedade, depressão, estresse e sofrimento psicológico. Este estudo tem como objetivo analisar as evidências científicas sobre estratégias de prevenção e promoção da saúde mental de estudantes universitários, identificando seus principais resultados e suas possibilidades de articulação com o Sistema Único de Saúde, especialmente no âmbito da Atenção Primária à Saúde. Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, de natureza descritiva, com busca nas bases PubMed/MEDLINE, LILACS/BVS e SciELO, incluindo estudos publicados entre janeiro de 2020 e agosto de 2026, em português, inglês ou espanhol. As evidências identificadas demonstram resultados favoráveis para intervenções psicológicas, mindfulness, estratégias cognitivas, atividade física e tecnologias digitais, embora a qualidade e a certeza das evidências variem entre os estudos. Dados brasileiros também demonstram a utilização de serviços financiados pelo SUS e de unidades básicas de saúde por estudantes universitários, evidenciando oportunidades para ações preventivas e de promoção. Conclui-se que a saúde mental universitária pode ser abordada por estratégias diversificadas e articuladas entre instituições de ensino e serviços de saúde, com potencial de integração ao SUS por meio da Atenção Primária, de ações coletivas, educação em saúde, identificação precoce e cuidado em rede.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Promoção do bem-estar; Sofrimento psicológico.

DOI: 10.51161/iv-conasus/89916

1 INTRODUÇÃO

A saúde mental é uma dimensão essencial da saúde e do bem-estar, constituindo um importante desafio para a saúde pública contemporânea devido à sua frequência, aos impactos na qualidade de vida e às consequências sociais, acadêmicas e econômicas associadas ao sofrimento psíquico. Nesse cenário, os estudantes universitários demandam atenção específica, pois o período de formação acadêmica envolve mudanças sociais, familiares e econômicas, exigências de desempenho, construção da identidade profissional e adaptação a novas responsabilidades (World Health Organization, 2022).

Essa população pode apresentar sintomas de ansiedade, depressão, estresse e outras dificuldades relacionadas à saúde mental. Tais manifestações não devem ser compreendidas apenas como questões individuais ou vinculadas ao desempenho acadêmico, mas como fenômenos influenciados por determinantes sociais, condições de vida, relações interpessoais, ambiente educacional e acesso aos serviços de saúde. Uma umbrella review recente reuniu evidências de revisões sistemáticas sobre intervenções psicossociais direcionadas a universitários e identificou resultados favoráveis para algumas estratégias de promoção e cuidado em saúde mental, embora com diferentes níveis de certeza das evidências (Muriago et al., 2026).

No Brasil, a relevância da saúde mental universitária também é evidenciada por estudos de abrangência nacional. Mota et al. (2026), com dados da Pesquisa Nacional de Saúde de 2019, analisaram jovens de 18 a 24 anos e compararam estudantes universitários e não estudantes quanto a indicadores de saúde mental. Os resultados reforçam a necessidade de atenção a essa população, bem como da identificação de grupos potencialmente mais vulneráveis, contribuindo para o planejamento de estratégias de prevenção e promoção da saúde no contexto universitário (Mota et al., 2026).

A discussão torna-se ainda mais relevante no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), instituído pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pelas Leis nº 8.080/1990 e nº 8.142/1990. Fundamentado nos princípios da universalidade, integralidade e equidade, o SUS reconhece a saúde como direito de todos e dever do Estado. Dessa forma, a saúde mental deve ser entendida como parte integrante do cuidado em saúde e das políticas de promoção, prevenção e atenção integral, não se restringindo aos serviços especializados.

A organização do SUS permite compreender a saúde mental a partir de uma perspectiva de cuidado em rede, na qual diferentes serviços e níveis de atenção atuam de forma articulada. Nesse contexto, a Atenção Primária à Saúde ocupa posição estratégica por ser uma importante porta de entrada do sistema e por desenvolver ações de promoção da saúde, prevenção de agravos, identificação de necessidades e acompanhamento dos usuários. Assim, o cuidado em saúde mental dos universitários pode incluir não apenas atendimento individual, mas também ações educativas, preventivas e coletivas articuladas aos territórios onde esses estudantes vivem e estudam.

A relação entre universitários e a rede pública de saúde já pode ser observada empiricamente. Em estudo realizado com estudantes da Universidade Federal de Pelotas, Könsgen et al. (2021) identificaram utilização significativa de serviços de saúde, incluindo aqueles financiados pelo SUS e as unidades básicas de saúde. A procura por serviços por motivos preventivos demonstra que os estudantes estão inseridos na rede pública e que há possibilidade de ampliar estratégias de prevenção e promoção da saúde mental voltadas a essa população (Könsgen et al., 2021).

A literatura aponta diferentes possibilidades de intervenção, incluindo exercício físico, mindfulness, intervenções cognitivo-comportamentais e intervenções psicológicas, com resultados favoráveis para diferentes problemas de saúde mental entre universitários. Essas estratégias

DOI: 10.51161/iv-conasus/89916

demonstram que a promoção da saúde mental pode ultrapassar intervenções psicoterapêuticas tradicionais, embora sua adaptação às necessidades específicas dessa população permaneça necessária (Huang et al., 2024; Barnett et al., 2021). As tecnologias digitais também têm apresentado resultados favoráveis para sintomas de depressão e ansiedade, mas sua implementação deve considerar a qualidade das evidências, as desigualdades de acesso, a segurança das informações e a articulação com os serviços de saúde, considerando os resultados heterogêneos e as limitações metodológicas identificadas em parte dos estudos (Madrid-Cagigal et al., 2025; Zhan et al., 2026; Fialho et al., 2025).

A complexidade da saúde mental universitária exige articulação entre universidades e serviços de saúde. As instituições de ensino podem desenvolver ações de educação em saúde, prevenção, identificação precoce de necessidades e promoção do bem-estar, enquanto o SUS pode contribuir para o acolhimento, acompanhamento e cuidado dos estudantes, especialmente por meio da Atenção Primária à Saúde e da Rede de Atenção à Saúde. Graner et al. (2022) destacam a importância de políticas institucionais, programas de atenção à saúde mental, estratégias educativas e monitoramento das necessidades dos estudantes, além da integração entre as instituições de ensino e os serviços de saúde.

Diante da crescente produção científica sobre saúde mental universitária, torna-se necessário analisar as evidências disponíveis sob a perspectiva da saúde pública brasileira, considerando as possibilidades de articulação com o SUS e a Atenção Primária à Saúde. Assim, este estudo justifica-se pela relevância da saúde mental dos estudantes universitários como questão de saúde pública e tem como objetivo analisar evidências científicas sobre estratégias de prevenção e promoção da saúde mental dessa população, identificando seus principais resultados e suas possibilidades de articulação com o Sistema Único de Saúde.

2 MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, de natureza descritiva, destinada a reunir e sintetizar evidências científicas relacionadas à saúde mental de estudantes universitários, com ênfase nas estratégias de prevenção e promoção da saúde e em suas possibilidades de articulação com o SUS.

A questão norteadora da investigação trata-se de quais estratégias de prevenção e promoção da saúde mental de estudantes universitários são descritas na literatura recente e quais possibilidades de articulação com o Sistema Único de Saúde são identificadas?

A busca bibliográfica foi realizada nas bases PubMed/MEDLINE, LILACS/BVS e SciELO. Foi utilizado descritores relacionados a estudantes universitários, saúde mental, promoção da saúde, prevenção, Atenção Primária à Saúde, Sistema Único de Saúde e saúde digital, combinados por operadores booleanos.

Os estudos publicados entre janeiro de 2020 e agosto de 2026, em português, inglês ou espanhol, que abordem estudantes universitários e apresentem relação com saúde mental, prevenção, promoção, intervenções, acesso aos serviços ou organização do cuidado.

Foram excluídos estudos duplicados, editoriais, cartas, opiniões, protocolos sem resultados, estudos sem relação direta com a questão norteadora e trabalhos cujo texto completo não esteja disponível.

A seleção foi realizada inicialmente mediante leitura dos títulos e resumos, seguida da leitura integral dos estudos potencialmente elegíveis. As informações foram organizadas em uma matriz contendo autor, ano, país, desenho do estudo, população, tamanho da amostra, problema de

saúde mental investigado, intervenção ou estratégia analisada, principais resultados, limitações e possibilidade de articulação com o SUS.

O processo de identificação e seleção foi apresentado de maneira transparente, utilizando elementos de relato recomendados, sem caracterizar o presente estudo como revisão sistemática.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os estudos identificados demonstram evidências provenientes de estudos epidemiológicos, revisões sistemáticas, meta-análises, umbrella reviews e revisões rápidas. Essa diversidade permite analisar o fenômeno tanto sob a perspectiva da magnitude dos problemas de saúde mental quanto da efetividade e das possibilidades de implementação das estratégias de prevenção e promoção.

No contexto brasileiro, o estudo de Mota et al. (2026), baseado em dados da Pesquisa Nacional de Saúde de 2019 e realizado com 12.633 jovens de 18 a 24 anos — incluindo 2.269 estudantes universitários —, comparou indicadores de saúde mental entre universitários e não estudantes em âmbito nacional. Os resultados mostraram que os estudantes apresentaram maior prevalência de depressão autorreferida, com razão de prevalência ajustada de 1,58, embora o intervalo de confiança incluísse a unidade, além de maiores razões de prevalência para rastreamento positivo de depressão (1,21) e outros diagnósticos psiquiátricos (1,26). Entre os homens, os estudantes universitários apresentaram prevalências mais elevadas em todos os desfechos analisados, reforçando a necessidade de atenção à saúde mental dessa população.

O estudo de Könsgen et al. (2021), realizado com 1.865 estudantes da Universidade Federal de Pelotas. No estudo 55,8% dos 1.865 estudantes incluídos utilizaram serviços de saúde no período de 12 meses; 22,6% utilizaram unidades básicas de saúde, 45,9% utilizaram serviços financiados pelo SUS e 49,1% procuraram os serviços por motivos preventivos.

No campo das intervenções, a umbrella review de Muriago et al. (2026) reuniu 34 revisões sistemáticas e, após a retirada de sobreposições, analisou 28 meta-análises provenientes de 12 revisões. Esse conjunto de evidências apresentou resultados favoráveis especialmente para intervenções baseadas em mindfulness e intervenções cognitivas. As evidências identificadas apontam resultados favoráveis para diferentes modalidades de intervenção psicossocial. Muriago et al. (2026) encontraram evidências altamente sugestivas para intervenções baseadas em mindfulness em relação ao sofrimento psicológico, com tamanho de efeito padronizado de −0,40. Também foram encontradas evidências sugestivas para mindfulness em ansiedade (−0,54) e depressão (−0,52), além de intervenções cognitivas para ansiedade (−0,48) e depressão (−0,60).

Esses resultados são complementados pela revisão de Barnett et al. (2021), que incluiu 84 estudos e encontrou efeitos promissores de intervenções psicológicas seletivas e indicadas para ansiedade, depressão e transtornos alimentares entre universitários.

A umbrella review de 2024, composta por 19 artigos e 74 meta-análises, encontrou evidências de eficácia para intervenções baseadas em exercício, intervenções cognitivo-comportamentais e mindfulness. Entre as estratégias analisadas, o exercício apresentou os maiores tamanhos de efeito para depressão e ansiedade em estudantes universitários. Esse resultado amplia a compreensão de promoção da saúde mental, demonstrando que estratégias de promoção não precisam estar restritas ao atendimento especializado. Atividades físicas e outras estratégias relacionadas ao estilo de vida podem constituir componentes de ações preventivas e coletivas, especialmente quando desenvolvidas em articulação com ambientes educacionais, serviços de saúde e comunidade.

DOI: 10.51161/iv-conasus/89916

As intervenções digitais constituem uma das categorias com maior crescimento recente. Madrid-Cagigal et al. (2025) identificaram 34 estudos elegíveis, dos quais 21 ensaios clínicos randomizados foram incluídos na meta-análise. O efeito global favoreceu as intervenções digitais para depressão, com tamanho de efeito de 0,55, e ansiedade, com tamanho de efeito de 0,46.

Zhan et al. (2026) também identificaram resultados positivos. A meta-análise incluiu 22 ensaios clínicos randomizados, envolvendo 3.655 participantes, dos quais 3.041 foram analisados. As intervenções digitais produziram reduções estatisticamente significativas nos sintomas de estresse, ansiedade e depressão.

Entretanto, os resultados não devem ser interpretados de maneira exclusivamente positiva. Fialho et al. (2025) identificaram 24 estudos entre 1.132 artigos rastreados. Embora 42% tenham apresentado efeitos significativos na direção esperada para saúde mental, 58% apresentaram algumas preocupações metodológicas e 29% foram classificados como de alto risco de viés. Dessa forma, as intervenções digitais apresentam potencial, mas sua implementação deve ser acompanhada por avaliação da qualidade das evidências e das condições de acesso e utilização.

O estudo de Könsgen et al. (2021) é particularmente importante para essa discussão porque demonstra que quase metade dos estudantes avaliados utilizou serviços financiados pelo SUS e que aproximadamente um quarto utilizou unidades básicas de saúde.

A literatura sobre intervenções demonstra, entretanto, que não existe uma única estratégia capaz de responder à complexidade da saúde mental universitária. As evidências favoráveis para mindfulness, intervenções cognitivas, exercício físico e intervenções psicológicas sugerem que diferentes estratégias podem atuar sobre diferentes dimensões do sofrimento psíquico. Muriago et al. (2026), por exemplo, encontraram efeitos favoráveis para diferentes modalidades, mas também classificaram a certeza das evidências como variável.

A saúde digital apresenta uma possibilidade adicional, especialmente em razão de seu potencial de ampliar o acesso e reduzir algumas barreiras relacionadas à disponibilidade de profissionais. Madrid-Cagigal et al. (2025) encontraram efeitos médios favoráveis das intervenções digitais para depressão e ansiedade, enquanto Zhan et al. (2026) encontraram reduções significativas para estresse, ansiedade e depressão.

A implementação de tecnologias digitais no SUS precisa considerar desigualdades de acesso, letramento digital, privacidade, qualidade das intervenções e necessidade de articulação com profissionais e serviços. A revisão de Fialho et al. (2025), ao identificar preocupações metodológicas em parcela significativa dos estudos, demonstra que a existência de eficácia potencial não é suficiente para justificar uma implementação indiscriminada.

Nesse sentido, a promoção da saúde mental universitária pode ser estruturada a partir de uma combinação de estratégias. A universidade pode funcionar como espaço privilegiado para educação em saúde, identificação precoce, promoção de atividades físicas, fortalecimento das redes sociais, desenvolvimento de ações coletivas e encaminhamento de estudantes que necessitem de cuidado especializado. Os serviços do SUS, especialmente a Atenção Primária, podem contribuir com acolhimento, acompanhamento, prevenção, cuidado compartilhado e articulação com os demais pontos da Rede de Atenção à Saúde.

Essa perspectiva também se aproxima das recomendações encontradas na revisão rápida de Graner et al. (2022), que destacou a necessidade de políticas institucionais de saúde mental, ampliação e integração dos programas de cuidado, estratégias educativas e de comunicação e monitoramento contínuo das necessidades dos estudantes.

Portanto, a principal contribuição dos achados para o SUS está na possibilidade de deslocar a discussão da saúde mental universitária de um modelo predominantemente centrado no tratamento para uma perspectiva de promoção, prevenção, identificação precoce, cuidado integral

e articulação intersetorial. Essa abordagem é especialmente compatível com a Atenção Primária à Saúde e com a perspectiva de integração ensino-serviço-comunidade.

4 CONCLUSÃO

As evidências analisadas indicam que a saúde mental de estudantes universitários é uma questão relevante de saúde pública, podendo ser promovida e prevenida por estratégias como intervenções psicológicas e cognitivas, mindfulness, atividade física e tecnologias digitais, que apresentam resultados favoráveis na redução do sofrimento psicológico, da ansiedade e da depressão. No contexto brasileiro, a utilização de serviços financiados pelo SUS e de Unidades Básicas de Saúde por universitários evidencia a possibilidade de ampliar ações voltadas a esse público na rede pública, especialmente na Atenção Primária à Saúde. Dessa forma, a articulação entre instituições de ensino e SUS pode fortalecer iniciativas de educação em saúde, estilos de vida saudáveis, ações coletivas e intervenções digitais, desde que sejam consideradas a qualidade das evidências, a equidade no acesso, os recursos disponíveis, a capacitação profissional e as particularidades de cada território.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, [1990]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 12 ago. 2026

BRASIL. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, [1990]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm. Acesso em: 12 ago. 2026

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 31 ago. 2026

BARNETT, P. *et al.* The efficacy of psychological interventions for the prevention and treatment of mental health disorders in university students: A systematic review and meta-analysis. **Clinical Psychology Review**, v. 84, 101967, 2021.

FIALHO, P. M. M.; WENING, V.; HEUMANN, E.; MÜLLER, M.; STOCK, C.; PISCHKE, C. R. (2025). Digital public health interventions for the promotion of mental well-being and health behaviors among university students: **A rapid review**. BMC Public Health, 25, 2500. https://doi.org/10.1186/s12889-025-23669-1

GRANER, K. M.; CERQUEIRA, A. T. A. R. (2019). Revisão integrativa: Sofrimento psíquico em estudantes universitários e fatores associados. **Ciência & Saúde Coletiva**, 24(4), 1327–1346. https://doi.org/10.1590/1413-81232018244.09692017

KÖNSGEN, B. I.; NUNES, B. P.; FACCHINI, L. A.; TOMASI, E. (2021). Health service utilization and associated factors, among students at the Federal University of Pelotas, Brazil: A cross-sectional study, 2018. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, 30(3).

MADRID-CAGIGAL, A.; KEALY, C.; POTTS, C.; MULVENNA, M. D.; BYRNE, M.; BARRY, M. M.; DONOHOE, G. (2025). Digital mental health interventions for university students with mental health difficulties: **A systematic review and meta-analysis**. Early Intervention in Psychiatry, 19(3), e70017. https://doi.org/10.1111/eip.70017

MOTA, J. C.; CUNHA, A. P.; ANZOLIN, A. P.; KAPCZINSKI, F.; COSTA, G. L. A.; CZEPIELEWSKI, L. S.; NASCIMENTO SILVA, P. L.; SERAFIM, P. H. M.; RAUPP, R. M.; DE BONI, R. B. (2026). Comparing the prevalence of mental health disorders among university students and non-students in the Brazilian National Health Survey. **Public Health**, 258, 106408. https://doi.org/10.1016/j.puhe.2026.106408

MURIAGO, G.; CHICCOLI, A.; PAPOLA, D.; COMPRI, B.; TURRINI, G.; NOSE, M.; BARBUI, C. (2026). Mental health in university students: An umbrella review grading the evidence for psychosocial interventions**. BMJ Mental Health**, 29(1), e302323.

ZHAN, X.; ZENG, J.; ZHU, D.; CHEN, Y.; ZHANG, J.; LI, S.; HUANG, L. (2026). **Effectiveness of digital health interventions on stress, anxiety, and depression in university students:** J. Vis. Exp. (227), e69949, doi:10.3791/69949 (2026).

WORLD HEALTH ORGANIZATION. (2022). Organização Mundial da Saúde. **Relatório mundial sobre saúde mental.** Transformando a saúde mental para todos. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2022.

PRÉ-NATAL DE QUALIDADE: A IMPORTÂNCIA DA SUPLEMENTAÇÃO DE ÁCIDO FÓLICO NA PREVENÇÃO DOS DEFEITOS DO TUBO NEURAL

THIAGO OLIVEIRA ALVES FARIAS[1]; ALINE DE MELO RODRIGUES[2]; DAISY GABRIELE ROCHA DA SILVA[2]; JEISON AGUIAR DE SIQUEIRA FILHO[3]; MARYANA SANTANA BORGES[2]; SARAH LARISSA DA SILVA TEIXEIRA TABOSA[2]; VANESSA JUVINO DE SOUSA[4]

[1]Bacharelando em Enfermagem, Centro Universitário Tabosa de Almeida - ASCES-UNITA
[2]Bacharelanda em Enfermagem, Centro Universitário Tabosa de Almeida - ASCES-UNITA
[3]Bacharelando em Medicina, Centro Universitário Tabosa de Almeida - ASCES-UNITA
[4]Docente do curso Bacharelado em Enfermagem, Centro Universitário Tabosa de Almeida - ASCES-UNITA

RESUMO

A assistência pré-natal qualificada é indispensável para promover a saúde materna e prevenir complicações no desenvolvimento embrionário, dentre as quais se destacam os defeitos do tubo neural (DTN), como a anencefalia e a espinha bífida. O objetivo deste estudo consistiu em identificar a importância da suplementação de ácido fólico na prevenção dos DTN no âmbito do pré-natal de qualidade, identificando evidências científicas, desafios para adesão terapêutica e a relevância do planejamento familiar. Trata-se de uma revisão integrativa da literatura desenvolvida em etapas sistemáticas, orientada pelo acrônimo PICo. A busca foi realizada nas bases de dados LILACS, MEDLINE, BDENF e SciELO, utilizando os descritores "Assistência Pré-Natal", "Ácido Fólico" e "Tubo Neural" combinados pelo operador booleano "AND". Estabeleceram-se como critérios de inclusão artigos completos em português, inglês e espanhol, publicados entre 2020 e 2024, resultando em uma amostra final de 11 estudos. Os resultados evidenciam que a administração periconcepcional de ácido fólico reduz em até 70% o surgimento de malformações no sistema nervoso central, atuando diretamente na síntese de nucleotídeos e na divisão celular durante a neurulação. Contudo, o principal obstáculo para a efetividade da medida é o início tardio da suplementação, frequentemente iniciado após a confirmação do diagnóstico de gravidez, momento em que a estrutura neural embrionária já se encontra totalmente fechada. Além disso, barreiras socioeconômicas, baixa escolaridade e captação tardia na Atenção Primária comprometem a adesão. Conclui-se que assegurar o uso oportuno do micronutriente no período periconcepcional é fundamental para elevar o padrão de qualidade do acompanhamento gestacional e reduzir agravos fetais. Recomenda-se o fortalecimento do planejamento reprodutivo, a capacitação profissional e a ampliação da busca ativa no território.

Palavras-chave: Anomalias congênitas; Atenção primária; Planejamento familiar.

1 INTRODUÇÃO

A assistência pré-natal qualificada é um dos pilares mais fundamentais para assegurar a promoção da saúde materna e a prevenção de complicações no desenvolvimento embrionário. Durante as primeiras semanas de gestação, ocorrem processos morfogenéticos complexos que demandam aporte nutricional adequado e acompanhamento multiprofissional contínuo. Dentre as alterações congênitas mais graves do período embriológico, destacam-se os defeitos do tubo neural, condição que impacta severamente a viabilidade e a qualidade de vida do recém-nascido. Nesse panorama, a identificação precoce de riscos e a adoção de medidas profiláticas eficientes na Atenção Primária constituem diretrizes indispensáveis para a redução das taxas de morbimortalidade infantil e consolidação de intervenções efetivas (Almeida; Santos, 2022).

O tubo neural estrutura-se nas primeiras quatro semanas após a concepção, estágio em que a maioria das mulheres ainda não identificou a gestação, tornando a prevenção prévia uma meta essencial para a saúde pública. Quando o suporte de folato é insuficiente nessa janela crítica, elevam-se os riscos de falhas no fechamento neuróporo, gerando sequelas irreversíveis. Diante desse desafio, a atuação da equipe de saúde necessita ir além da prescrição rotineira, integrando educação em saúde, rastreio de fatores de risco e busca ativa. Promover uma assistência pré-natal integrativa e centrada na gestante é o mecanismo primordial para assegurar que a suplementação periconcepcional ocorra de maneira oportuna e universal (Ferreira, et al., 2022).

A justificativa para a abordagem deste tema apoia-se no expressivo impacto epidemiológico, social e econômico que as malformações do sistema nervoso central representam para as famílias e para o sistema de saúde. Embora a fortificação de alimentos e a distribuição de suplementos sejam estratégias conhecidas, persistem lacunas na adesão ao tratamento profilático devido a fatores sociodemográficos, falhas na orientação profissional e captação tardia das gestantes. O planejamento reprodutivo e o conhecimento sobre o momento exato de iniciar a micronutrição são determinantes para reverter a descontinuidade do cuidado. Assim, fundamentar a importância da suplementação adequada de ácido fólico permite direcionar ações educativas mais resolutivas no pré-natal (Costa; Mendes, 2021).

Diante da relevância da profilaxia micronutricional no ciclo gravídico, este estudo delimita sua investigação na análise das evidências científicas que sustentam a assistência preventiva. O objetivo geral deste trabalho consiste em analisar a importância da suplementação de ácido fólico na prevenção dos defeitos do tubo neural no âmbito da assistência pré-natal de qualidade, identificando as principais evidências científicas, os desafios para a adesão terapêutica e a relevância do planejamento familiar como ferramenta estratégica para a captação precoce da gestante na atenção primária à saúde (Gomes; Ferreira, 2023).

2 MATERIAL E MÉTODOS

O presente estudo consiste em uma revisão integrativa da literatura associada a moldes sistemáticos de construção. Para o seu desenvolvimento, três etapas foram estabelecidas: 1- escolha do tema, dos objetivos e da pergunta norteadora; 2- definição dos critérios de inclusão e de exclusão; 3- produção científica.

Ademais, a pergunta de pesquisa que norteia este estudo é: “quais são as evidências científicas sobre a importância da suplementação de ácido fólico durante o pré-natal para a prevenção dos defeitos do tubo neural e a promoção da saúde materno-fetal?”, fundamentada no acrônimo PICo, que, além de outros fatores, observa o contexto social.

Sendo assim, como etapa inicial, realizou-se a associação dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) ao operador booleano “AND”, sendo eles: “Assistência Pré-Natal”, “Ácido Fólico”, “Tubo Neural”. Na primeira pesquisa, obteve-se uma amostra total de 501 artigos na busca de bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde

(LILACS), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), Base de Dados em Enfermagem (BDENF) e Scientific Electronic Library Online (SciELO).

Consoante a isso, os critérios de inclusão foram: escritos nos idiomas português, inglês e espanhol, publicados entre os anos de 2020-2024 e com temática central a importância da suplementação periconcepcional de ácido fólico no âmbito da assistência pré-natal como estratégia fundamental de prevenção primária dos defeitos do tubo neural (DTN) em recém-nascidos.

Outrossim, os de exclusão: relatos de casos e de experiência, revisões de literatura, duplicatas, Trabalhos de Conclusão de Curso (TCC), teses, dissertações e produções que discorriam sobre uma condição clínica ou uma situação social específica.

Destarte, para condução da revisão bibliográfica, cinco etapas foram definidas, sendo: 1- Detecção de duplicatas; 2- Leitura e análise dos títulos; 3- Observação dos resumos; 4- Avaliação integral dos textos; 5- Obtenção da amostra final. Após as suas devidas aplicações, na última etapa, foi-se adquirida uma amostra final de 11 artigos.

Portanto, cabe ressaltar que os preceitos éticos, os direitos autorais, a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD) e o Código Penal brasileiro foram respeitados ao longo de todo o capítulo, assim como devidamente citados durante a revisão.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise dos estudos evidencia que a administração periconcepcional do ácido fólico reduz em até 70% o surgimento de malformações congênitas do sistema nervoso central, como a anencefalia e a espinha bífida. O mecanismo de ação do folato está associado à síntese de nucleotídeos e à divisão celular acelerada no embrião, tornando sua presença imprescindível nas etapas de neurulação. Quando os níveis séricos da vitamina se mantêm adequados no período de formação da placa neural, a incidência de falhas estruturais cai drasticamente. Dessa forma, os dados científicos reiteram que a profilaxia com o micronutriente é uma das intervenções preventivas de maior custo-benefício disponíveis no cuidado em saúde (Souza, *et al*., 2020).

Embora os benefícios da suplementação profilática sejam amplamente comprovados, a literatura destaca que o maior gargalo preventivo reside no início tardio da administração do fármaco. A maioria das gestantes inicia o uso do ácido fólico somente após a confirmação do diagnóstico de gravidez no pré-natal, momento em que o tubo neural embrionário já se encontra totalmente fechado. Essa defasagem temporal anula a eficácia preventiva primária contra os defeitos de fechamento neural. Estratégias focadas na consulta pré-concepcional e no fortalecimento do planejamento reprodutivo revelam-se, portanto, cruciais para que a vitamina atinja concentrações terapêuticas antes da concepção (Silva, *et al*., 2021).

A eficácia do acompanhamento gestacional está intrinsecamente ligada à superação de barreiras socioeconômicas e culturais que afetam a adesão das mulheres às recomendações nutricionais. Fatores como baixa escolaridade, menor renda familiar, gestações não planejadas e falta de informação sobre a finalidade da medicação comprometem a continuidade do tratamento. O acolhimento humanizado, aliado a explicações claras prestadas pelos profissionais nas Unidades Básicas de Saúde, aumenta significativamente a fidelização das pacientes às condutas terapêuticas propostas. É vital que a equipe identifique os determinantes sociais para intervir de modo individualizado e resolutivo no pré-natal (Martins, *et al.*, 2022).

Outro ponto amplamente discutido nos trabalhos refere-se à complementariedade entre as políticas de fortificação alimentar compulsória e a suplementação medicamentosa individualizada. A adição de ferro e ácido fólico nas farinhas de trigo e milho garantiu um aporte basal importante para a população feminina geral, resultando na queda dos índices populacionais de anomalias neurais. Contudo, essa medida governamental isolada não

substitui a necessidade da dosagem profilática recomendada para mulheres que planejam engravidar. O acompanhamento pré-natal deve garantir a prescrição do suplemento oral para atingir as necessidades metabólicas aumentadas na gestação inicial (Lima; Rodrigues, 2023).

A qualidade das pesquisas sobre prevenção primária depende do emprego de metodologias rigorosas capazes de mensurar com precisão o impacto das intervenções em saúde pública. A utilização de delineamentos epidemiológicos bem estruturados permite mapear as taxas de prevalência dos defeitos congênitos e avaliar o grau de cobertura das ações preventivas nos territórios. A integração entre achados empíricos e práticas assistenciais fortalece a formulação de protocolos clínicos baseados em evidências científicas sólidas. Dessa maneira, o aprimoramento contínuo das abordagens metodológicas sustenta a tomada de decisão profissional para a melhoria dos serviços na saúde da mulher (Moraes; Oliveira, 2021).

A atuação multiprofissional integrada destaca-se na literatura como elemento transformador para a consolidação de uma assistência pré-natal de excelência. A coordenação do cuidado entre enfermeiros, médicos e nutricionistas potencializa a identificação precoce de gestantes e favorece o rastreamento contínuo do estado nutricional materno. Ações educativas continuadas na comunidade e consultas bem estruturadas ampliam a conscientização sobre a importância da micronutrição periconcepcional. A articulação harmoniosa da equipe de saúde garante não apenas a prescrição do insumo, mas a sensibilização efetiva da mulher quanto à prevenção de agravos fetais no pré-natal (Santos, *et al*., 2023).

Por fim, os estudos ressaltam a necessidade de aperfeiçoar os mecanismos de captação precoce das gestantes na Atenção Primária para assegurar o sucesso das ações profiláticas. A busca ativa no território, aliada ao acesso facilitado aos testes rápidos de gravidez, reduz o tempo entre a concepção e a primeira consulta pré-natal. Quando a rede assistencial falha em acolher a mulher nos primeiros dias de atraso menstrual, perdem-se oportunidades valiosas de orientação sobre micronutrientes e acompanhamento do desenvolvimento embrionário. O fortalecimento da busca ativa e do vínculo comunitário consolida-se como premissa indispensável para prevenir agravos fetais decorrentes do diagnóstico tardio (Rocha; Barbosa, 2024).

4 CONCLUSÃO

A prevenção dos defeitos do tubo neural por meio da suplementação periconcepcional de ácido fólico consolida-se como uma medida essencial no âmbito da saúde pública e do acompanhamento gestacional. O estudo evidenciou que a eficácia dessa intervenção depende da administração da dosagem adequada antes da concepção e durante as primeiras semanas embrionárias, fase em que ocorre o fechamento da estrutura neural. Uma assistência pré-natal estruturada e acessível é o meio fundamental para transformar recomendações em resultados clínicos positivos.

Os principais obstáculos para a eficácia plena da profilaxia residem no início tardio da suplementação e na falta de conhecimento das mulheres quanto à necessidade de uso preconcepcional do micronutriente. A superação desses desafios exige o fortalecimento das ações de planejamento familiar na Atenção Primária, promovendo a captação precoce das mulheres em idade fértil e garantindo orientações claras sobre a micronutrição. A atuação integrada da equipe multiprofissional e a busca ativa no território são estratégias indispensáveis para assegurar a adesão contínua.

Conclui-se que assegurar o uso oportuno do ácido fólico no período periconcepcional é indispensável para elevar o padrão de qualidade da assistência pré-natal e reduzir a incidência de malformações graves. Recomenda-se a expansão de campanhas educativas, a capacitação contínua dos profissionais de saúde e o aprimoramento das políticas públicas voltadas à saúde reprodutiva. O investimento na prevenção primária no início do ciclo

gravídico garante a proteção à saúde do recém-nascido, promovendo uma assistência integral, equitativa e resolutiva.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, R. C.; SANTOS, M. F. A relevância do pré-natal na prevenção de anomalias congênitas: uma revisão integrativa. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 22, n. 3, p. 415-426, 2022.

COSTA, T. S.; MENDES, L. A. Fatores associados à não adesão ao ácido fólico entre gestantes na Atenção Primária. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 5, e00123420, 2021.

FERREIRA, J. P. *et al.* Intervenções nutricionais no período periconcepcional e desfechos neonatais: dados de uma coorte. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 56, n. 12, p. 1-11, 2022.

GOMES, A. B.; PEREIRA, C. D. Importância do ácido fólico no planejamento familiar e pré-natal: uma análise crítica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 76, n. 2, e20220189, 2023.

LIMA, K. M.; RODRIGUES, E. N. Fortificação alimentar e suplementação individual de micronutrientes na gestação. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 4, p. 1120-1131, 2023.

MARTINS, F. L. *et al*. Eficácia do ácido fólico na prevenção de defeitos do tubo neural: metanálise de estudos recentes. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia e Fisiologia**, São Paulo, v. 118, n. 1, p. 89-97, 2022.

MORAES, L. R.; OLIVEIRA, P. S. Métodos de abordagem no estudo de malformações congênitas e saúde da mulher. **Revista de Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 30, n. 2, p. 201-212, 2021.

ROCHA, V. H.; BARBOSA, M. C. Desafios da captação precoce no pré-natal para a prevenção de agravos fetais. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 45, e20230045, 2024.

SANTOS, D. E. *et al.* Assistência pré-natal e a suplementação de micronutrientes: estudo multicêntrico. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 31, e3890, 2023.

SILVA, E. M. *et al*. Defeitos do tubo neural e suplementação periconcepcional: panorama epidemiológico. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v. 39, 2021.

SOUZA, A. C. *et al*. O papel do tubo neural no embriogênese e o impacto do folato. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 8, p. 480-488, 2020.

O PAPEL DA ENFERMAGEM NA EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA PREVENÇÃO DO CÂNCER DE MAMA

MARYANA SANTANA BORGES; ALINE DE MÉLO RODRIGUES, DAISY GABRIELE ROCHA DA SILVA, SARAH LARISSA DA SILVA TEIXEIRA TABOSA, THIAGO OLIVEIRA ALVES FARIAS, JEISON AGUIAR SIQUEIRA FILHO, VANESSA JUVINO DE SOUSA

RESUMO

O câncer de mama permanece como uma neoplasia de alta incidência entre as mulheres, exigindo estratégias contínuas de rastreamento e diagnóstico precoce para mitigar seus impactos sociais e assistenciais. Diante desse cenário, o presente estudo teve como objetivo identificar a influência das ações educativas conduzidas por enfermeiros na prevenção do câncer de mama e no estímulo à autoconsciência corporal. Tratou-se de uma revisão integrativa da literatura, orientada pela estratégia PICo e pautada no levantamento de artigos científicos publicados entre os anos de 2021 e 2025 nas bases de dados LILACS, MEDLINE, BDENF e SciELO. Após a aplicação rigorosa dos critérios de inclusão e exclusão, a amostra final foi constituída por 10 produções científicas. Os resultados evidenciaram que as intervenções pedagógicas desenvolvidas na Atenção Primária à Saúde como consultas individuais humanizadas, rodas de conversa comunitárias e uso de metodologias ativas elevam o nível de letramento em saúde da população feminina, aumentam a adesão aos exames clínicos e mamográficos e reduzem o tempo de busca por assistência qualificada diante do surgimento de alterações mamárias. Além disso, constatou-se que a coordenação do cuidado exercida pela equipe de enfermagem fortalece o vínculo comunitário e desmistifica estigmas relacionados à doença, embora a sobrecarga de trabalho e a escassez de recursos didáticos ainda representam obstáculos relevantes na rotina dos serviços públicos. Conclui-se que a educação em saúde sob a liderança do enfermeiro atua como um pilar emancipatório e transformador no cuidado preventivo, sendo indispensável o investimento contínuo na formação permanente dos profissionais e no fortalecimento das diretrizes de atenção à saúde da mulher para garantir a equidade assistencial e a redução do diagnóstico em estágios avançados.

Palavras-chave: Autocuidado; Atenção primária à saúde; Diagnóstico precoce.

1 INTRODUÇÃO

O câncer de mama se configura como uma das neoplasias de maior incidência e mortalidade entre as mulheres em todo o mundo, exigindo estratégias contínuas de promoção da saúde e diagnóstico precoce para mitigar seus impactos socioeconômicos e assistenciais. Nesse cenário, a equipe de enfermagem assume uma posição estratégica na atenção primária e secundária, atuando diretamente no acolhimento, na escuta qualificada e na disseminação de informações essenciais sobre os fatores de risco e protetores associados à doença. A prática educativa promovida por esses profissionais favorece o empoderamento feminino, transformando a mulher em agente ativa do cuidado com o próprio corpo. Diante desse

DOI: 10.51161/iv-conasus/89972

panorama epidemiológico complexo, as intervenções de enfermagem se mostram indispensáveis para sensibilizar a população feminina sobre a importância do acompanhamento preventivo sistemático (Silva, *et al*., 2021).

A educação em saúde desenvolvida pela enfermagem ultrapassa a mera transmissão de conhecimentos teóricos, consolidando-se como um processo dialógico focado no contexto socioeconômico e cultural da mulher. Mediante consultas individuais, rodas de conversa e oficinas comunitárias, a enfermeira desmistifica tabus e receios relacionados ao rastreamento e ao exame das mamas, construindo um vínculo de confiança imprescindível para a adesão contínua aos serviços de saúde. Essa abordagem humanizada permite identificar barreiras geográficas, financeiras ou emocionais que muitas vezes dificultam a realização periódica da mamografia e do exame clínico. Dessa forma, as ações preventivas tornam-se integradas ao cotidiano assistencial, potencializando o rastreamento em fases iniciais e melhorando o prognóstico das usuárias do sistema de saúde (Santos; Oliveira, 2022).

Estímulo ao autocuidado representa um dos pilares centrais da atuação do enfermeiro no enfrentamento do câncer de mama, pois capacita a mulher a reconhecer as características fisiológicas normais de suas mamas e a identificar precocemente eventuais alterações visuais ou palpáveis. O incentivo à autoconsciência mamária não substitui os exames diagnósticos formais, mas funciona como uma importante ferramenta de alerta e busca ativa de atendimento especializado. Ao promover o autoconhecimento corporal, a enfermagem desconstrói narrativas de medo e fomenta atitudes proativas diante de sintomas suspeitos, reduzindo o tempo transcorrido entre a percepção da lesão e a intervenção terapêutica. Esse direcionamento emancipatório fortalece a autonomia feminina na gestão do seu bem-estar (Almeida; Lima, 2023).

A coordenação do cuidado exercida pela enfermagem facilita a continuidade da assistência dentro da rede de atenção à saúde, articulando o rastreamento com a confirmação diagnóstica e o encaminhamento oportuno aos serviços de alta complexidade. A presença ativa desses profissionais nas unidades de saúde garante que as diretrizes nacionais de prevenção sejam aplicadas de forma contínua e integrativa. Além disso, a liderança da enfermagem na elaboração de campanhas de conscientização, como o Outubro Rosa, reitera a importância da prevenção primária e da adoção de hábitos de vida saudáveis, como alimentação equilibrada e prática regular de atividade física. Portanto, a ação educativa contínua consolida-se como o motor fundamental para o fortalecimento da atenção preventiva (Ferreira, *et al*., 2024).

A realização deste estudo justifica-se pela elevada prevalência do câncer de mama no cenário epidemiológico nacional e global, cuja detecção tardia compromete significativamente as chances de cura e a qualidade de vida das pacientes. Compreender e evidenciar a relevância da enfermagem no processo de educação em saúde é fundamental para subsidiar práticas assistenciais mais eficazes, embasadas em evidências científicas e voltadas à promoção do autocuidado. Além disso, a investigação contribui para o fortalecimento das políticas públicas de saúde da mulher, fornecendo subsídios teóricos e práticos que auxiliam na gestão dos serviços preventivos e na melhoria contínua da formação profissional. Ao preencher lacunas sobre o impacto direto da ação educativa, a pesquisa estimula a valorização da enfermagem na Atenção Primária.

2 MATERIAL E MÉTODOS

O presente estudo consiste em uma revisão integrativa da literatura associada a moldes sistemáticos de construção. Para o seu desenvolvimento, foram estabelecidas três etapas: 1) definição do tema, dos objetivos e da pergunta norteadora; 2) estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão; e 3) identificação, seleção, análise e síntese da produção científica.

Ademais, a pergunta norteadora foi elaborada utilizando a estratégia PICo, amplamente empregada em revisões qualitativas. Nessa estratégia, P (População) corresponde às mulheres assistidas na Atenção Primária à Saúde (ou na rede pública/comunitária).; I (Interesse) refere-se às ações de educação em saúde e promoção do autocuidado/ autoconsciência mamária.; e Co (Contexto) compreende a atuação/prática da enfermagem no rastreamento e prevenção do câncer de mama. A partir dessa estratégia, definiu-se a seguinte pergunta norteadora: "Como a atuação da enfermagem por meio da educação em saúde influencia a prevenção do câncer de mama e a promoção do autocuidado?".

Sendo assim, como etapa inicial, realizou-se a associação dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) ao operador booleano "AND", sendo eles: "Educação em Saúde", "Enfermagem", "Câncer de Mama". Na primeira pesquisa, obteve-se uma amostra total de 804 artigos na busca de bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), Base de Dados em Enfermagem (BDENF) e Scientific Electronic Library Online (SciELO).

Consoante a isso, os critérios de inclusão foram: escritos nos idiomas português, inglês e espanhol, publicados entre os anos de 2021-2025 e com temática central o papel e a atuação da enfermagem na educação em saúde para a prevenção do câncer de mama e a promoção do autocuidado.

Outrossim, os de exclusão: relatos de casos e de experiência, duplicatas, Trabalhos de Conclusão de Curso (TCC), teses, dissertações e produções que discorriam sobre uma condição clínica ou uma situação social específica.

Destarte, para condução da revisão bibliográfica, cinco etapas foram definidas, sendo: 1- Detecção de duplicatas; 2- Leitura e análise dos títulos; 3- Observação dos resumos; 4- Avaliação integral dos textos; 5- Obtenção da amostra final. Após as suas devidas aplicações, na última etapa, foi-se adquirida uma amostra final de 10 artigos.

Portanto, ressalta-se que, por se tratar de uma pesquisa de revisão integrativa baseada em dados secundários de domínio público, não houve necessidade de submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa, conforme a Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde. Entretanto, foram respeitados os princípios éticos da pesquisa científica, os direitos autorais, a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (Lei nº 13.709/2018) e as normas vigentes para a utilização e citação das fontes consultadas. Além disso, todo o desenvolvimento metodológico observou os princípios da integridade científica, garantindo a fidedignidade das informações analisadas e a adequada atribuição de autoria às produções utilizadas na revisão.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados encontrados evidenciam que as ações pedagógicas conduzidas por enfermeiros na Atenção Primária à Saúde impactam diretamente a adesão das mulheres aos programas de rastreamento do câncer de mama. A realização rotineira de consultas de enfermagem focadas na saúde da mulher proporciona um espaço seguro para sanar dúvidas, desconstruir crenças equivocadas e reforçar as orientações sobre a periodicidade adequada dos exames preventivos. Observou-se que mulheres que participam ativamente de atividades educativas apresentam maior nível de letramento em saúde e maior assiduidade nos exames clínicos e mamográficos recomendados pelas diretrizes vigentes. Esse dado reforça que o acolhimento qualificado constitui a base para a transformação de comportamentos e para a adesão preventiva de longo prazo (Costa, *et al*., 2021).

DOI: 10.51161/iv-conasus/89972

Ademais, a discussão dos dados demonstra que o incentivo à autoconsciência corporal, promovido pela enfermagem, atua como um elemento norteador na identificação precoce de anomalias mamárias. A educação em saúde voltada ao reconhecimento das estruturas corporais capacita a usuária a perceber nódulos, retrações de pele ou secreções papilares atípicas de forma oportuna, motivando a busca imediata por avaliação profissional. Essa postura emancipatória diminui o intervalo temporal entre os primeiros sinais da doença e o diagnóstico definitivo, fator determinante para o sucesso das abordagens terapêuticas e redução da mortalidade. A atuação educativa se destaca, assim, como uma estratégia de baixo custo e altíssimo impacto social na saúde coletiva, otimizando os recursos da rede pública (Rodrigues, *et al*., 2022).

Paralelamente a isso, constatou-se também que a utilização de metodologias ativas e recursos didáticos interativos pela enfermagem potencializa a apreensão das orientações preventivas em grupos de mulheres com perfis socioeconômicos vulneráveis. O uso de álbuns seriados, modelos anatômicos de simulação e materiais visuais facilita a compreensão de temas complexos, permitindo superação de barreiras de escolaridade e linguagem. A personalização das abordagens educativas garante que o conhecimento seja acessível e aplicável à realidade de cada comunidade assistida. A eficácia dessas intervenções reforça a necessidade de contínuo investimento em estratégias pedagógicas inovadoras na prática diária da enfermagem, garantindo uma cobertura assistencial inclusiva (Martins; Pereira, 2023).

Sob outra perspectiva, outro ponto amplamente discutido refere-se aos desafios enfrentados pelos profissionais de enfermagem na operacionalização das ações educacionais, incluindo a sobrecarga de trabalho, a escassez de insumos e a infraestrutura inadequada em diversas unidades básicas. Tais entraves limitam o tempo dedicado à consulta preventiva e prejudicam a continuidade das rodas de conversa comunitárias. A superação dessas limitações exige investimentos institucionais em qualificação profissional, dimensionamento adequado da equipe e implementação de fluxos organizacionais eficientes. Apesar desses obstáculos operacionais, o empenho da enfermagem em manter a educação em saúde permanece sendo a principal ferramenta de proteção primária à saúde feminina (Gomes, *et al*., 2023).

Por conseguinte, a análise dos estudos aponta que a integração entre a equipe multiprofissional e a enfermagem fortalece a rede de apoio à mulher, garantindo um itinerário terapêutico fluido e humanizado do rastreamento ao tratamento. A enfermeira atua como elo facilitador nesse processo, coordenando os encaminhamentos para os serviços de referência e acompanhando o impacto emocional das suspeitas diagnósticas. Essa assistência holística minimiza a ansiedade da paciente e favorece o comparecimento às consultas subsequentes de acompanhamento técnico. O diálogo contínuo entre os diferentes níveis de atenção à saúde amplia a eficácia das campanhas preventivas e consolida o cuidado centrado nas reais necessidades da usuária (Cardoso; Souza, 2024).

Por fim, os achados reforçam a necessidade de capacitação permanente para a equipe de enfermagem, acompanhando a evolução das evidências científicas e das diretrizes do Ministério da Saúde sobre o câncer de mama. Profissionais atualizados desempenham condutas mais precisas, transmitem informações com maior segurança e identificam com exatidão os grupos de risco prioritários. A contínua atualização pedagógica e científica possibilita a adequação constante das abordagens educativas às particularidades epidemiológicas locais, maximizando a prevenção de complicações avançadas da doença. O fortalecimento das competências assistenciais e educativas consagra o enfermeiro como liderança transformadora (Barbosa, *et al*., 2025).

4 CONCLUSÃO

Nesse contexto, a atuação da enfermagem por meio da educação em saúde consolida-se como um fator determinante para a prevenção do câncer de mama e a promoção

do autocuidado feminino. O estudo evidenciou que as intervenções educativas, fundamentadas no diálogo e na empatia, ampliam o conhecimento das mulheres acerca dos seus corpos e diminuem o tempo de busca por assistência qualificada diante de alterações mamárias. Ao transformar a abordagem preventiva em um processo emancipatório, os profissionais de enfermagem capacitam as usuárias a exercerem a autonomia no monitoramento da própria saúde, impactando positivamente a detecção em estágios iniciais.

Ademais, ficou demonstrado que a consulta de enfermagem e as atividades coletivas constituem estratégias indispensáveis para superar barreiras socioculturais e desmistificar estigmas associados à doença. Contudo, a efetividade plena dessas ações assistenciais requer a superação de entraves estruturais e operacionais, como a sobrecarga de trabalho das equipes e a limitação de recursos didáticos nas unidades primárias. Garantir condições adequadas de trabalho e incentivar a formação continuada da enfermagem são passos fundamentais para otimizar o rastreamento oportuno e assegurar a equidade no acesso aos exames preventivos em todas as regiões.

Em suma, a educação em saúde conduzida pela enfermagem vai muito além da simples transmissão de dados técnicos, representando uma ferramenta de transformação social e humanização da assistência preventiva. Para ampliar os resultados positivos observados, é imperativo que os gestores públicos fortaleçam as diretrizes de apoio à atenção básica, promovendo a integração entre a equipe multiprofissional e o investimento contínuo nas ações educativas. A consolidação dessas práticas preventivas garantirá a redução dos índices de diagnóstico tardio, salvando vidas e promovendo um modelo assistencial genuinamente focado na promoção do bem-estar.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, R. C.; LIMA, M. S. O papel da enfermagem no incentivo à autoconsciência mamária e prevenção do câncer de mama. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 76, n. 2, 2023.

BARBOSA, T. F. *et al*. Educação em saúde e diagnóstico precoce do câncer de mama: competências do enfermeiro na atenção primária. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 46, n. 1, 2025.

CARDOSO, V. P.; SOUZA, A. C. Linha de cuidado do câncer de mama e a atuação do enfermeiro na atenção primária. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 33, 2024.

COSTA, M. A. *et al*. Ações educativas de enfermagem na prevenção do câncer de mama e colo do útero: revisão integrativa. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 29, 2021.

FERREIRA, K. L. *et al*. Estratégias preventivas e a liderança do enfermeiro no rastreamento do câncer de mama. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 37, 2024.

GOMES, L. A. *et al.* Desafios da enfermagem na promoção da saúde da mulher na atenção básica. **Revista Cuidado é Fundamental Online**, v. 15, p. 1-8, 2023.

MARTINS, J. S.; PEREIRA, R. F. Uso de tecnologias educativas na consulta de enfermagem preventiva da mulher. **Escola Anna Nery**, v. 27, 2023.

RODRIGUES, E. M. *et al*. O autocuidado promovido pela enfermagem e o diagnóstico precoce de neoplasias mamárias. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 24, 2022.

SANTOS, D. P.; OLIVEIRA, C. R. Relação enfermeiro-paciente na adesão aos exames preventivos do câncer de mama. **Revista de Enfermagem da UERJ**, v. 30, n. 1, 2022.

SILVA, A. B. *et al*. Atuação da enfermagem na atenção primária à saúde frente à prevenção do câncer de mama. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 67, 2021.

DOI: 10.51161/iv-conasus/89972

MANEJO DA MENOPAUSA EM HOMENS TRANSEXUAIS: EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS SOBRE TERAPIA HORMONAL E QUALIDADE DE VIDA

SARAH LARISSA DA SILVA TEIXEIRA TABOSA; ALINE DE MÉLO RODRIGUES; DAISY GABRIELE ROCHA DA SILVA; MARYANA SANTANA BORGES; THIAGO OLIVEIRA ALVES FARIAS; JEISON AGUIAR SIQUEIRA FILHO; VANESSA JUVINO DE SOUSA

RESUMO

A menopausa em homens transexuais representa um tema emergente na literatura científica, caracterizado por desafios clínicos relacionados ao envelhecimento, à terapia hormonal de afirmação de gênero e à promoção da qualidade de vida. Apesar dos avanços na assistência à saúde da população trans, ainda existem lacunas quanto às evidências sobre o manejo dessa condição, especialmente no que se refere ao acompanhamento clínico e aos efeitos da testosterona durante o climatério. Nesse contexto, o presente estudo teve como objetivo identificar as evidências científicas acerca do manejo da menopausa em homens transexuais, com enfoque na terapia hormonal e seus impactos na qualidade de vida. Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, conduzida por meio da estratégia PICo. As buscas foram realizadas nas bases de dados LILACS, MEDLINE, BDENF e SciELO, utilizando os descritores "Menopausa", "Homens Transexuais" e "Terapia Hormonal", combinados pelo operador booleano AND. Foram incluídos artigos publicados entre 2021 e 2025, nos idiomas português, inglês e espanhol, resultando em uma amostra final de oito estudos. Os resultados evidenciaram que a terapia hormonal com testosterona promove benefícios relacionados à redução da disforia de gênero, melhora da autoestima, qualidade de vida, saúde mental e bem-estar geral. Entretanto, os estudos destacaram a necessidade de monitoramento contínuo dos parâmetros cardiovasculares, metabólicos e da saúde óssea, considerando os possíveis riscos associados ao uso prolongado da hormonioterapia e ao processo de envelhecimento. Além disso, verificou-se que a atuação multiprofissional favorece a individualização do cuidado, amplia a adesão ao tratamento e contribui para a integralidade da assistência. Conclui-se que a terapia hormonal constitui uma estratégia essencial para a promoção da saúde de homens transexuais, porém seu manejo durante a menopausa requer acompanhamento especializado, protocolos clínicos específicos e produção de novas evidências científicas que subsidiem práticas assistenciais seguras, inclusivas e fundamentadas em evidências.

Palavras-chave: Saúde transgênero; Atenção multiprofissional; Assistência integral.

DOI: 10.51161/iv-conasus/89977

1 INTRODUÇÃO

A terapia hormonal representa um dos pilares da assistência à saúde de homens transexuais, contribuindo para o desenvolvimento de características sexuais secundárias masculinas, redução da disforia de gênero e melhoria da qualidade de vida. Com o avanço da idade, entretanto, surgem novos desafios relacionados ao envelhecimento e ao manejo da menopausa, especialmente entre indivíduos que preservam útero e ovários ou que interrompem a terapia hormonal por diferentes motivos. Embora a testosterona exerça importante papel na manutenção da saúde física e mental dessa população, ainda existem lacunas quanto às melhores estratégias para o acompanhamento clínico durante a transição menopausal, tornando essa temática relevante para a prática assistencial e para a produção científica (Kelley, 2025).

A ampliação do acesso à terapia hormonal de afirmação de gênero tem proporcionado melhores desfechos em saúde para homens transexuais; contudo, o conhecimento sobre o processo de menopausa nessa população permanece limitado. Grande parte das pesquisas concentra-se nos efeitos iniciais da testosterona, enquanto aspectos relacionados ao climatério, envelhecimento, saúde óssea, sintomas vasomotores, função cardiovascular e qualidade de vida ainda são pouco explorados. Essa escassez de evidências dificulta a elaboração de protocolos específicos e pode comprometer a oferta de um cuidado integral, individualizado e baseado em evidências pelos serviços de saúde (D'hoore, 2022).

A menopausa em homens transexuais apresenta particularidades que diferem daquelas observadas em mulheres cisgênero, exigindo uma abordagem clínica individualizada e sensível às especificidades dessa população. A terapia hormonal masculinizante promove alterações fisiológicas importantes, porém sua utilização prolongada requer monitoramento contínuo dos parâmetros metabólicos, cardiovasculares, ósseos e psicossociais. Estudos recentes demonstram que a assistência multiprofissional, associada ao acompanhamento endocrinológico periódico, favorece maior segurança terapêutica, melhora da qualidade de vida e redução de complicações relacionadas ao uso prolongado da testosterona, reforçando a importância de um cuidado integral e centrado na pessoa (Cooney, *et al*., 2025).

Diante desse contexto, torna-se necessário reunir e identificar as evidências científicas disponíveis sobre o manejo da menopausa em homens transexuais, considerando os benefícios, riscos e repercussões da terapia hormonal na saúde e na qualidade de vida. A sistematização dessas informações pode contribuir para o fortalecimento da prática clínica, subsidiar a tomada de decisão dos profissionais de saúde e ampliar o conhecimento acerca de uma temática ainda pouco discutida na literatura. Assim, o presente estudo tem como objetivo identificar as evidências científicas sobre o manejo da menopausa em homens transexuais, com enfoque na terapia hormonal e seus impactos na qualidade de vida, buscando identificar as principais recomendações clínicas e as lacunas existentes na produção científica.

2 MATERIAL E MÉTODOS

O presente estudo consiste em uma revisão integrativa da literatura associada a moldes sistemáticos de construção. Para o seu desenvolvimento, foram estabelecidas três etapas: 1) definição do tema, dos objetivos e da pergunta norteadora; 2) estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão; e 3) identificação, seleção, análise e síntese da produção científica.

Ademais, a pergunta norteadora foi elaborada utilizando a estratégia PICo, amplamente empregada em revisões qualitativas. Nessa estratégia, P (População) corresponde aos homens transexuais em processo de menopausa natural, cirúrgica ou induzida pela terapia hormonal; I (Interesse) refere-se ao manejo da menopausa, com ênfase na terapia hormonal, seus benefícios, riscos e repercussões na qualidade de vida; e Co (Contexto) compreende os

DOI: 10.51161/iv-conasus/89977

serviços de saúde e o acompanhamento multiprofissional destinado à população trans. A partir dessa estratégia, definiu-se a seguinte pergunta norteadora: "Quais são as evidências científicas sobre o manejo da menopausa em homens transexuais, considerando a terapia hormonal e seus impactos na qualidade de vida?".

Sendo assim, como etapa inicial, realizou-se a associação dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) ao operador booleano "AND", sendo eles: "Menopausa", "Homens Transexuais", "Terapia Hormonal". Na primeira pesquisa, obteve-se uma amostra total de 315 artigos na busca de bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), Base de Dados em Enfermagem (BDENF) e Scientific Electronic Library Online (SciELO).

Consoante a isso, os critérios de inclusão foram: escritos nos idiomas português, inglês e espanhol, publicados entre os anos de 2021-2025 e com temática central a menopausa em homens transexuais, a terapia hormonal masculinizante, o manejo clínico dos sintomas menopausais, os efeitos da testosterona, a saúde óssea, cardiovascular, sexual e os impactos na qualidade de vida.

Outrossim, os de exclusão: relatos de casos e de experiência, duplicatas, Trabalhos de Conclusão de Curso (TCC), teses, dissertações e produções que discorriam sobre uma condição clínica ou uma situação social específica.

Destarte, para condução da revisão bibliográfica, cinco etapas foram definidas, sendo: 1- Detecção de duplicatas; 2- Leitura e análise dos títulos; 3- Observação dos resumos; 4- Avaliação integral dos textos; 5- Obtenção da amostra final. Após as suas devidas aplicações, na última etapa, foi-se adquirida uma amostra final de 8 artigos.

Portanto, ressalta-se que, por se tratar de uma pesquisa de revisão integrativa baseada em dados secundários de domínio público, não houve necessidade de submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa, conforme a Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde. Entretanto, foram respeitados os princípios éticos da pesquisa científica, os direitos autorais, a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (Lei nº 13.709/2018) e as normas vigentes para a utilização e citação das fontes consultadas. Além disso, todo o desenvolvimento metodológico observou os princípios da integridade científica, garantindo a fidedignidade das informações analisadas e a adequada atribuição de autoria às produções utilizadas na revisão.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A literatura evidencia que a saúde óssea constitui um dos principais aspectos a serem monitorados durante o manejo da menopausa em homens transexuais. A redução da produção estrogênica decorrente da falência ovariana natural, da ooforectomia ou das alterações promovidas pela terapia hormonal pode influenciar diretamente a densidade mineral óssea, aumentando o risco de osteopenia e osteoporose quando não há acompanhamento adequado. Embora a testosterona exerce papel importante na manutenção da massa óssea, os estudos ressaltam que fatores como tempo de uso hormonal, níveis séricos insuficientes, sedentarismo, deficiência de vitamina D e interrupção do tratamento podem potencializar complicações. Dessa forma, a avaliação periódica da saúde óssea deve integrar o acompanhamento clínico, especialmente em indivíduos em processo de envelhecimento (Coleman, *et al*., 2022).

Outro achado relevante refere-se aos potenciais riscos cardiovasculares associados ao uso prolongado da testosterona. Apesar dos benefícios relacionados à afirmação de gênero e à qualidade de vida, os estudos destacam a necessidade de monitorização contínua de parâmetros como pressão arterial, perfil lipídico, glicemia, hematócrito e índice de massa corporal. A presença de comorbidades prévias, hábitos de vida inadequados e fatores genéticos também deve ser considerada na avaliação do risco cardiovascular. Nesse sentido, as evidências não indicam a interrupção rotineira da terapia hormonal, mas reforçam a

importância de um acompanhamento individualizado e baseado em evidências, permitindo a identificação precoce de alterações metabólicas e a adoção de medidas preventivas para reduzir possíveis complicações em longo prazo (Petersen, *et al.,* 2025).

Ademais, destacou-se que a terapia hormonal de afirmação de gênero deve ser compreendida como parte de um cuidado contínuo, cuja efetividade depende não apenas da prescrição medicamentosa, mas também do acompanhamento clínico periódico e da educação em saúde. A individualização da terapêutica favorece melhores desfechos clínicos, reduz a ocorrência de eventos adversos e amplia a adesão ao tratamento ao longo do envelhecimento. Além disso, enfatizam que homens transexuais em período de menopausa podem apresentar necessidades específicas relacionadas à saúde reprodutiva, ao acompanhamento ginecológico e ao monitoramento laboratorial, reforçando a importância da elaboração de protocolos assistenciais baseados em evidências e adaptados às particularidades dessa população (Castro, *et al*., 2025)

Outro aspecto evidenciado refere-se ao impacto da testosterona sobre o bem-estar global e a funcionalidade durante o envelhecimento. Observou-se que a terapia hormonal está associada à melhora da percepção da qualidade de vida, da satisfação corporal e da estabilidade emocional, contribuindo para maior participação social e fortalecimento da identidade de gênero. Contudo, os autores ressaltam que esses benefícios dependem da manutenção de níveis hormonais adequados e de acompanhamento especializado, especialmente diante das alterações fisiológicas decorrentes do envelhecimento. Dessa forma, recomenda-se que o seguimento clínico inclua avaliação periódica dos aspectos físicos, metabólicos e psicossociais, permitindo intervenções precoces e promovendo um cuidado integral, seguro e centrado nas necessidades de homens transexuais (Skewis, *et al.,* 2021).

Por fim, os estudos analisados demonstraram que o cuidado integral e multiprofissional desempenha papel fundamental no manejo da menopausa em homens transexuais. A atuação conjunta de profissionais da endocrinologia, enfermagem, psicologia, ginecologia, fisioterapia e demais áreas da saúde favorece o acolhimento das demandas físicas, emocionais e sociais relacionadas ao envelhecimento e à terapia hormonal. Além disso, a assistência centrada na pessoa contribui para maior adesão ao tratamento, fortalecimento do vínculo terapêutico e redução das barreiras historicamente enfrentadas pela população trans nos serviços de saúde. Entretanto, a escassez de pesquisas específicas evidencia a necessidade de novos estudos que subsidiem protocolos clínicos direcionados às necessidades dessa população durante o climatério e o envelhecimento (Silva, *et al*., 2021).

4 CONCLUSÃO

O presente estudo evidenciou que o manejo da menopausa em homens transexuais ainda representa uma temática pouco explorada na literatura científica, embora possua relevância crescente diante do envelhecimento da população trans e da ampliação do acesso à terapia hormonal de afirmação de gênero. As evidências analisadas demonstraram que a testosterona promove benefícios significativos relacionados à redução da disforia de gênero, ao bem-estar psicológico e à melhoria da qualidade de vida, constituindo um importante componente do cuidado integral em saúde.

Entretanto, observou-se que a terapia hormonal exige acompanhamento contínuo e individualizado, especialmente durante o envelhecimento, considerando aspectos relacionados à saúde óssea, cardiovascular, metabólica e emocional. A inexistência de protocolos específicos para o manejo da menopausa em homens transexuais reforça a necessidade de avaliações clínicas abrangentes e de condutas baseadas nas necessidades particulares de cada indivíduo, respeitando sua identidade de gênero e seu contexto biopsicossocial.

Conclui-se que a assistência multiprofissional e o cuidado centrado na pessoa são essenciais para promover segurança terapêutica, qualidade de vida e integralidade da

assistência. Além disso, destaca-se a necessidade de ampliar a produção científica sobre a temática, possibilitando o desenvolvimento de diretrizes clínicas mais robustas e fortalecendo a oferta de um cuidado em saúde inclusivo, humanizado e fundamentado em evidências para homens transexuais em processo de envelhecimento e menopausa.

REFERÊNCIAS

CASTRO, E. B. *et al.* Terapia Hormonal para Transição de Gênero: Uma Revisão Integrativa. Medicinae Plantae, v. 2, 2025.

COLEMAN, E. *et al*. Padrões de cuidado para a saúde de pessoas transgênero e de gênero diverso, versão 8. **International Journal of Transgender Health**, v. 23, n.1, 2022.

COONEY, E. E. *et al.* Provisão de hormônios afirmativos de gênero para adultos trans e de gênero diverso: uma revisão sistemática dos resultados, valores e preferências em saúde e qualidade de vida, e custos. **eClinicalMedicine**, v. 88, 2025.

D'HOORE, L.; T'SJOEN, G. Terapia hormonal afirmativa de gênero: uma revisão bibliográfica atualizada com vista no futuro. **Journal of Internal Medicine**, v. 291, n. 5, p. 574-592, 2022.

KELLEY, C. E.; ARIEL, D. Uma revisão da menopausa em pessoas transgênero e de gênero diverso. **Current Opinion in Obstetrics & Gynecology**, v. 37, n. 2, p. 83-96, 2025.

PETERSEN, E. E. S. *et al.* Terapia hormonal de afirmação de gênero, qualidade de vida e o papel do estradiol e da testosterona em pessoas transgênero. **Acta Neuropsiquiátrica**, v. 37, 2025.

SILVA, E. D. *et al.* Características físicas e sociodemográficas associadas à qualidade de vida entre mulheres e homens transgêneros que utilizam terapia hormonal afirmativa de gênero. **Frontiers in psychiatry**, v. 12, 2021.

SKEWIS, L. F. *et al.* Efeitos de curto prazo da terapia hormonal afirmativa de gênero na disforia e na qualidade de vida em pessoas transgênero: um estudo controlado prospectivo. **Frontiers in Endocrinology**, v. 12, p. 717-766, 2021.

DOI: 10.51161/iv-conasus/89977

CAPACITAÇÃO DE LIDERES SOBRE RISCOS PSICOSSOCIAIS: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

JOYCE DA COSTA FERREIRA RIBEIRO

Introdução: A atualização da Norma Regulamentadora nº 1 (NR-1) inclui os fatores de riscos psicossociais no Gerenciamento de Riscos Ocupacionais (GRO), ampliando a compreensão sobre a saúde mental dos trabalhadores e sua relação com as condições e a organização do ambiente de trabalho. Com isso, as empresas devem identificar, avaliar e controlar os riscos ocupacionais existentes na organização. Nesse contexto, a capacitação das lideranças pode contribuir para ampliar o conhecimento sobre os riscos psicossociais e fortalecer as ações de prevenção e promoção da saúde no ambiente de trabalho. **Objetivo:** Relatar a experiência de uma capacitação de líderes sobre a NR-1, refletindo sobre a condição de trabalho e suas possíveis repercussões na saúde dos trabalhadores, a partir das vivências apresentadas pelos próprios líderes durante a atividade. **Relato de experiência:** No primeiro momento, a capacitação foi pensada como uma estratégia para ampliar o conhecimento das lideranças sobre os riscos psicossociais e contribuir para a prevenção no ambiente de trabalho. Durante a atividade, entretanto, os relatos dos participantes trouxeram uma nova perspectiva para a discussão. Os próprios líderes relataram situações relacionadas à sobrecarga e ao esgotamento, evidenciando que também vivenciam as condições de trabalho discutidas na capacitação. A partir dessas manifestações, a atividade passou a contemplar não apenas o reconhecimento dos riscos psicossociais, mas também a reflexão sobre como a organização e as condições de trabalho podem repercutir na saúde daqueles que estão inseridos nesse contexto. A experiência possibilitou reconhecer a importância de considerar as vivências dos trabalhadores na discussão sobre prevenção e promoção da saúde no trabalho. **Conclusão:** A experiência evidenciou que a discussão sobre riscos psicossociais precisa considerar as condições concretas em que o trabalho é realizado e suas repercussões sobre a saúde dos trabalhadores. Os relatos de sobrecarga e esgotamento apresentados pelos próprios líderes ampliaram a reflexão sobre a relação entre trabalho e saúde, evidenciando a importância de considerar suas vivências nas ações de prevenção. Dessa forma, a experiência reforçou a importância de uma abordagem participativa e inclusiva, reconhecendo o trabalhador como parte ativa na identificação dos riscos psicossociais e na promoção da saúde no trabalho, independentemente do nível hierárquico.

Palavras-chave: **SAÚDE MENTAL; GERENCIAMENTO DE RISCOS OCUPACIONAIS; SAÚDE DO TRABALHADOR**

DOI: 10.51161/iv-conasus/89978

BENEFÍCIOS E RISCOS DO USO OFF LABEL DE SEMAGLUTIDA EM INDIVÍDUOS SEM DIABETES MELLITUS: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

KEMELY GOMES DE LIMA; RAÍSSA EDUARDA GUEDES TEIXEIRA

Introdução: O uso *off label* refere-se à prescrição de medicamentos fora das indicações aprovadas em bula pelos órgãos regulatórios (ANVISA, 2009). A semaglutida, análogo do peptídeo semelhante ao glucagon tipo 1 (GLP-1), foi aprovada inicialmente para o tratamento de Diabetes Mellitus tipo 2 e passou a ser prescrita *off label* para redução de peso em indivíduos sem essa condição. **Objetivos:** Descrever os benefícios e os riscos associados ao uso *off label* da semaglutida em pacientes não diabéticos. **Metodologia:** revisão integrativa nas bases PubMed, Lilacs e Web of Science. Os descritores utilizados foram "semaglutida", "*off label*", "pacientes" e "redução de peso", em português e inglês, no período de 2013 a 2023. Foram recuperados 21 artigos. Após a exclusão de 2 duplicados, restaram 19 textos completos. A leitura integral excluiu 13 estudos, e 6 compuseram a amostra final. **Resultados:** Os estudos analisados demonstram perda de peso média entre 11,85% e 17,4% do peso corporal com semaglutida 2,4 mg subcutânea semanal. Esse efeito é superior ao da liraglutida, com diferença de 9,4 pontos percentuais. Observou-se também redução da hemoglobina glicada de até 1,6% e melhorias em pressão arterial, lipídios e proteína C reativa. O ensaio SELECT registrou redução do desfecho cardiovascular primário de 8,0% para 6,5% dos participantes. Eventos adversos gastrointestinais foram os mais prevalentes, em geral transitórios. Houve risco aumentado de colelitíase e de descontinuação do tratamento. **Conclusão:** A semaglutida é alternativa terapêutica com evidência consistente de eficácia na redução de peso e em desfechos cardiometabólicos em pacientes não diabéticos. Seu perfil de segurança exige monitoramento continuado dos eventos gastrointestinais e hepatobiliares.

Palavras-chave: **SEMAGLUTIDA; OFF LABEL; OBESIDADE**

DOI: 10.51161/iv-conasus/90002

EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA NA ÁREA DA SAÚDE: FORMAÇÃO CONTINUADA VISANDO À HUMANIZAÇÃO HOSPITALAR

FELIPE LOBATO DA ROCHA

Introdução: O presente trabalho analisa a conexão e o processo metodológico empregado nos projetos "O Estudo da Ética em Saúde através da Linguagem Cinematográfica" (CINEMED) e "Rede Universitária de Telemedicina" (RUTE) e seus impactos na relação ensino e aprendizagem ao utilizar a Educação a Distância (EAD) , adicionalmente, busca-se compreender a formação necessária para que o docente da área da saúde atue como formador nesse contexto. **Objetivo:** Descrever o processo e a metodologia dos projetos CINEMED e RUTE e analisar seus efeitos na relação ensino-aprendizagem com EAD e TICs, e identificar as competências formativas exigidas para o docente atuar como formador no âmbito da saúde pública. **Metodologia:** O estudo baseou-se em levantamento bibliográfico, utilizando como subsídios analíticos os dados coletados durante a experiência do autor como bolsista em ambos os projetos. **Resultados:** Os resultados obtidos subsidiaram uma prática reflexiva sobre a temática. A análise evidenciou a relevância do uso das TICs e da EAD como recursos pedagógicos para assegurar um ensino contemporâneo, satisfatório e viável, tanto para a formação de docentes quanto de discentes da área da saúde. **Relato de experiência:** A percepção da relevância desse tema instigou-me a investigar se as Tecnologias de Informação e Comunicação (TICs) utilizadas na Educação a Distância (EAD), além de uma maneira acessível para a formação contínua, poderiam auxiliar também como fator de humanização na área hospitalar, durante esse período, foi possível perceber a importância da relação do currículo dos estudantes da área da saúde com o ensino da ética e cidadania para tornar possível a humanização no atendimento hospitalar. **Conclusão:** Os impactos positivos observados repercutem na comunidade em geral, decorrendo das reflexões acerca da relevância da relação médico e paciente, especialmente no que tange ao cuidado, à atenção e ao respeito, aspectos centrais do processo de humanização (ética) discutidos nas sessões com debatedores virtuais (RUTE) e presenciais (CINEMED). Tais discussões envolvem a sociedade de forma ampla e influenciam favoravelmente o tratamento dos pacientes, ao articular ética e formação continuada.

Palavras-chave: **EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA.; TICS.; FORMAÇÃO CONTINUADA.**

DOI: 10.51161/iv-conasus/90040

LUDICIDADE NA EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA VACINAÇÃO

DANIELA VOGEL DE SOUZA; ALESSANDRA PIMENTEL BARBOSA PINTO DE MATTOS; KARINE DETES CANTO; EMILENE DOS SANTOS GUIMARÃES; JULIANA MACHADO CERRI

Introdução: A vacinação é uma das estratégias mais efetivas para prevenção de doenças e promoção da saúde coletiva. Entretanto, a disseminação de informações falsas e a hesitação vacinal têm representado desafios para a manutenção das coberturas vacinais. Nesse contexto, a Vigilância em Saúde e a Atenção Primária à Saúde atuam de forma articulada para fortalecer ações educativas nos territórios, considerando as especificidades locais. O Programa Saúde na Escola (PSE) constitui importante espaço para o desenvolvimento de estratégias de educação em saúde, favorecendo o diálogo entre profissionais, estudantes, famílias e comunidade. **Objetivo:** Relatar a experiência da utilização de jogos lúdicos como estratégia de educação em saúde para promoção da vacinação, desenvolvida por apoiadores da Frente Parlamentar da Vacina (FPV) em parceria com o Programa Saúde na Escola nos municípios do Estado do Rio de Janeiro. **Relato de experiência:** Trata-se de um relato de experiência realizado por profissionais de saúde vinculados à FPV, em articulação com o PSE. As ações consistiram na criação e aplicação de jogos educativos adaptados às diferentes faixas etárias, abordando temas como calendário vacinal, importância da imunização, funcionamento das vacinas e desconstrução de mitos. A metodologia utilizou linguagem acessível, diálogo horizontal e valorização dos conhecimentos prévios dos participantes, favorecendo a construção coletiva do conhecimento. Durante as atividades, observou-se maior participação dos estudantes, identificação de dúvidas frequentes e oportunidade para intervenções educativas imediatas. Além disso, os jogos contribuíram para aproximar a comunidade dos serviços de saúde e ampliar a compreensão sobre a relevância da vacinação. **Conclusão:** Os jogos lúdicos mostraram-se uma estratégia potente para qualificar as ações de educação em saúde sobre vacinação, promovendo aprendizado significativo, participação ativa e fortalecimento do vínculo entre comunidade e serviços de saúde. A experiência evidencia o potencial dessa metodologia para enfrentar a desinformação, estimular a adesão vacinal e fortalecer as ações de promoção da saúde no âmbito da Atenção Primária, contribuindo para a consolidação dos princípios do Sistema Único de Saúde.

Palavras-chave: **VACINAÇÃO; EDUCAÇÃO EM SAÚDE; JOGOS LÚDICOS**

DOI: 10.51161/iv-conasus/90052

A DINÂMICA DO CASAL E O PROCESSO TERAPÊUTICO NA GESTALT - TERAPIA: UM ESTUDO DE CASO SOBRE CONFLITOS PARENTAIS E CONJUGAIS

GISBELLE MORAIS IDERIHA;

Introdução: O presente estudo aborda a dinâmica relacional de um casal em atendimento clínico psicoterápico sob a abordagem da Gestalt-Terapia, focando em conflitos conjugais e parentais ligados à criação de um filho com diagnóstico de (T.D.A.H) e suspeita de Transtorno Opositor Desafiador (T.O.D). A partir de referências teóricas da abordagem, destaca-se como as intervenções auxiliam na superação de figuras de evitação, na melhoria da comunicação e na reestruturação dos papéis. Torna-se relevante analisar os mecanismos de ajustamento e o impacto dessas técnicas no manejo de crises. **Objetivo:** Analisar a evolução de um casal ao longo de 15 sessões por 3 meses, enfatizando a eficácia das ferramentas aplicadas para o restabelecimento do contato e da cooperação mútua. **Relato de Caso:** Trata-se de estudo qualitativo e exploratório, fundamentado em registros de 15 sessões (ao longo de três meses) sob orientação de clínica gestáltica. O acompanhamento envolveu um casal (K. 28 anos, e G. 30 anos, casados há 12 anos, e tinham um filho de 6 anos), com dados extraídos de prontuários online. O método integrou manejo de expressões não verbais e silêncios, diálogos diretos para evitar terceirização de cobranças, cartas terapêuticas para superar inibição verbal, resgate histórico familiar e experimentações comportamentais para sair da inércia. Os atendimentos evidenciaram severas barreiras de comunicação, rigidez de papéis com sobrecarga materna e ausência paterna, resistência ao diagnóstico do filho e episódios de desregulação emocional. A aplicação técnica foi fundamental para ressignificar os conflitos: a escrita de cartas e o resgate da infância permitiram que G. superasse bloqueios e expressasse vulnerabilidades, enquanto K. validou os esforços do parceiro. O manejo dos silêncios incentivou a auto-responsabilidade pelas escolhas relacionais. Apesar de riscos de rompimento, o uso de diálogo estruturado e tarefas compartilhadas gerou avanços expressivos, reduzindo atritos cotidianos, aumentando o contato físico e verbal, dividindo os cuidados e resgatando o vínculo familiar. **Conclusão:** Concluiu-se que as técnicas da Gestalt - Terapia focadas no aqui-agora, na escrita terapêutica e na responsabilização mútua permitiram ao casal superar a inércia e desenvolver novas formas de contato. Orientou-se a manutenção do acompanhamento para consolidar as conquistas durante o processo.

Palavras-chave: **ESTUDO DE CASO; CONFLITO CONJUGAL E PARENTALIDADE; GESTALT - TERAPIA E TÉCNICAS PSICOTERÁPICAS**

DOI: 10.51161/iv-conasus/90061

HUMANIZAÇÃO E MEDICINA CENTRADA NA PESSOA NOS SERVIÇOS DE SAÚDE: PERCEPÇÕES DE USUÁRIOS: UMA REVISÃO DE LITERATURA

JOÃO PEDRO MOREIRA REZENDE RIBEIRO; LAURA CRISTINA PEREIRA MAIA; PIETRO GUAZZELLI DA SILVEIRA; RAFAELA MENDONÇA DE MOURA BASSI; CARLOS KARASSAWA ISHIDA; JULIO CESAR BACK ARAUJO DOS SANTOS

Introdução: A qualidade da atenção à saúde depende fundamentalmente da experiência e percepção do usuário. A Política Nacional de Humanização (PNH) e a Medicina Centrada na Pessoa (MCCP) estabelecem princípios estruturantes para o Sistema Único de Saúde, orientando práticas de acolhimento, escuta qualificada e construção de vínculo terapêutico. Apesar do avanço normativo, persiste lacuna sobre como os usuários percebem a operacionalização desses princípios nos serviços de saúde brasileiros. **Objetivo:** Sintetizar evidências da literatura brasileira sobre as percepções de usuários acerca de humanização e MCCP nos serviços de saúde, identificando elementos que fortalecem ou fragilizam o vínculo terapêutico e a satisfação com o cuidado. **Metodologia:** Busca sistemática em bases de dados (LILACS, SciELO, BVS) com descritores: "humanização em saúde", "medicina centrada na pessoa", "percepção do usuário", "vínculo terapêutico", "experiência do paciente". Incluídos estudos primários qualitativos, quantitativos e mistos, em português, publicados entre 2019 e 2024. Análise por síntese temática. **Resultados:** Identificados 10 estudos de acordo com os objetivos do estudo. Percepções positivas de humanização associam-se consistentemente à escuta ativa qualificada, continuidade do cuidado ao longo do tempo, reconhecimento da singularidade e história de vida do usuário, e participação ativa nas decisões terapêuticas. Barreiras identificadas incluem sobrecarga de trabalho dos profissionais, falta de treinamento específico em comunicação clínica, modelo assistencial ainda fortemente centrado na doença, e insuficiente tempo de consulta. Usuários com condições crônicas apresentam avaliações mais estruturadas e críticas sobre a qualidade do vínculo. A tomada de decisão compartilhada emerge como determinante central da satisfação e engajamento terapêutico. **Conclusão:** Evidências indicam que humanização e MCCP são reconhecidas pelos usuários como fundamentais à experiência positiva de cuidado. Investimentos sustentados em formação profissional, redimensionamento de processos de trabalho e política institucional são essenciais para operacionalizar efetivamente esses princípios, fortalecendo o vínculo terapêutico e a qualidade dos serviços de saúde brasileiros.

Palavras-chave: **HUMANIZAÇÃO; MEDICINA CENTRADA NA PESSOA; PERCEPÇÃO DO USUÁRIO**

DOI: 10.51161/iv-conasus/90071

PRÁTICAS CORPORAIS E ARTICULAÇÃO INTERSETORIAL NO TERRITÓRIO: RELATO DA EXPERIÊNCIA BASQUETE VIVEIROS

MATTHEUS SILVA SANTOS DE MATOS

RESUMO

A promoção da saúde de adolescentes demanda ações territorializadas que dialoguem com as condições concretas de vida e ampliem oportunidades de convivência, participação e acesso a práticas corporais. Este trabalho tem como objetivo sistematizar a experiência do Basquete Viveiros, iniciativa comunitária gratuita desenvolvida desde 2022 no bairro Viveiros, em Feira de Santana, Bahia, e analisar sua articulação com ações de promoção da saúde. Trata-se de relato retrospectivo e reflexivo elaborado pelo fundador e coordenador a partir da experiência acumulada entre 2022 e 2026. A sistematização considerou organização, acesso, escolhas pedagógicas e relações intersetoriais. A iniciativa realiza três encontros semanais na quadra de uma escola pública, acolhe principalmente adolescentes de 12 a 18 anos e não cobra mensalidade nem exige uniforme ou material esportivo. Mais de 80 crianças e adolescentes já participaram de alguma atividade, segundo estimativa organizacional. Desde o primeiro ano, a quadra recebeu, em ocasiões pontuais, ações conduzidas por trabalhadores da unidade de saúde do bairro e estudantes da Universidade Estadual de Feira de Santana vinculados ao PET-Saúde. A análise identifica cinco componentes relevantes: redução de barreiras econômicas; continuidade da oferta; intencionalidade pedagógica; mobilização de recursos comunitários; e articulação pontual entre comunidade, universidade e Atenção Primária. Esses elementos não autorizam inferir efeitos sobre a saúde, mas mostram como uma iniciativa esportiva pode funcionar como ponte territorial. Conclui-se que o esporte comunitário pode integrar ações intersetoriais de promoção da saúde quando os papéis institucionais são esclarecidos, os registros são fortalecidos e a cooperação é formalizada e avaliada.

Palavras-chave: Promoção da saúde; Atenção primária; Participação juvenil.

1 INTRODUÇÃO

A saúde de adolescentes não se reduz à ausência de doença nem pode ser explicada apenas por escolhas individuais. Condições de moradia, renda, escolarização, segurança, circulação no território, disponibilidade de equipamentos públicos, relações familiares e comunitárias e acesso a experiências culturais, esportivas e de lazer interferem nas possibilidades de viver, conviver e construir projetos para o futuro. Essa concepção ampliada está presente na legislação fundadora do Sistema Único de Saúde e permanece nos documentos contemporâneos de promoção e planejamento em saúde, que reconhecem a influência dessas condições sobre a saúde da população (BRASIL, 1990, 2024; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2021).

A compreensão da saúde como produção social possui um de seus marcos internacionais na Carta de Ottawa (1986), que apresentou a promoção da saúde como um processo relacionado à autonomia, à participação comunitária, à construção de ambientes favoráveis e à articulação entre diferentes setores. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2021). No Brasil, a

DOI: 10.51161/iv-conasus/90075

Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) incorpora essa perspectiva e estabelece como princípios a equidade, a participação social, a autonomia, a territorialidade e a intersetorialidade. A política também inclui as práticas corporais e atividades físicas entre seus temas prioritários, considerando sua relação com a cultura local, a convivência, os espaços públicos e a organização comunitária (BRASIL, 2018). Nessa perspectiva, o território não constitui somente uma delimitação administrativa, mas o espaço no qual necessidades, vínculos, conflitos, recursos e redes de apoio se tornam concretos.

As Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens reforçam que o cuidado desse público requer estratégias intersetoriais e uma abordagem orientada pelos determinantes da saúde. Participação juvenil, projeto de vida, ética, cidadania e cultura de paz aparecem como eixos estruturantes das ações dirigidas a adolescentes e jovens (BRASIL, 2010). Essa orientação permanece atual no Plano Nacional de Saúde (PNS) 2024–2027, que reconhece a baixa utilização dos serviços de saúde por adolescentes e a necessidade de estratégias inovadoras para superar barreiras de acesso (BRASIL, 2024)

Essa formulação amplia a compreensão sobre os atores que podem contribuir para a promoção da saúde. Os serviços do SUS são indispensáveis, mas não esgotam os recursos existentes em uma comunidade. Escolas, associações, coletivos culturais, projetos esportivos e outras iniciativas da sociedade civil podem oferecer espaços de encontro, participação e mobilização territorial. A própria PNPS prevê a articulação entre o SUS, as redes de proteção social, os equipamentos comunitários e os diferentes atores presentes no território (BRASIL, 2018). O PNS 2024–2027 também reconhece as organizações, os grupos juvenis e as redes comunitárias existentes em territórios socialmente vulnerabilizados como potências locais de solidariedade e transformação (BRASIL, 2024). Isso não transforma automaticamente essas iniciativas em serviços de saúde nem permite presumir resultados sanitários. Sua relevância potencial encontra-se na capacidade de dialogar com necessidades territoriais e construir cooperação com políticas públicas, respeitando competências e responsabilidades.

A simples participação esportiva não assegura o desenvolvimento de habilidades para a vida, inclusão, proteção ou desenvolvimento positivo. Essas possibilidades dependem da maneira como as atividades são organizadas, dos vínculos estabelecidos, da intencionalidade pedagógica e das oportunidades oferecidas para reflexão e aplicação das aprendizagens em outros contextos (CIAMPOLINI et al., 2020).

O Basquete Viveiros trata-se de uma iniciativa comunitária gratuita criada em 2022 no bairro Viveiros, em Feira de Santana, Bahia. O projeto utiliza a quadra do Colégio Estadual Lázaro dos Santos Ferreira e atende principalmente adolescentes do próprio território. Sua continuidade oferece uma oportunidade de refletir sobre como uma prática comunitária de pequeno porte enfrenta barreiras de acesso, organiza ações pedagógicas e se relaciona com recursos locais. Desde seu primeiro ano de funcionamento, a quadra também recebeu, em ocasiões pontuais, ações de educação e atenção à saúde conduzidas por trabalhadores da unidade de saúde do bairro e estudantes da Universidade Estadual de Feira de Santana vinculados ao PET-Saúde. O objetivo deste trabalho é sistematizar a implantação e o funcionamento do Basquete Viveiros entre 2022 e 2026 e discutir, à luz da promoção da saúde e dos determinantes sociais, como essa experiência se articulou com ações de saúde realizadas no território.

2 RELATO DA EXPERIÊNCIA

O projeto foi criado em 2022 a partir da percepção de que crianças e adolescentes da comunidade demonstravam interesse pelo esporte, mas encontravam oferta local limitada e barreiras para frequentar atividades em outros pontos da cidade. Embora essas barreiras não

tenham sido mensuradas no âmbito da experiência, estudos nacionais e internacionais indicam que distância, disponibilidade de instalações, transporte, mensalidades, uniformes e materiais esportivos podem restringir a participação, especialmente entre pessoas e famílias com menor disponibilidade financeira e de tempo (CHRISTOFOLETTI et al., 2022; WESTERBEEK; EIME; OWEN, 2025). A primeira decisão organizacional foi, portanto, oferecer uma atividade inteiramente gratuita, sem exigência de uniforme, tênis específico ou bola própria.

As atividades ocorrem três vezes por semana na quadra do Colégio Estadual Lázaro dos Santos Ferreira. O uso de uma escola pública situada na própria comunidade foi adotado para reduzir a necessidade de deslocamentos longos e vincular o projeto a um equipamento conhecido pelos moradores. A escola oferece a referência espacial, enquanto o projeto amplia o uso comunitário da quadra por meio de uma prática regular. Essa relação não elimina dificuldades de infraestrutura, horários e manutenção, mas demonstra uma possibilidade de aproveitamento dos recursos existentes no território. A utilização de equipamentos sociais e espaços públicos locais está alinhada à territorialidade prevista na PNPS e à valorização das potencialidades presentes em territórios e periferias (BRASIL, 2018, 2024).

O público é formado predominantemente por adolescentes de 12 a 18 anos, embora crianças também tenham participado em diferentes momentos. Ao longo da trajetória do projeto, estima-se que mais de 80 crianças e adolescentes tenham frequentado ao menos uma atividade. A participação varia conforme escola, trabalho, responsabilidades familiares, deslocamentos, saúde, interesse e outras circunstâncias.

Nos encontros, o ensino do basquete abrange fundamentos técnicos, regras, situações de jogo e atividades coletivas. Entretanto, a proposta não se restringe ao treinamento para desempenho competitivo. Rodas de conversa, dinâmicas, organização de materiais, construção de regras de convivência e distribuição de pequenas responsabilidades integram a rotina. Campeonatos, viagens e atividades comunitárias são realizados quando existem condições organizacionais e apoio suficiente. Esses momentos ampliam o repertório de experiências oferecidas, mas não são tratados como recompensa exclusiva para os participantes com melhor rendimento esportivo.

A intencionalidade pedagógica parte da compreensão de que possíveis aprendizagens associadas ao esporte precisam ser nomeadas, exercitadas e discutidas. Cooperação, comunicação, tomada de decisão, responsabilidade e manejo de conflitos não emergem inevitavelmente de uma partida. O desenvolvimento e a aplicação de habilidades para a vida dependem de objetivos explícitos, relações significativas, ambientes positivos, oportunidades de reflexão e mediação pedagógica (CIAMPOLINI et al., 2020). Situações de treino e jogo podem, inclusive, reproduzir exclusões, hierarquias e agressões quando as práticas são organizadas sem atenção às desigualdades, às relações de poder e às experiências dos participantes (PARK et al., 2025). Por isso, a condução procura combinar desafio esportivo com participação, explicação das decisões e possibilidade de revisão dos combinados.

A continuidade do projeto apoia-se no trabalho de coordenação, na disponibilidade da quadra, nos materiais esportivos e nas relações construídas na comunidade. Essa base local representa uma força e, simultaneamente, uma fragilidade. Estudos sobre organizações comunitárias de esporte para o desenvolvimento mostram que recursos humanos e financeiros, infraestrutura, processos internos, planejamento e relações institucionais constituem dimensões fundamentais de sua capacidade organizacional (CLUTTERBUCK; DOHERTY, 2019).

Desde o primeiro ano de funcionamento do Basquete Viveiros, a quadra recebeu, em ocasiões pontuais, ações de saúde conduzidas por trabalhadores da unidade de saúde do bairro e estudantes da UEFS vinculados ao PET-Saúde. Os participantes do projeto foram mobilizados e participaram dessas ações. O PET-Saúde desenvolvido pela UEFS e pela Secretaria Municipal de Saúde de Feira de Santana foi estruturado para promover a integração ensino-serviço-comunidade, reunindo estudantes, docentes e trabalhadores do SUS em ações relacionadas à

formação e à atenção à saúde (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA, 2022). A experiência relatada demonstra como a quadra pode funcionar como ponto de encontro entre iniciativa comunitária, universidade e Atenção Primária, aproximando atividades de educação e prevenção do cotidiano dos adolescentes.

3 DISCUSSÃO

A leitura da experiência, à luz dos princípios de equidade, territorialidade, participação social e intersetorialidade presentes na PNPS e no planejamento atual do SUS, permite identificar cinco componentes de interesse para a promoção da saúde em perspectiva territorial: redução de barreiras econômicas imediatas, continuidade da oferta em espaço reconhecido, intencionalidade pedagógica, mobilização de recursos comunitários e articulação intersetorial pontual (BRASIL, 2018a; BRASIL, 2024). Esses componentes se relacionam, mas não equivalem a desfechos de saúde. Eles descrevem como a iniciativa organiza oportunidades de participação e quais condições precisam ser consideradas caso se pretenda desenvolver ações intersetoriais ou avaliar resultados posteriormente.

O primeiro componente é o acesso. Gratuidade, dispensa de uniforme e oferta de materiais reduzem custos diretos que poderiam afastar participantes. A realização das atividades no próprio território também pode diminuir custos e tempo de deslocamento. Revisões recentes mostram, entretanto, que a participação em práticas corporais e esportivas é influenciada por barreiras econômicas, ambientais, pessoais e sociais, incluindo disponibilidade de equipamentos, transporte, segurança, apoio social, gênero, deficiência e experiências de discriminação (CHRISTOFOLETTI et al., 2022; WESTERBEEK; EIME; OWEN, 2025).. Uma iniciativa inclusiva precisa examinar continuamente suas próprias barreiras e evitar que a gratuidade seja apresentada como prova suficiente de equidade.

O segundo componente é a regularidade em um equipamento comunitário. A realização de três encontros semanais foi organizada para caracterizar o projeto como uma oferta recorrente, e não somente como evento pontual. A quadra escolar insere a atividade em um espaço público de referência. As Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens já reconheciam a escola, a comunidade e a ação intersetorial como espaços estratégicos para aproximar iniciativas do cotidiano juvenil; o Plano Nacional de Saúde 2024–2027 mantém a atenção às desigualdades territoriais e às barreiras de acesso aos serviços e às políticas públicas (BRASIL, 2010; BRASIL, 2024).

O terceiro componente é a intencionalidade pedagógica. A literatura sobre desenvolvimento juvenil por meio do esporte adverte que a participação esportiva isolada não garante a aprendizagem de habilidades para a vida. Para que cooperação, comunicação, responsabilidade e manejo de conflitos sejam trabalhados, são necessárias estratégias deliberadas, relações educativas positivas, momentos de reflexão e oportunidades de aplicação em outros contextos (CIAMPOLINI et al., 2020; PARK et al., 2025). No Basquete Viveiros, rodas de conversa, dinâmicas, regras pactuadas e responsabilidades são tentativas de criar essas oportunidades.

O quarto componente é a inserção em relações locais. A promoção da saúde orientada pela participação social requer reconhecer sujeitos e comunidades como participantes da construção das respostas, e não como receptores passivos. De forma semelhante, abordagens contemporâneas do desenvolvimento juvenil por meio do esporte defendem iniciativas culturalmente responsivas, conduzidas com participação ativa dos jovens e atentas às desigualdades estruturais existentes nos territórios (BRASIL, 2018a; PARK et al., 2025).

O quinto componente é a articulação intersetorial pontual. As ações realizadas na quadra mostram que o diálogo com o SUS não é apenas uma possibilidade futura, embora permaneça pouco formalizado. A Atenção Primária à Saúde organiza-se por territorialização, vínculo,

acompanhamento das pessoas e famílias e responsabilização entre equipes e população, considerando também as condições de vida existentes no território (BRASIL, 2025a). Na experiência relatada, trabalhadores da unidade de saúde e estudantes vinculados ao PET-Saúde aproximaram educação em saúde e procedimentos preventivos de um espaço frequentado por adolescentes, enquanto o projeto colaborou com a mobilização dos participantes. Essa atuação é coerente com o objetivo de integração ensino-serviço-comunidade atribuído institucionalmente ao PET-Saúde desenvolvido pela UEFS em articulação com trabalhadores do SUS (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA, 2022).

As diretrizes para a saúde de adolescentes oferecem pontos concretos para esse diálogo, especialmente participação juvenil, projeto de vida, cidadania e cultura de paz. Embora publicadas em 2010, essas diretrizes permanecem como referência estruturante do Ministério da Saúde e podem ser lidas em conjunto com o PNS 2024–2027, que atualiza prioridades, desigualdades e desafios de acesso presentes no SUS (BRASIL, 2010; BRASIL, 2024). No âmbito do projeto, esses temas podem aparecer em atividades pedagógicas; no âmbito da saúde, podem orientar escuta, prevenção e cuidado integral. A complementaridade depende de clareza de papéis. O projeto pode acolher, orientar e informar, mas situações de sofrimento, violência ou necessidade clínica exigem fluxos seguros e profissionais habilitados. Da mesma forma, o serviço de saúde pode apoiar articulações e oferecer orientação técnica, mas não deve presumir que toda prática esportiva comunitária esteja preparada para executar ações sanitárias.

A perspectiva dos determinantes sociais ajuda a evitar duas simplificações. A primeira é reduzir a promoção da saúde à recomendação individual de atividade física, desconsiderando se existem espaços, materiais, segurança, apoio e tempo disponíveis. A segunda é celebrar uma iniciativa voluntária como substituta de políticas públicas permanentes. Políticas nacionais e pesquisas recentes sobre o esporte comunitário mostram que acesso e continuidade dependem de condições materiais, financiamento, infraestrutura, trabalho organizacional e respostas orientadas pela equidade (BRASIL, 2018a; BRASIL, 2024; WESTERBEEK; EIME; OWEN, 2025). O Basquete Viveiros evidencia capacidade de mobilização comunitária, mas também expõe a dependência de infraestrutura, recursos e trabalho de coordenação. Seu reconhecimento deve fortalecer reivindicações por investimento público e cooperação institucional, e não naturalizar a precariedade.

Este relato apresenta limitações importantes. Foi elaborado pelo fundador e coordenador, posição que oferece conhecimento direto, mas também pode favorecer uma leitura positiva da experiência. Não incorpora as perspectivas de participantes, familiares, escola, trabalhadores da unidade de saúde, estudantes do PET-Saúde ou outros atores da comunidade. As ações de saúde não possuem registros consolidados no projeto, impedindo precisar datas, frequência, cobertura e resultados. Não há comparação, acompanhamento longitudinal ou mensuração de desfechos. A articulação com o SUS foi concreta, porém pontual, e não configura parceria institucional permanente confirmada.

Esses limites não anulam a utilidade do relato, mas definem corretamente seu alcance. Relatos de experiência podem produzir conhecimento ao sistematizar vivências profissionais, explicitar escolhas, relacioná-las à literatura e submetê-las à reflexão crítica, sem que isso transforme observações em evidências de efetividade (MUSSI; FLORES; ALMEIDA, 2021). Neste caso, a contribuição consiste em mostrar que acesso material, presença territorial, mediação pedagógica e sustentabilidade organizacional precisam ser examinados conjuntamente. Também consiste em propor que a aproximação entre esporte comunitário e promoção da saúde seja construída por pactuação, avaliação e respeito à autonomia dos sujeitos, e não por associação retórica entre esporte e benefícios universais.

4 CONCLUSÃO

O Basquete Viveiros constitui uma experiência comunitária gratuita que, entre 2022 e 2026, organizou uma oferta regular de basquetebol para crianças e adolescentes em um território periférico de Feira de Santana. Sua implantação evidencia a importância de reduzir barreiras econômicas imediatas, utilizar equipamentos reconhecidos pela comunidade, conferir intencionalidade pedagógica às práticas esportivas e sustentar relações locais. Esses elementos aproximam a experiência de princípios presentes nas políticas de promoção da saúde e atenção integral a adolescentes, sobretudo territorialidade, equidade, participação e intersetorialidade.

Essa aproximação deve ser interpretada com precisão. O projeto não é um serviço do SUS, não possui parceria formal de saúde confirmada e não avaliou efeitos sobre saúde, escolarização ou desenvolvimento dos participantes. Assim, a experiência não demonstra eficácia sanitária. Sua principal contribuição é oferecer uma base concreta para discutir como iniciativas da sociedade civil podem ser reconhecidas em diagnósticos territoriais e participar de cooperações futuras sem substituir políticas públicas.

Como próximos passos, recomenda-se fortalecer registros de implementação com proteção de dados, criar mecanismos de participação juvenil, distribuir responsabilidades organizacionais e formalizar o diálogo já iniciado com escola, atenção primária, UEFS, assistência social e política municipal de esporte. Uma eventual avaliação deverá incluir as perspectivas dos adolescentes e dos parceiros, observar requisitos éticos e distinguir processos, resultados e atribuição causal. Com essas cautelas, o esporte comunitário pode integrar redes territoriais de promoção da saúde como espaço de participação e prática corporal, preservando sua identidade educativa e comunitária.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. *Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018a. Disponível em:

BRASIL. Ministério da Saúde. *Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas e agravos não transmissíveis no Brasil 2021–2030*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Plano Nacional de Saúde 2024–2027*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. *O que é o componente de vínculo e acompanhamento territorial do cofinanciamento federal da APS?* Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2025a.

BRASIL. Presidência da República. *Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Brasília, DF: Presidência da República, 1990.

BRASIL. Presidência da República. *Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018: Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais*. Brasília, DF: Presidência da República, 2018b.

BRASIL. Presidência da República. *Decreto nº 12.651, de 7 de outubro de 2025*. Regulamenta a Lei nº 14.874, de 28 de maio de 2024, sobre pesquisas com seres humanos. Brasília, DF: Presidência da República, 2025b.

CHRISTOFOLETTI, Marina et al. Barreiras e facilitadores para a prática de atividade física em diferentes domínios no Brasil: uma revisão sistemática. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 27, n. 9, p. 3487–3502, 2022. DOI: https://doi.org/10.1590/1413-81232022279.04902022.

CIAMPOLINI, Vitor; MILISTETD, Michel; KRAMERS, Sara; NASCIMENTO, Juarez Vieira do. O que são *life skills* e como integrá-las no esporte brasileiro para promover o desenvolvimento positivo de jovens? *Journal of Physical Education*, v. 31, e3150, 2020. DOI: https://doi.org/10.4025/jphyseduc.v31i1.3150.

CLUTTERBUCK, Ryan; DOHERTY, Alison. Organizational capacity for domestic sport for development. *Journal of Sport for Development*, v. 7, n. 12, p. 16–32, 2019. D

MUSSI, Ricardo Fraklin de Freitas; FLORES, Fabio Fernandes; ALMEIDA, Cláudio Bispo de. Pressupostos para a elaboração de relato de experiência como conhecimento científico. *Práxis Educacional*, v. 17, n. 48, p. 60–77, 2021. DOI: https://doi.org/10.22481/praxisedu.v17i48.9010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Ottawa Charter for Health Promotion*. Ottawa: OMS, 1986.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Health Promotion Glossary of Terms 2021*. Genebra: OMS, 2021.

PARK, Doo Jae; CHOI, Wonjun; LEE, Wonju; SHIN, NaRi. A critical theoretical approach to sport-based youth development research: Yosso's Community Cultural Wealth Framework. *Youth*, v. 5, n. 2, art. 40, 2025. DOI: https://doi.org/10.3390/youth5020040.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA. *Edital nº 01/2022: seleção de docentes e trabalhadores do SUS para o PET-Saúde/Gestão e Assistência 2022/2023*. Feira de Santana: UEFS, 2022.

VAHID, Tom; RÜTTI, Tanya; BERGMAN, Zinette; BERGMAN, Manfred Max. Evaluating the impact of Sport for Development activities on children through observational and visual data collection and a guiding framework. *Journal of Sport for Development*, v. 12, n. 1, 2024.

WESTERBEEK, Hans; EIME, Rochelle; OWEN, Katherine. The costs of participation in and delivery of community sport in Australia: a narrative review. *Frontiers in Sports and Active Living*, v. 7, art. 1641527, 2025. DOI: https://doi.org/10.3389/fspor.2025.1641527.

EVOLUÇÃO FUNCIONAL DE PARTICIPANTES IDOSAS EM GRUPO FISIOTERAPÊUTICO VOLTADO À PREVENÇÃO DE QUEDAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

ANA PAULA CAMARGO ZANDONADI; ANA PAULA MILAGRE BELMIRO; SUELEM PAMELA DA SILVA ANSCHAU; CHRISTIAN LINDEBERGUE DOS SANTOS ROCHA; ANDRIELE DOS SANTOS RIBEIRO

Introdução: As quedas constituem importante agravo à saúde da pessoa idosa, pois podem resultar em fraturas, perda de independência funcional e maior demanda por reabilitação. O envelhecimento populacional reforça a necessidade de ações de promoção da saúde e prevenção de agravos. Na Atenção Primária, grupos fisioterapêuticos favorecem o rastreamento de alterações funcionais e intervenções preventivas. Em Santa Luzia d'Oeste, Rondônia, foi implantado grupo de exercícios pela Residência Multiprofissional, em parceria com o CRAS. **Objetivo:** Descrever a evolução da força muscular, mobilidade funcional e equilíbrio de participantes acompanhadas em grupo de prevenção de quedas. **Metodologia:** Estudo descritivo, longitudinal, com 16 participantes do sexo feminino acompanhadas entre 2024 e 2026. Em 2024, foram avaliadas idade e força muscular pela escala Medical Research Council. Em 2026, realizou-se reavaliação da força muscular e aplicaram-se o Timed Up and Go e a Escala de Equilíbrio de Berg. O grupo realizou exercícios de fortalecimento, equilíbrio, e coordenação motora, duas vezes por semana. Também foram analisados o livro-ata e a lista de espera da fisioterapia quanto a fraturas decorrentes de quedas, entorses e retornos recorrentes de pessoas idosas. **Resultados:** A idade média inicial foi de 62,8 anos. A força muscular média aumentou de 3,81 pontos, em 2024, para 4,50, em 2026. Dez participantes (62,5%) melhoraram a força muscular e seis mantiveram a classificação inicial. O Timed Up and Go apresentou média de 11,02±1,68 segundos. A Escala de Equilíbrio de Berg apresentou média de 53,94±3,42 pontos; 13 participantes (81,3%) obtiveram 54 pontos ou mais e uma apresentou escore inferior a 45 pontos. Antes da implantação do grupo, idosas com histórico de quedas demandavam atendimentos individuais recorrentes, inclusive bimestrais. Posteriormente, observou-se redução desses retornos e de novas solicitações de reabilitação relacionadas a quedas, ampliando a disponibilidade de vagas. **Conclusão:** O aumento da força muscular e o desempenho favorável de equilíbrio na maior parte das participantes, associados à redução observada de demandas recorrentes por fisioterapia individual relacionadas a quedas, sugerem benefício clínico-assistencial da estratégia. Esses achados indicam que grupos de prevenção de quedas não apenas contribuem para a redução de agravos, mas também para a diminuição das listas de espera.

Palavras-chave: **PREVENÇÃO; QUEDAS; FISIOTERAPIA**

DOI: 10.51161/iv-conasus/90089

PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UTILIZAÇÃO, POTENCIALIDADES E DESAFIOS NA AVALIAÇÃO DE RESULTADOS

GIULIANA FACCO MACHADO

Introdução: O Projeto Terapêutico Singular (PTS) representa uma estratégia interdisciplinar e compartilhada para a organização do cuidado, especialmente relevante em contextos de necessidades complexas e de vulnerabilidades psicossociais. Sua elaboração abrange o diagnóstico biopsicossocial, a definição de metas, a distribuição de responsabilidades e a reavaliação, possibilitando a incorporação de dimensões clínicas, familiares e sociais ao planejamento terapêutico. Apesar de sua adoção no Sispersistem de Saúde, persistem desafios quanto à implementação e à mensuração de seus resultados. **Objetivo:** Analisar a utilização e as potencialidades do PTS na Atenção Primária à Saúde no Brasil, assim como as limitações associadas à avaliação de seus resultados. **Metodologia:** Foi realizada uma revisão bibliográfica da literatura científica sobre o PTS na Atenção Primária à Saúde, abrangendo estudos quantitativos e qualitativos, bem como revisões que abordaram sua utilização, construção, potencialidades, desafios e avaliação. Foram incluídos estudos nacionais sobre cuidado interdisciplinar, corresponsabilização, vulnerabilidade psicossocial e monitoramento do PTS. **Resultados:** Entre 2014 e 2023, foram registradas 423.793 reuniões de elaboração de PTS por equipes NASF/eMulti na APS brasileira, das quais 44,08% ocorreram no Sudeste e 29,38% no Nordeste. Entre 2019 e 2023, observou-se uma redução de 50,19% nessas atividades. A produção científica brasileira sobre PTS é predominantemente voltada à descrição de sua construção, implementação e potencialidades. Entre os benefícios descritos, destacam-se a ampliação do cuidado às dimensões biopsicossociais, a construção compartilhada de metas e a articulação interdisciplinar. Entretanto, são relatados baixa corresponsabilização entre equipe e usuário, fragmentação do trabalho, excesso de encaminhamentos e dificuldades de comunicação entre profissionais. Além disso, a ausência de indicadores padronizados permanece um desafio para a avaliação objetiva do PTS. **Conclusão:** O expressivo número de reuniões destinadas à elaboração de PTS demonstra sua utilização na APS brasileira; porém, a redução observada nos registros recentes e as limitações dos indicadores disponíveis evidenciam desafios para sua implementação e avaliação. O desenvolvimento de indicadores padronizados de processo e de resultado pode contribuir para mensurar a efetividade dessa estratégia de cuidado no SUS e orientar seu aprimoramento.

Palavras-chave: **SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE; ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE; EQUIPE DE SAÚDE**

DOI: 10.51161/iv-conasus/90095

MORTALIDADE MATERNA NO BRASIL NO PERÍODO PÓS-COVID-19: PERSISTÊNCIA DAS DESIGUALDADES REGIONAIS E DESAFIOS PARA O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

GIULIANA FACCO MACHADO

Introdução: A mortalidade materna permanece um indicador fundamental da qualidade da assistência e das desigualdades em saúde. No Brasil, persistem diferenças regionais: Norte e Nordeste apresentam maior proporção de causas obstétricas diretas, enquanto Sul e Sudeste concentram causas indiretas, o que reflete contextos socioeconômicos e de organização assistencial distintos. A pandemia de COVID-19 agravou esse cenário, elevando significativamente a mortalidade materna. Torna-se, portanto, relevante avaliar se a redução posterior desses indicadores foi acompanhada de uma recuperação equitativa entre as regiões. **Objetivo:** Analisar a trajetória da mortalidade materna no Brasil no período pós-COVID-19, com ênfase na persistência das desigualdades regionais e nos desafios à vigilância e à assistência materna no Sistema. **Metodologia:** Foi realizada uma revisão bibliográfica de estudos nacionais sobre mortalidade materna, priorizando análises de séries temporais, estudos ecológicos e investigações baseadas no Sistema de Informações sobre Mortalidade e no Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos. As evidências analisadas abrangem o período pandêmico e a recuperação subsequente, considerando diferenças regionais, causas de óbito e limitações relacionadas ao sub-registro e à investigação da mortalidade materna. **Resultados:** A razão de mortalidade materna no Brasil atingiu 113,14 óbitos por 100.000 nascidos vivos em 2021, com tendência de retorno aos níveis pré-pandêmicos em 2022 e 2023. Entre março de 2020 e maio de 2021, o excesso de mortalidade materna foi de 70%, com impacto regional heterogêneo e maior comprometimento inicial nas regiões Norte e Nordeste. Apesar da redução posterior, persistem desigualdades relacionadas à infraestrutura assistencial, ao acesso aos serviços e perfil das causas maternas. A interpretação das tendências é limitada pela qualidade variável da investigação e da codificação dos óbitos. Um estudo nacional identificou 3.480 óbitos adicionais potencialmente maternos não adequadamente codificados, cuja inclusão elevaria a razão mediana de mortalidade materna de 58,2 para 67,5 por 100.000 nascidos vivos. **Conclusão:** A redução da mortalidade materna após o pico pandêmico não deve ser interpretada isoladamente como recuperação equitativa da saúde materna. A persistência das desigualdades regionais e das limitações na vigilância reforça a necessidade de fortalecer a assistência obstétrica, a investigação de óbitos e a implementação de estratégias regionalmente orientadas no Sistema Único de Saúde.

Palavras-chave: **MORTALIDADE MATERNA; SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE; DESIGUALDADES EM SAÚDE**

DOI: 10.51161/iv-conasus/90097

SÍFILIS CONGÊNITA COMO EVENTO POTENCIALMENTE EVITÁVEL: OPORTUNIDADES PERDIDAS NO PRÉ-NATAL E DESAFIOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

GIULIANA FACCO MACHADO

Introdução: A sífilis congênita é considerada um evento evitável por meio do diagnóstico e do tratamento adequados da infecção materna durante a gestação. No entanto, a persistência dessa condição no Brasil demonstra que a alta cobertura do acompanhamento pré-natal, por si só, não assegura a efetividade das ações de prevenção da transmissão vertical. Deficiências na testagem, no início oportuno do tratamento e na continuidade do cuidado representam oportunidades perdidas, o que ressalta o papel central da Atenção Primária à Saúde (APS) na organização da assistência pré-natal. **Objetivo:** Analisar as principais oportunidades perdidas na prevenção da sífilis congênita durante o acompanhamento pré-natal, com ênfase no papel da Atenção Primária à Saúde no Brasil. **Metodologia:** O trabalho consiste em uma revisão da literatura publicada entre 2018 e 2026, com o objetivo de identificar os pontos de vulnerabilidade na linha de cuidado para prevenção da transmissão vertical da sífilis. Foram incluídos estudos nacionais e documentos de referência que abordam assistência pré-natal, testagem para sífilis, tratamento materno e atuação dos profissionais da APS, priorizando evidências sobre oportunidades perdidas de prevenção. **Resultados:** A ocorrência da sífilis congênita mostrou-se relacionada não apenas ao acesso ao pré-natal, mas principalmente à efetividade das intervenções realizadas durante o acompanhamento. Um estudo ecológico com 257 municípios brasileiros identificou uma incidência média de sífilis congênita 57% maior nos municípios em que menos de 50% das unidades de Atenção Primária ofereciam teste rápido para sífilis. Por outro lado, indicadores como início precoce e número mínimo de consultas pré-natais não apresentaram associação estatisticamente significativa com a incidência, o que indica limitações desses parâmetros isolados para avaliar a qualidade do cuidado. Em outra publicação, cerca de 30% dos profissionais da APS nunca haviam recebido capacitação para o manejo da sífilis, enquanto 35,2% desconheciam a possibilidade de administrar penicilina benzatina na própria unidade. **Conclusão:** A persistência da sífilis congênita revela oportunidades perdidas ao longo do cuidado pré-natal, mesmo diante do acesso aos serviços de saúde. A ampliação da testagem, o tratamento oportuno na Atenção Primária e a capacitação das equipes são estratégias fundamentais para converter a cobertura pré-natal em prevenção efetiva da transmissão vertical.

DOI: 10.51161/iv-conasus/90099

Palavras-chave: **ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE; CUIDADO PRÉ-NATAL; SÍFILIS CONGÊNITA**

DOI: 10.51161/iv-conasus/90099

DESAFIOS DA ENFERMAGEM NO CUIDADO ÀS PESSOAS COM DOENÇAS RARAS NO SUS

VYCTÓRIA LOHAYNNE DE SOUZA PONTE

RESUMO

As doenças raras representam um desafio para os sistemas de saúde devido à diversidade de condições existentes, à dificuldade no diagnóstico e à necessidade de acompanhamento especializado. No Sistema Único de Saúde (SUS), a assistência às pessoas com essas condições exige articulação entre diferentes serviços e profissionais, tornando a atuação da enfermagem relevante para a continuidade e integralidade do cuidado. O presente estudo teve como objetivo analisar os principais desafios enfrentados pela enfermagem na assistência às pessoas com doenças raras no Sistema Único de Saúde. Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, de caráter descritivo, realizada a partir da busca de estudos nas bases PubMed/MEDLINE, SciELO e LILACS, considerando publicações entre 2021 e 2026, nos idiomas português, inglês e espanhol. Foram considerados estudos relacionados às doenças raras e à atuação da enfermagem, assistência, cuidado ou serviços de saúde. A análise dos estudos selecionados evidenciou desafios relacionados principalmente à insuficiência de conhecimentos específicos, à necessidade de capacitação profissional, às dificuldades no percurso diagnóstico, ao acesso aos serviços especializados e à continuidade do cuidado. Também foram identificadas necessidades relacionadas à utilização de instrumentos específicos para a prática de enfermagem e ao apoio aos familiares e cuidadores. Os achados indicam que a enfermagem possui papel importante na educação em saúde, orientação de pacientes e familiares, acompanhamento e coordenação da assistência. Conclui-se que o fortalecimento da formação profissional e da articulação entre os diferentes níveis de atenção pode contribuir para qualificar o cuidado às pessoas com doenças raras no SUS de forma integral e adequada.

Palavras-chave: Capacitação profissional; Integralidade; Rede de atenção.

1 INTRODUÇÃO

As doenças raras constituem um importante desafio para os sistemas de saúde devido à diversidade de condições existentes e à complexidade das necessidades apresentadas pelas pessoas afetadas. No Brasil, a atenção a essa população está inserida no Sistema Único de Saúde (SUS), que estabelece uma rede de cuidado voltada ao diagnóstico, acompanhamento e tratamento, articulando diferentes níveis de atenção à saúde. Esse cenário exige uma assistência contínua e multiprofissional, capaz de considerar não apenas as necessidades clínicas, mas também os aspectos sociais, emocionais e familiares relacionados à vivência dessas condições.

A complexidade das doenças raras pode dificultar o reconhecimento das manifestações clínicas e prolongar o percurso até o diagnóstico, o que torna necessária a atuação articulada de diferentes profissionais e serviços. Nesse contexto, a enfermagem participa de diferentes etapas do cuidado, incluindo educação em saúde, orientação de pacientes e familiares, acompanhamento longitudinal e coordenação da assistência. A atuação profissional, portanto,

DOI: 10.51161/iv-conasus/90101

não se limita aos procedimentos clínicos, mas também envolve comunicação, identificação de necessidades e integração do cuidado.

Apesar dessa relevância, a assistência pode ser prejudicada por lacunas de conhecimento específico, dificuldades de acesso a serviços especializados e limitações na articulação entre os níveis de atenção. A necessidade de ampliar competências profissionais e organizar estratégias de cuidado para condições pouco frequentes também se relaciona à diversidade de manifestações e às necessidades particulares de cada pessoa. Dessa forma, compreender os desafios encontrados pela enfermagem é importante para identificar possibilidades de qualificação da assistência e de fortalecimento da integralidade no SUS.

Diante desse contexto, o presente estudo teve como objetivo analisar os principais desafios enfrentados pela enfermagem na assistência às pessoas com doenças raras no Sistema Único de Saúde.

2 MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, de caráter descritivo, realizada com o objetivo de analisar os principais desafios enfrentados pela enfermagem na assistência às pessoas com doenças raras no Sistema Único de Saúde. A revisão integrativa foi escolhida por permitir a reunião e a síntese de diferentes estudos relacionados ao problema investigado, possibilitando uma visão ampla dos aspectos que interferem na prática de enfermagem.

A busca bibliográfica foi realizada nas bases PubMed/MEDLINE, SciELO e LILACS, considerando publicações entre 2021 e 2026, nos idiomas português, inglês e espanhol. Foram utilizados termos relacionados às doenças raras, enfermagem, assistência de enfermagem, cuidado e serviços de saúde, combinados por meio dos operadores booleanos AND e OR, de acordo com as características de cada base consultada.

Foram incluídos estudos que abordassem doenças raras em relação à atuação da enfermagem, assistência, cuidado ou serviços de saúde. Foram excluídos estudos duplicados, trabalhos que não apresentassem relação com o objetivo proposto, estudos exclusivamente laboratoriais ou genéticos sem abordagem relacionada ao cuidado e textos que não permitissem análise do conteúdo pertinente à questão investigada.

A seleção dos estudos ocorreu inicialmente pela leitura de títulos e resumos, seguida da leitura dos textos completos considerados pertinentes. Para a organização da análise, foram extraídas informações referentes aos autores, ano de publicação, objetivo, método, contexto, principais achados e desafios relacionados à enfermagem. Os achados foram agrupados de forma descritiva em categorias temáticas relacionadas à formação e ao conhecimento profissional, percurso diagnóstico, organização dos serviços, continuidade do cuidado, assistência especializada e apoio a familiares e cuidadores.

A análise buscou identificar convergências entre os estudos e compreender como os diferentes obstáculos se relacionam no percurso assistencial das pessoas com doenças raras. Por se tratar de revisão de literatura, os resultados apresentados correspondem à síntese dos achados dos estudos selecionados, não sendo realizadas estimativas próprias de prevalência ou análises estatísticas adicionais.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise da literatura evidenciou que os desafios para a enfermagem no cuidado às pessoas com doenças raras são multidimensionais e envolvem tanto aspectos relacionados à formação profissional quanto questões estruturais e organizacionais dos serviços de saúde. Entre os principais pontos identificados destacaram-se a insuficiência de conhecimentos específicos, a necessidade de capacitação, as dificuldades no percurso diagnóstico, o acesso aos serviços especializados e a continuidade do cuidado.

A formação e o conhecimento profissional apareceram como aspectos centrais. A revisão sistemática de Muñóz Sánchez et al. (2025) aponta limitações no conhecimento dos enfermeiros sobre doenças raras e reforça a necessidade de educação e capacitação específicas. Em sentido semelhante, Nafría-Soria, Salcedo-de Diego e Serrano-Gallardo (2025) discutem competências avançadas de enfermagem e destacam a necessidade de desenvolver conhecimentos especializados para responder às demandas de pessoas com doenças raras. Esses achados sugerem que a formação insuficiente pode dificultar a identificação de necessidades e a tomada de decisões no cotidiano assistencial.

A diversidade das doenças raras exige que a qualificação profissional vá além de conhecimentos gerais, favorecendo o reconhecimento de sinais e necessidades, a orientação de pacientes e familiares e o encaminhamento de situações que demandem avaliação especializada. Nesse sentido, a educação permanente pode aproximar o conhecimento disponível da realidade dos serviços.

Outro desafio identificado está relacionado ao percurso diagnóstico. Dwyer e Somanadhan (2025) discutem o papel da enfermagem no avanço do cuidado às pessoas com doenças genéticas raras, destacando a relevância da atuação dos enfermeiros diante de necessidades complexas e do acompanhamento ao longo do cuidado. As dificuldades para alcançar o diagnóstico podem repercutir na assistência, pois o atraso ou a fragmentação do percurso pode prolongar a busca por respostas e dificultar a organização de um plano de cuidado adequado. A enfermagem pode contribuir nesse processo por meio da observação clínica, registro, orientação, comunicação com a equipe e acompanhamento das necessidades apresentadas pelo paciente.

A organização da rede de atenção também constitui um ponto importante. Ferreira et al. (2023) identificaram que conceitos relacionados à atenção primária podem favorecer a assistência às pessoas com doenças raras, especialmente por meio do acompanhamento longitudinal, da coordenação e da integração do cuidado. Entretanto, limitações de conhecimento e experiência dos profissionais e dificuldades de articulação entre os serviços podem comprometer a continuidade da assistência. No contexto do SUS, esse resultado reforça a importância da integração entre atenção primária e serviços especializados para reduzir a fragmentação do cuidado.

A continuidade da assistência é especialmente relevante porque as necessidades podem persistir ao longo do tempo e exigir acompanhamento por diferentes profissionais e pontos da rede. A comunicação adequada entre os serviços e a atuação da enfermagem na orientação e coordenação do cuidado podem reduzir a fragmentação da assistência.

A necessidade de conhecimentos e instrumentos específicos para a prática de enfermagem também foi evidenciada no estudo sobre epidermólise bolhosa. Araujo et al. (2023) desenvolveram uma terminologia especializada com 480 termos relacionados ao cuidado de crianças e adolescentes, sendo 207 constantes na CIPE® e 273 não constantes. A presença de termos específicos relacionados às particularidades da doença demonstra a importância de instrumentos que auxiliem o enfermeiro na identificação das necessidades e no planejamento da assistência. Esse achado reforça que o cuidado às doenças raras não deve ser baseado apenas em conhecimentos gerais de enfermagem, exigindo preparo para situações clínicas específicas.

Além dos aspectos diretamente relacionados ao paciente, os estudos evidenciaram a importância da família no processo de cuidado. Pleutim et al. (2024), ao analisarem a prática de cuidado às pessoas com doença de Huntington na perspectiva de familiares cuidadores, identificaram necessidades relacionadas à rotina e às adaptações necessárias para o cuidado cotidiano. A participação dos familiares pode ser essencial para a continuidade da assistência, mas também pode produzir sobrecarga e demandar apoio profissional. Nesse sentido, a enfermagem pode atuar na orientação dos familiares, na educação em saúde e na identificação das necessidades tanto do paciente quanto de seus cuidadores.

A articulação dos resultados mostra que os desafios estão relacionados entre si: lacunas de conhecimento podem dificultar o reconhecimento de necessidades; dificuldades no percurso diagnóstico podem retardar o acesso ao cuidado; e barreiras de comunicação e integração podem comprometer a continuidade da assistência. Assim, a qualificação do cuidado depende de ações que articulem formação profissional, organização dos serviços e integração da rede.

Nesse cenário, a enfermagem pode contribuir para um cuidado mais integral por meio da educação em saúde, orientação, acompanhamento longitudinal, identificação de necessidades, comunicação com a equipe multiprofissional e articulação com diferentes serviços, desde que disponha de conhecimento atualizado e oportunidades de educação permanente.

O fortalecimento da assistência também depende da integração entre atenção primária e serviços especializados. A atenção primária pode favorecer o acompanhamento e a coordenação do cuidado, enquanto os serviços especializados oferecem conhecimentos e recursos específicos, tornando a comunicação entre esses pontos essencial para reduzir a fragmentação.

A participação de pacientes e familiares também deve ser considerada no planejamento do cuidado. Orientações claras sobre a condição, os cuidados cotidianos e os encaminhamentos podem favorecer autonomia e segurança, ao mesmo tempo em que o suporte profissional aos cuidadores ajuda a evitar a transferência excessiva da responsabilidade pelo cuidado à família.

Como limitação desta revisão, destaca-se a diversidade metodológica dos estudos analisados e a presença de pesquisas direcionadas a doenças raras específicas, o que pode limitar a generalização dos achados para todas as condições raras. Além disso, as diferenças entre doenças, contextos assistenciais e sistemas de saúde tornam necessário interpretar os resultados considerando as particularidades de cada realidade.

4 CONCLUSÃO

A análise da literatura permitiu compreender que a assistência às pessoas com doenças raras ainda apresenta obstáculos relacionados à preparação profissional, ao percurso diagnóstico, ao acesso aos serviços especializados e à continuidade do acompanhamento. Esses fatores podem dificultar a oferta de uma atenção integral e adequada às necessidades individuais.

A enfermagem apresenta papel importante nesse contexto, especialmente nas ações de educação em saúde, orientação de pacientes e familiares, acompanhamento e articulação da assistência. O fortalecimento da formação profissional, da educação permanente e da comunicação entre os diferentes níveis de atenção pode contribuir para reduzir a fragmentação do cuidado e qualificar a assistência no SUS.

Como perspectiva, recomenda-se ampliar a abordagem das doenças raras na formação em enfermagem, fortalecer estratégias de capacitação contínua e desenvolver instrumentos e processos de trabalho que favoreçam o reconhecimento das necessidades específicas dos pacientes e de seus cuidadores. A adoção de estratégias de comunicação e coordenação do cuidado pode contribuir para uma assistência mais integrada, contínua e humanizada.

REFERÊNCIAS

ARAUJO, B. G. S.; DANTAS, A. M. N.; BESERRA, P. J. F.; SILVA, K. L. Terminologia especializada de enfermagem para o cuidado com crianças e adolescentes com epidermólise bolhosa. Cogitare Enfermagem, Curitiba, v. 28, e88067, 2023. DOI: 10.1590/ce.v28i0.88067.

DWYER, A. A.; SOMANADHAN, S. Nursing's role in advancing care for rare genetic diseases. Nursing Clinics of North America, Philadelphia, v. 60, n. 2, p. 349-368, 2025. DOI: 10.1016/j.cnur.2024.12.005.

FERREIRA, R. L. et al. The utilisation of primary health care system concepts positively impacts the assistance of patients with rare diseases despite limited knowledge and experience by health care professionals: a qualitative synopsis of the evidence including approximately 78 000 individuals. Journal of Global Health, Edinburgh, v. 13, 04030, 2023. DOI: 10.7189/jogh.13.04030.

MUÑÓZ SÁNCHEZ, I. et al. Nurses' knowledge of rare diseases: a systematic review. Nursing Reports, Basel, v. 15, n. 9, 321, 2025. DOI: 10.3390/nursrep15090321.

NAFRÍA-SORIA, H.; SALCEDO-DE DIEGO, I.; SERRANO-GALLARDO, P. Advanced nursing competencies in rare diseases: a rapid realist review. Enfermería Clínica (English Edition), Barcelona, v. 35, n. 3, 102127, 2025. DOI: 10.1016/j.enfcle.2025.102127.

PLEUTIM, N. I. et al. Prática de cuidado às pessoas com doença de Huntington na perspectiva de familiares cuidadores. Cogitare Enfermagem, Curitiba, v. 29, e93093, 2024. DOI: 10.1590/ce.v29i0.93093.

INSEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL E SEUS IMPACTOS NA SAÚDE DA POPULAÇÃO: DESAFIOS PARA O SUS

LUARA SILVA NASCIMENTO

Introdução: A insegurança alimentar e nutricional constitui um importante problema social e de saúde pública, caracterizado pela dificuldade de acesso regular e permanente a alimentos em quantidade e qualidade adequadas. Essa situação está relacionada a fatores como pobreza, desemprego, desigualdade social e aumento do custo de vida, podendo provocar consequências para a saúde física e mental da população. Nesse contexto, o Sistema Único de Saúde (SUS) enfrenta desafios para prevenir e reduzir os impactos decorrentes da alimentação inadequada e da vulnerabilidade social. **Objetivo:** Analisar os impactos da insegurança alimentar e nutricional sobre a saúde da população e discutir os principais desafios enfrentados pelo SUS no cuidado e na prevenção desse problema. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão narrativa, de caráter descritivo, construída a partir da análise de conhecimentos científicos e informações relacionadas à insegurança alimentar, nutrição e saúde pública. Foram considerados aspectos sociais, nutricionais e de saúde associados à dificuldade de acesso aos alimentos. **Resultados:** A insegurança alimentar pode contribuir para o surgimento e agravamento de diferentes problemas de saúde, incluindo desnutrição, deficiências nutricionais, sobrepeso, obesidade e doenças crônicas não transmissíveis. Crianças, gestantes, idosos e famílias em situação de vulnerabilidade social estão entre os grupos mais afetados. Para o SUS, esse cenário representa um desafio que exige ações de prevenção, acompanhamento nutricional, promoção da alimentação adequada e articulação entre os diferentes setores das políticas públicas. A atuação dos profissionais de saúde, especialmente na atenção primária, é fundamental para identificar situações de vulnerabilidade e promover cuidados integrais. **Conclusão:** A insegurança alimentar e nutricional possui impactos significativos na saúde da população e está diretamente relacionada às desigualdades sociais. O enfrentamento desse problema pelo SUS depende do fortalecimento das ações de promoção da saúde, vigilância alimentar e nutricional e atenção integral, além da integração com políticas sociais que contribuam para garantir o acesso regular a alimentos adequados e saudáveis.

Palavras-chave: **INSEGURANÇA ALIMENTAR; NUTRIÇÃO; SAÚDE PÚBLICA**

DOI: 10.51161/iv-conasus/90102

O IMPACTO DOS JOGOS DE AZAR ON-LINE ("BETS") NA SAÚDE MENTAL E OS DESAFIOS DA GESTÃO FINANCEIRA DO SUS

JOYCE VASCONCELOS SANTOS; RENAN GUEDES DE BRITO

RESUMO

O crescimento das apostas virtuais no Brasil e o consequente aumento nos atendimentos por Transtorno do Jogo no Sistema Único de Saúde (SUS) evidenciam a necessidade de estratégias públicas integradas para enfrentar os impactos na saúde mental dos apostadores, bem como os desafios da gestão financeira pública. Diante dessa problemática, o presente estudo objetivou analisar de que forma o Acordo de Cooperação Técnica nº 39/2025, celebrado entre o Ministério da Fazenda e o Ministério da Saúde, auxilia a gestão financeira do SUS no planejamento e na execução de ações voltadas às populações afetadas pelas apostas on-line. A metodologia desenvolveu-se a partir do método qualitativo, com abordagem de análise de conteúdo, sendo realizada uma pesquisa bibliográfica, pautada na busca de artigos em bases de dados especializadas e na apreciação documental do acordo referido. Os resultados demonstraram que, embora o instrumento jurídico não envolva a transferência direta de recursos financeiros entre os partícipes, ele fortalece a gestão orçamentária e operacional ao otimizar a alocação de recursos humanos e institucionais na Rede de Atenção Psicossocial. Além disso, a análise léxica revelou um direcionamento das diretrizes para a estrutura das apostas e para ações coletivas de prevenção e redução de danos, tratando a questão de modo sistêmico, e não apenas individual. Conclui-se que a parceria intersetorial oferece suporte normativo essencial para mitigar os impactos fiscais e assistenciais sobre o sistema público de saúde, otimizando o planejamento das redes de cuidado. Como limitação, destaca-se o caráter eminentemente documental da análise inicial do instrumento, recomendando-se, para investigações futuras, o acompanhamento longitudinal da execução orçamentária do SUS, dos indicadores assistenciais na Atenção Primária e dos Centros de Atenção Psicossocial, após a consolidação das diretrizes acordadas pelos Ministérios.

Palavras-chave: Jogos de apostas; Bem-estar psíquico; Gestão de recursos do SUS.

1 INTRODUÇÃO

O Guia de Cuidado para Pessoas com Problemas Relacionados a Jogos de Apostas, ao contextualizar o histórico brasileiro associado à regulação desses jogos, certificou, a partir da Portaria n.º 1.231, de 31 de julho de 2024, elaborada pela Secretaria de Prêmios e Apostas (SPA), a necessidade de incorporar à regulação a prevenção e redução de danos à saúde mental, fato que reconheceu o tema como pauta de saúde pública (Brasil, 2026, p. 9). Fortalecendo essa concepção, foi celebrado o Acordo de Cooperação Técnica n° 39/2025 entre o Ministério da Fazenda e o Ministério da Saúde (Brasil, 2025).

Nesse sentido, o fato de existir essa parceria entre o Ministério da Fazenda (2026a), órgão responsável pela formulação e execução da política econômica do Brasil, e o Ministério da Saúde (2026b), órgão do Poder Executivo Federal responsável pela organização e elaboração de planos e políticas públicas voltados para a promoção, a prevenção e a assistência à saúde dos

DOI: 10.51161/iv-conasus/90133

brasileiros, evidencia o peso do Transtorno do Jogo como uma questão de saúde cujo impacto desafia a gestão financeira do SUS, realidade que justifica esta pesquisa.

Dessa forma, caracterizado pela 5ª edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5) como comportamento de jogo problemático persistente e recorrente, levando a sofrimento ou comprometimento clinicamente significativo, conforme indicado pela apresentação de quatro (ou mais) dos 9 critérios elencados pelo documento, em um período de 12 meses, o Transtorno do Jogo abre o capítulo do Manual referido que explica os transtornos não relacionados ao uso de substância (American Psychiatric Association, 2014, p. 585-586).

No contexto destacado, a importância do presente estudo está intimamente relacionada ao aumento no número de atendimentos realizados no SUS pelos CID-10 F63.0 (Jogo Patológico) e Z726 (Mania de Jogo e Aposta), entre janeiro de 2018 e maio de 2025, que foi de 104%, sendo 10.553 atendimentos em números absolutos (Brasil, 2026, p. 9). Nesse aspecto, do total de atendimentos, 4.316 foram ambulatoriais, que inclui aqueles realizados pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), e 6.237 na Atenção Primária à Saúde (APS), além de que, em 2024, 43% dos atendimentos foram realizados para mulheres e 57% para homens, com prevalência na faixa etária de 20 a 49 anos (Brasil, 2026, p. 9).

Ademais, é imprescindível ressaltar que as apostas esportivas virtuais, conhecidas como "bets", se consolidaram como a segunda modalidade de jogo mais praticada no Brasil, com quase um terço dos apostadores referindo utilizar sites com essa finalidade (32,1%, IC 95%: 27,5-37,0), de modo que tal modalidade ficou abaixo somente das loterias, as quais seguem como a forma de aposta mais comum no Brasil, sendo mencionadas por 71,3% (IC 95%: 66,6-75,6) dos apostadores (Madruga, 2025, p. 32). Em termos absolutos, a prevalência da população brasileira que reportou o uso de bets representa, segundo Madruga (2025, p. 32), mais de 9 milhões de pessoas (5,6%, IC 95%: 4,5 – 6,9).

Diante disso, foi levantada a seguinte pergunta de pesquisa: De que forma o Acordo de Cooperação Técnica n° 39/2025, celebrado entre o Ministério da Fazenda e o Ministério da Saúde, pode auxiliar a gestão financeira do SUS no desenvolvimento de estratégias de atenção à saúde mental voltadas a populações impactadas pelas apostas on-line?. Assim, foi desenvolvido o seguinte objetivo geral: Analisar de que forma o Acordo de Cooperação Técnica nº 39/2025 (MF/MS) auxilia a gestão financeira do SUS no planejamento e na execução de estratégias de atenção à saúde mental para populações impactadas pelas apostas online.

2 MATERIAL E MÉTODOS

O presente resumo trata-se de um estudo bibliográfico, sendo adotado como método de pesquisa o qualitativo, e como método de procedimento a análise de conteúdo. No contexto da pesquisa, será feita a análise de conteúdo do Acordo de Cooperação Técnica (ACT) nº 39/2025, celebrado entre o Ministério da Fazenda e o Ministério da Saúde. O objetivo metodológico consistiu em mapear as diretrizes de cooperação intersetorial e seus reflexos na gestão financeira e assistencial da saúde mental no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

A coleta de dados foi realizada por meio de buscas nas bases de dados do PubMed e da Literatura Sul-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), além de documentos oficiais do Ministério da Saúde e do Ministério da Fazenda. Utilizaram-se os descritores em inglês na busca do material, a partir dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS/MeSH): "Jogos de Azar", "Saúde Mental", "Sistema Único de Saúde" e "Gestão em Saúde", combinados pelo operador booleano *AND*.

Foram incluídos artigos científicos originais e documentos normativos publicados em português e inglês, que abordassem diretamente o impacto do endividamento por apostas virtuais (*bets*) na saúde mental, bem como as estratégias de gestão pública em saúde

relacionadas ao tema. Excluíram-se produções duplicadas, resumos de eventos e textos que não relacionavam a ludopatia ao contexto do SUS ou às políticas públicas.

Para a interpretação do material selecionado e do ACT nº 39/2025, utilizou-se o método de procedimento da Análise de Conteúdo, conforme a proposta de Bardin. O processo seguiu três etapas operacionais: a pré-análise, com leitura flutuante do *corpus* documental; a exploração do material, com a codificação e categorização temática dos achados em eixos referentes à gestão financeira, à RAPS e aos grupos vulneráveis; e, por fim, o tratamento dos resultados por inferência e interpretação crítica articulada à literatura especializada.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Com os descritores e o operador booleano AND utilizado, foi desenvolvida a seguinte combinação para a pesquisa realizada: Gambling AND Mental Health AND Brazil, sendo obtidos 27 resultados no PUBMED. Utilizada a mesma combinação no Portal Regional da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), da LILACS, chegou-se a 20 resultados. A partir desse levantamento, restou claro o quanto o tema proposto é novo e original, passando-se, a seguir, para a análise de conteúdo proposta.

Nesse sentido, o Acordo de Cooperação Técnica (ACT), por definição, seria o instrumento formal utilizado por entes públicos com o objetivo de celebrar um vínculo cooperativo ou de parceria entre si, com base em interesses e condições recíprocas ou equivalentes (Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, 2026). Para alcançar essa finalidade, o documento referido busca realizar um propósito comum, voltado ao interesse público, de modo que as duas partes fornecem, cada uma, a sua parcela de conhecimento, equipamento, ou até mesmo uma equipe, para que seja alcançado o objetivo acordado. Um ponto crucial do ACT diz respeito ao fato de que ele se diferencia de convênios, contratos de repasse e termos de execução descentralizada pelo simples fato de não existir a possibilidade de transferência de recursos entre os partícipes (Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, 2026).

Desse modo, voltando-se para a análise de conteúdo do ACT n° 39/2025, é importante registrar que ele é composto por 11 páginas e, em uma pesquisa sobre palavras e expressões que se repetem no documento e dialogam com a presente pesquisa, destacam-se as seguintes: saúde, a qual aparece 20 vezes; saúde mental, que se repete 29 vezes; recursos, que aparece 7 vezes; aposta, que aparece 63 vezes e apostadores, que aparece 8 vezes.

Com relação à palavra “recursos”, ela aparece no documento associada diretamente a “financeiros” duas vezes, no título da Cláusula Sétima e no texto dessa mesma cláusula, sendo que aparece nela, ainda, isolada, sem associação direta à palavra “financeiro”, mas estando, por lógica dedutiva, tendo essa concepção, o que leva à conclusão de que essa associação ocorre 3 vezes. Nas outras 4 vezes em que “recursos” aparece no ACT, a palavra está ligada a “humanos”, simbolizando o esforço dos Ministérios de consolidar a parceria proposta.

Voltando-se para a palavra “saúde” e a expressão “saúde mental”, percebe-se a maior incidência da expressão, em detrimento da palavra isolada, o que denota o foco do documento nesse aspecto específico da saúde. Enfim, com a análise da repetição das palavras “aposta” e “apostadores”, é possível perceber que “aposta” se repete quase 8 vezes mais do que “apostadores”, fato que pode ser traduzido como um foco da política no ato em si de apostar, portanto, no problema das apostas como algo estrutural, e não uma questão meramente individual.

Dessa forma, a análise de conteúdo do ACT nº 39/2025 revela que, para além da ausência de repasses financeiros diretos, a verdadeira eficiência orçamentária para a gestão do SUS reside na prevenção primária e na regulação das plataformas de apostas. Ao promover o intercâmbio de informações de inteligência e dados de mercado entre a Secretaria de Prêmios e

Apostas e o Ministério da Saúde, o acordo possibilita o mapeamento antecipado de perfis de risco e padrões epidemiológicos.

Assim, essa cooperação técnica reduz o custo médio por paciente ao diminuir a incidência de casos graves que demandam intervenções de alta complexidade na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), gerando uma economia indireta ao conter a sobrecarga da Atenção Primária e dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

Ademais, a qualificação contínua das equipes de saúde, viabilizada pelo compartilhamento de recursos humanos entre os ministérios, atua como um fator crucial para a sustentabilidade financeira da gestão. O direcionamento de treinamentos focados no acolhimento de indivíduos afetados pelo endividamento e pela compulsão reduz diagnósticos equivocados, internações desnecessárias e a superexposição a tratamentos farmacológicos de alto custo. Dessa maneira, a capacitação técnica maximiza o aproveitamento da infraestrutura física já existente do SUS, convertendo o investimento em capital humano em um mecanismo de racionalização dos custos operacionais no atendimento aos acometidos por ludopatia.

Por fim, o enquadramento do Transtorno do Jogo como um problema estrutural e coletivo, evidenciado pela prevalência do termo "aposta" no documento analisado, em detrimento de “apostadores”, estabelece parâmetros regulatórios que responsabilizam os operadores do setor. Esse movimento intersetorial alinha a política de arrecadação fiscal do Ministério da Fazenda à lógica de mitigação de danos e proteção da saúde mental do Ministério da Saúde. Com isso, o Acordo nº 39/2025 viabiliza uma gestão financeira preventiva e estratégica, em que o controle sobre a atividade de apostas virtuais opera como uma barreira protetiva para os cofres públicos e para a rede assistencial do SUS.

4 CONCLUSÃO

O Acordo de Cooperação Técnica (ACT) nº 39/2025 (MF/MS) auxilia a gestão financeira do SUS ao estruturar uma articulação intersetorial que enfrenta o Transtorno do Jogo como um problema sistêmico e de saúde pública. Nesse aspecto, por meio da análise de conteúdo, observou-se que o instrumento não prevê a transferência direta de recursos financeiros entre os órgãos, como é da própria natureza desse tipo de documento.

No entanto, o acordo otimiza a alocação de recursos humanos e institucionais na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), aliviando a sobrecarga financeira decorrente do aumento expressivo nos atendimentos, ainda mais porque prevê a articulação de ações integradas e estratégicas voltadas à prevenção, à redução de danos e ao cuidado à saúde mental de pessoas com problemas relacionados aos jogos de aposta.

Com isso, o estudo alcançou o objetivo proposto ao demonstrar que o direcionamento das ações foca na estrutura das apostas virtuais e na mitigação de danos, fornecendo suporte normativo para o planejamento em saúde mental do público afetado pelo Transtorno do Jogo. Sobre as limitações da pesquisa, tais limitações decorrem do caráter estritamente bibliográfico e documental do *corpus* de dados, concentrando-se na etapa inicial do pacto. Para estudos futuros, recomenda-se a avaliação da execução orçamentária do SUS e o monitoramento longitudinal dos indicadores assistenciais na Atenção Primária e nos CAPS após a consolidação das diretrizes do ACT.

Enfim, a pactuação celebrada pelo ACT nº 39/2025 estabelece um marco regulatório e assistencial indispensável para a governança do SUS diante da expansão das apostas virtuais no país. Ao integrar a expertise fiscal do Ministério da Fazenda à diretriz preventiva do Ministério da Saúde, o acordo demonstra que a sustentabilidade financeira da saúde pública não depende exclusivamente de novos aportes orçamentários, mas da capacidade de articular políticas intersetoriais de mitigação de riscos. Portanto, consolida-se, pois, uma estratégia

DOI: 10.51161/iv-conasus/90133

nacional focada no fortalecimento das redes de apoio psicossocial e na garantia do direito à saúde mental frente aos novos desafios socioeconômicos contemporâneos.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Acordo de Cooperação Técnica nº 39, de 3 de dezembro de 2025. **Acordo de Cooperação Técnica Mf/Ms N° 39/2025**. Brasília, p. 1-11. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/licitacoes-e-contratos/termos-de-cooperacao/2025/acordo-de-cooperacao-tecnica-ministerio-da-saude-ministerio-da-fazenda-no-39-2025.pdf/view. Acesso em: 20 ago. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Departamento de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas. **Guia de cuidado para pessoas com problemas relacionados a jogos de apostas**: orientações práticas para o acolhimento, acompanhamento e cuidado de pessoas com problemas relacionados a jogos de apostas, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial (Raps) e das ações intersetoriais. Brasília: Ministério da Saúde, 2026.

Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico. **Acordo de Cooperação Técnica**. Disponível em: https://www.gov.br/cnpq/pt-br/acesso-a-informacao/acoes-e-programas/parcerias/nacionais-1/acordo-de-cooperacao-tecnica. Acesso em: 24 ago. 2026.

MADRUGA, Clarice Sandi (or.). **Jogos de Aposta na População Brasileira**: resultados 2023. São Paulo: Unifesp, 2025.

MANUAL DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICO DE TRANSTORNOS MENTAIS [recurso eletrônico]: DSM-5. American Psychiatric Association. Tradução: Maria Inês Corrêa Nascimento et al. 5. ed. Porto Alegre : Artmed, 2014.

Ministério da Fazenda. **Institucional**. Disponível em: https://www.gov.br/fazenda/pt-br/acesso-a-informacao/institucional. Acesso em: 20 ago. 2026a.

Ministério da Saúde. **Institucional**. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/institucional. Acesso em: 20 ago. 2026b.

TRAN, L. T. et al. The prevalence of gambling and problematic gambling: a systematic review and meta-analysis. **Lancet Public Health**, Londres, v. 9, n. 8, p. e594-e613, ago. 2024. Epub 15 jul. 2024. DOI: 10.1016/S2468-2667(24)00126-9.

LIDERAR, PLANEJAR E FINANCIAR O SUS: CONTRIBUIÇÕES DO MÓDULO ORÇAMENTO E FINANÇAS DO EU GESTOR 2026

SILVANA APARECIDA DOMINGUES ARANTES; MAÍSA DOMINGUES ARANTES

RESUMO

A gestão municipal do Sistema Único de Saúde exige que agentes políticos e equipes técnicas compreendam, de forma integrada, a organização do sistema, o planejamento sanitário e orçamentário, as fontes de financiamento, a execução da despesa e a avaliação dos resultados entregues à população. Este trabalho analisa a contribuição formativa do curso Eu Gestor 2026: Transformação e Liderança no SUS, desenvolvido pelo Conselho de Secretarias Municipais de Saúde de Minas Gerais, com oportunidade de participação para os 853 municípios mineiros e público composto por prefeitos, secretários municipais de saúde e equipes técnicas. Trata-se de relato técnico-analítico, de abordagem qualitativa e caráter descritivo, elaborado a partir do projeto pedagógico, das apostilas do curso, da legislação do SUS e de literatura sobre educação permanente, planejamento e governança em saúde. A formação foi estruturada em percurso híbrido, com atividades presenciais nas macrorregiões e módulos de educação a distância. Destaca-se o módulo Orçamento e Finanças, com carga horária de oito horas, voltado à compreensão do financiamento tripartite, à articulação entre Plano Municipal de Saúde, Programação Anual de Saúde, PPA, LDO e LOA, à gestão do Fundo Municipal de Saúde, às etapas da despesa pública, ao controle, à transparência e ao uso de indicadores. A análise evidencia que a aproximação entre conhecimentos sanitários, contábeis, financeiros e gerenciais pode qualificar a tomada de decisões, reduzir riscos de aplicação inadequada, favorecer a execução tempestiva dos recursos e relacionar gasto, metas e necessidades do território. Conclui-se que a capacitação simultânea de lideranças políticas e técnicas constitui estratégia relevante para a sustentabilidade econômico-financeira do SUS municipal e para a geração de valor público. Contudo, a conversão da aprendizagem em melhores resultados aos usuários depende de institucionalização, apoio permanente, integração entre setores e monitoramento de indicadores de processo, desempenho e resultado.

Palavras-chave: Educação permanente; Eficiência alocativa; Governança colaborativa.

1 INTRODUÇÃO

A Constituição Federal de 1988 reconheceu a saúde como direito de todos e dever do Estado e instituiu um sistema orientado pela universalidade, integralidade, equidade, descentralização e participação social. Na organização descentralizada do Sistema Único de Saúde (SUS), os municípios assumem responsabilidades decisivas na identificação das necessidades do território, na organização da rede local, na execução de ações e serviços e na administração dos recursos financeiros, em articulação com a União e os estados (Brasil, 1990).

Essa responsabilidade não se limita ao domínio clínico ou assistencial. Prefeitos, secretários de saúde e servidores das áreas técnica, contábil, financeira, orçamentária, de compras, controle e planejamento precisam compreender como decisões políticas se

DOI: 10.51161/iv-conasus/90147

transformam em programas, dotações, contratações, pagamentos, metas e entregas. A Lei Complementar nº 141/2012 reforça essa dimensão ao disciplinar os mínimos constitucionais, definir ações e serviços públicos de saúde, estabelecer critérios de rateio e exigir transparência, fiscalização, avaliação e controle da despesa (Brasil, 2012).

A complexidade é ampliada pela rotatividade das lideranças após ciclos eleitorais, pela heterogeneidade da capacidade administrativa municipal e pela necessidade de conciliar escassez de recursos, demandas crescentes e regras de múltiplas fontes de financiamento. Estudos sobre educação permanente com equipes gestoras demonstram que processos formativos interprofissionais podem ampliar a integração entre gestores, contadores e demais profissionais, favorecer a reorganização do trabalho e produzir maior clareza sobre a utilização dos recursos da saúde (Ferraz et al., 2025). Esse enfoque também se alinha à Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, que integra ensino, serviço e necessidades do SUS no cotidiano do trabalho (Brasil, 2007).

Nesse contexto, iniciativas de formação em escala estadual têm potencial para fortalecer competências técnicas e lideranças capazes de decidir com base em necessidades, evidências e restrições financeiras. O objetivo deste trabalho é analisar a relevância da capacitação de gestores e servidores municipais para o funcionamento e a sustentabilidade do SUS, tomando como referência o curso Eu Gestor 2026 e, em especial, o módulo Orçamento e Finanças, bem como discutir seus potenciais efeitos sobre o planejamento, a aplicação dos recursos e os resultados destinados aos cidadãos.

2 RELATO DE EXPERIÊNCIA

O curso Eu Gestor 2026: Transformação e Liderança no SUS foi concebido pelo Conselho de Secretarias Municipais de Saúde de Minas Gerais (COSEMS/MG) em consonância com a Deliberação CIB-SUS/MG nº 4.982/2024 e a Resolução SES/MG nº 9.873/2024. A regulamentação estadual definiu como finalidade a capacitação das Secretarias Municipais de Saúde, incluiu orçamento e finanças entre os temas estratégicos, previu formato híbrido, carga horária mínima de oito horas, pelo menos duas capacitações em cada macrorregião e meta de adesão de, no mínimo, 80% dos municípios (Minas Gerais, 2024).

O projeto pedagógico ampliou essa diretriz em uma trilha de 40 horas, prevista entre janeiro e agosto de 2026. O componente presencial reuniu um módulo introdutório e outro de encerramento, com quatro horas cada, voltados à liderança, à troca de experiências, à difusão de boas práticas e à formação de redes. O componente a distância foi organizado em quatro módulos de oito horas: Instrumentos de Gestão; Orçamento e Finanças; Redes de Atenção à Saúde; e Vigilância em Saúde. A estratégia combinou aulas síncronas e assíncronas, textos, fóruns e atividades de fixação, permitindo flexibilidade sem abandonar a interação entre participantes (COSEMS/MG, 2026a).

A oferta foi dirigida a prefeitos, secretários municipais de saúde e integrantes das equipes técnicas, com expectativa de participação de um aluno por município e alcance dos 853 municípios mineiros. As atividades presenciais percorreram as 16 macrorregiões de saúde, enquanto o ambiente virtual possibilitou escala estadual e acesso aos conteúdos técnico-operacionais (COSEMS/MG, 2026b). Essa composição reconhece que a governança do SUS municipal depende tanto da autoridade política que prioriza e autoriza decisões quanto dos profissionais que planejam, classificam, executam, registram, controlam e avaliam os recursos.

O módulo Orçamento e Finanças, realizado em formato EAD e com oito horas, teve como objetivo proporcionar conhecimentos teóricos e práticos para elaboração, execução, controle e análise dos instrumentos financeiros e orçamentários, com foco na sustentabilidade econômico-financeira da Secretaria Municipal de Saúde e no apoio à tomada de decisão. O

DOI: 10.51161/iv-conasus/90147

conteúdo abrangeu a evolução e a tripartição do financiamento; a integração entre Plano Municipal de Saúde (PMS), Programação Anual de Saúde (PAS), Plano Plurianual (PPA), Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e Lei Orçamentária Anual (LOA); o Fundo Municipal de Saúde; e a execução da receita e da despesa (COSEMS/MG, 2026a).

A abordagem prática apresentou o ingresso das transferências federais e estaduais e dos recursos próprios, o controle por fonte ou destinação, a vinculação à finalidade do repasse e as etapas de empenho, liquidação e pagamento. Também foram trabalhados restos a pagar, reprogramação de saldos, responsabilidade fiscal, SIOPS, transparência, controle interno, externo e social e indicadores como aplicação mínima, gasto per capita, dependência de transferências, taxa de execução, taxa de pagamento, volume de restos a pagar, custos e sustentabilidade fiscal (COSEMS/MG, 2026c).

Para sistematizar a experiência, realizou-se análise qualitativa e descritiva do projeto pedagógico, das apostilas disponibilizadas para os módulos e das normas que instituíram o financiamento da iniciativa. Os conteúdos foram agrupados em três eixos interpretativos: compreensão institucional do SUS; integração entre planejamento e orçamento; e gestão responsável dos recursos orientada a resultados. Por não utilizar dados pessoais, entrevistas ou informações individualizadas de participantes, o relato concentra-se no desenho e nas contribuições formativas potenciais, sem pretender medir impacto causal.

3 DISCUSSÃO

O primeiro mérito da proposta está na formação conjunta de diferentes níveis de decisão. A saúde municipal não é administrada exclusivamente no interior da Secretaria de Saúde: a aprovação do orçamento, a abertura de créditos, a contratação de pessoal, as compras, o fluxo de caixa e os controles dependem de articulação com o gabinete do prefeito e com diversos setores da prefeitura. Quando somente um núcleo domina as regras do SUS, surgem ruídos, atrasos e decisões fragmentadas. A educação permanente, ao aproximar lideranças políticas e equipes técnicas, favorece linguagem comum, corresponsabilização e maior segurança na condução das políticas. Em experiência semelhante, a integração entre profissionais e o apoio institucional fortaleceram o protagonismo dos gestores e a governança nos espaços de decisão (Silva et al., 2020).

O segundo mérito consiste em deslocar o debate financeiro da mera verificação do mínimo constitucional para a qualidade do gasto. Aplicar pelo menos 15% das receitas consideradas na base municipal é condição legal, mas não garante, por si só, oportunidade, eficiência ou efetividade. O gestor precisa distinguir despesas que integram ações e serviços públicos de saúde, conhecer a origem e a finalidade de cada transferência, manter segregação e rastreabilidade, observar a programação orçamentária e evitar tanto gastos indevidos quanto saldos paralisados. A capacitação contribui para transformar normas abstratas em rotinas de conferência, autorização, execução e prestação de contas.

O terceiro mérito é explicitar que planejamento sanitário e orçamento público formam um único ciclo. Necessidades epidemiológicas e demandas dos usuários devem orientar diretrizes, objetivos e metas do PMS e da PAS; estas, por sua vez, precisam encontrar correspondência nos programas, prioridades, dotações e cronogramas do PPA, da LDO e da LOA. A literatura identifica a desarticulação entre instrumentos de gestão do SUS e instrumentos orçamentários como problema de governança que compromete o financiamento das ações planejadas (Vieira, 2009). Ao ensinar essa integração, o módulo ajuda a prevenir planos sem recursos e orçamentos sem conexão com necessidades reais.

A ênfase em indicadores completa esse ciclo. Taxas de execução e pagamento, restos a pagar, gasto por habitante, dependência de transferências, custo por atendimento e comprometimento com pessoal permitem identificar gargalos financeiros. Entretanto, a leitura

DOI: 10.51161/iv-conasus/90147

desses dados deve ser combinada com indicadores assistenciais e sanitários, como cobertura vacinal, acesso à atenção primária, internações por condições sensíveis e mortalidade evitável. Essa combinação impede que a eficiência seja confundida com simples redução de despesas e orienta a alocação para produzir maior valor público.

A sustentabilidade econômico-financeira do SUS municipal deve ser entendida como capacidade de manter serviços essenciais, honrar compromissos, absorver variações de receitas e custos e financiar prioridades sanitárias ao longo do tempo. Para isso, o gestor precisa projetar receitas, avaliar despesas continuadas, estimar impactos de expansão de equipes e serviços, programar contratações, acompanhar transferências e reavaliar metas periodicamente. O conhecimento financeiro, portanto, não substitui a decisão sanitária; ele demonstra suas condições de viabilidade e oferece alternativas para que a decisão seja responsável.

Os benefícios esperados aos cidadãos decorrem de uma cadeia de resultados. A aprendizagem qualifica processos decisórios; processos melhores favorecem execução tempestiva, continuidade de insumos, equipes e serviços; e a continuidade pode ampliar acesso, resolutividade, equidade e confiança no sistema. Contudo, capacitação isolada não produz automaticamente melhores desfechos de saúde. É necessário incorporar o conhecimento às rotinas, promover integração entre saúde, contabilidade, planejamento, compras e controle, preservar memória institucional diante da alternância de governos e manter apoio técnico após o encerramento do curso.

A abrangência estadual, o percurso híbrido e a orientação prática constituem fortalezas do Eu Gestor 2026, sobretudo para municípios de menor porte e estrutura administrativa. Como limitação deste relato, não foram analisados dados individualizados de presença, conclusão, aprendizagem ou mudança organizacional, nem séries anteriores e posteriores de execução financeira e resultados sanitários. Assim, as conclusões dizem respeito à coerência do desenho formativo e às contribuições esperadas. Avaliações futuras poderão verificar retenção do conhecimento, integração dos instrumentos, regularidade do SIOPS, redução de impropriedades, execução de saldos e evolução de indicadores de acesso e resultado.

4 CONCLUSÃO

Capacitar prefeitos, secretários e equipes técnicas sobre o funcionamento do SUS é uma estratégia de governança e de proteção do direito à saúde. A formação amplia a capacidade de compreender responsabilidades interfederativas, planejar com base no território, aplicar recursos conforme sua finalidade, prestar contas e decidir diante de restrições.

No Eu Gestor 2026, o módulo Orçamento e Finanças ocupa posição estruturante porque conecta o planejamento sanitário à autorização orçamentária, ao fluxo financeiro, ao controle e à mensuração de resultados. Essa conexão favorece sustentabilidade, transparência e maior qualidade do gasto público, criando condições para que os recursos se convertam em serviços mais contínuos, acessíveis e resolutivos.

O alcance duradouro da iniciativa dependerá da institucionalização da aprendizagem, da cooperação entre áreas municipais, do apoio técnico permanente e de avaliações que combinem indicadores financeiros, assistenciais e de satisfação dos usuários. Nesse sentido, o projeto representa uma base promissora para transformar lideranças, fortalecer capacidades locais e orientar a gestão do SUS para resultados concretos aos cidadãos.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 20 set. 1990.

BRASIL. Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente em ações e serviços públicos de saúde e estabelece normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 16 jan. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 22 ago. 2007.

CONSELHO DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE DE MINAS GERAIS (COSEMS/MG). Projeto pedagógico: curso de qualificação Eu Gestor 2026. Belo Horizonte: COSEMS/MG, 2026a. Documento institucional.

CONSELHO DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE DE MINAS GERAIS (COSEMS/MG). Eu Gestor 2026: Transformação e Liderança no SUS. Belo Horizonte, 2026b. Disponível em: https://www.cosemsmg.org.br/cursos-capacitacoes/eu-gestor-2026. Acesso em: 4 set. 2026.

CONSELHO DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE DE MINAS GERAIS (COSEMS/MG). Apostila Eu Gestor: Módulo II - Orçamento e Finanças. Belo Horizonte: COSEMS/MG, 2026c. Documento institucional.

FERRAZ, E. M.; MENDONÇA, F. F.; CARVALHO, B. G.; NUNES, E. F. P. A.; SANTINI, S. M. L. Educação permanente em saúde: estratégia de fortalecimento na formação e atuação de equipes gestoras municipais no Sistema Único de Saúde. Physis: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 35, n. 3, e350304, 2025. DOI: 10.1590/S0103-73312025350304pt.

MINAS GERAIS. Comissão Intergestores Bipartite do Sistema Único de Saúde. Deliberação CIB-SUS/MG nº 4.982, de 27 de novembro de 2024. Aprova as regras de financiamento do projeto Eu gestor: Transformação e Liderança no SUS. Belo Horizonte: SES/MG, 2024.

SILVA, P. A. et al. Governança e educação permanente em saúde: avaliação de mecanismos, contextos e resultados no Projeto Apoiadores. Interface - Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu, v. 24, e190514, 2020. DOI: 10.1590/Interface.190514.

VIEIRA, F. S. Avanços e desafios do planejamento no Sistema Único de Saúde. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 14, supl. 1, p. 1565-1577, 2009. DOI: 10.1590/S1413-81232009000800030.

INTEGRAÇÃO DA SAÚDE BUCAL NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE: AVANÇOS E DESAFIOS NOS FLUXOS DE REFERÊNCIA PARA CENTROS DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS

ANA BEATRIZ ALVES ROCHA LOURENÇO

Introdução: A incorporação da saúde bucal na Rede de Atenção à Saúde (RAS) configura um importante avanço para a consolidação dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), especialmente no que diz respeito à integralidade, continuidade e coordenação do cuidado. Os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) atuam como componente estratégico da atenção secundária, prestando serviços especializados a usuários encaminhados pela Atenção Primária à Saúde (APS). Contudo, a articulação entre esses níveis continua apresentando desafios relativos à organização dos fluxos assistenciais, à regulação do acesso e ao acompanhamento contínuo dos pacientes. **Objetivo:** Analisar os progressos e os principais entraves nos processos de referência e contrarreferência entre a Atenção Primária e os Centros de Especialidades Odontológicas no âmbito do SUS. **Metodologia:** Realizou-se uma revisão bibliográfica qualitativa, com base na análise de artigos científicos e documentos oficiais que discutem a organização da Rede de Atenção à Saúde e a atenção especializada em saúde bucal. A pesquisa foi conduzida nas bases SciELO, LILACS e PubMed, utilizando descritores relacionados à atenção secundária e aos serviços odontológicos. **Resultados:** A literatura demonstra avanços significativos na ampliação da oferta de procedimentos especializados e no fortalecimento da atenção secundária em saúde bucal. Todavia, persistem dificuldades na integração eficaz da APS com os CEOs, destacando-se fragilidades nos sistemas de contrarreferência, regulação das demandas, tempo de espera, critérios de encaminhamento heterogêneos e capacidade insuficiente frente à demanda. Tais aspectos comprometem a continuidade, resolutividade e integralidade do cuidado oferecido. **Conclusão:** Apesar dos progressos alcançados pelos Centros de Especialidades Odontológicas na qualificação da atenção secundária, a integração entre os pontos da Rede de Atenção à Saúde ainda revela fragilidades. O aprimoramento da regulação, o fortalecimento dos fluxos de referência e contrarreferência, aliado à formação contínua das equipes, é fundamental para estabelecer uma rede mais articulada, eficiente e centrada na integralidade do cuidado.

Palavras-chave: **ATENÇÃO SECUNDÁRIA À SAÚDE; SAÚDE BUCAL; SERVIÇOS DE SAÚDE BUCAL**

DOI: 10.51161/iv-conasus/90152

QUANDO A INCAPACIDADE REVELA O DIAGNÓSTICO TARDIO: O PAPEL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NA INTERRUPÇÃO DA CADEIA DE TRANSMISSÃO DA HANSENÍASE NO BRASIL

KESLEY SILVEIRA DE ALBUQUERQUE

Introdução: A hanseníase permanece como importante problema de saúde pública no Brasil, cuja persistência ultrapassa a dimensão biomédica e se relaciona às desigualdades sociais, ao acesso aos serviços e à capacidade de diagnóstico oportuno. A presença de incapacidade física no diagnóstico constitui marcador indireto de doença avançada e de atraso na detecção, refletindo limitações na vigilância e no cuidado. Nesse cenário, a Atenção Primária à Saúde (APS) ocupa posição estratégica por integrar assistência, vigilância epidemiológica, busca ativa e acompanhamento longitudinal. **Objetivo:** Discutir a contribuição da APS para a redução do diagnóstico tardio e das incapacidades físicas relacionadas à hanseníase, enfatizando a vigilância de contatos como estratégia de interrupção da transmissão. **Metodologia:** Realizou-se revisão narrativa, fundamentada em documentos do Ministério da Saúde, Organização Mundial da Saúde e estudo epidemiológico nacional publicado em 2026, que avaliou casos de hanseníase registrados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação entre 2014 e 2023. **Resultados:** Foram analisados 228.577 casos no período estudado, observando-se aumento anual de 6,0% na ocorrência de novos casos com incapacidade física grau 2. Sexo masculino, baixa escolaridade e formas multibacilares apresentaram associação com maior ocorrência de incapacidades. Esses achados evidenciam que o diagnóstico tardio permanece como desafio e que fatores sociais modulam a vulnerabilidade ao adoecimento e às sequelas. Paralelamente, dados nacionais recentes demonstram a relevância da investigação de contatos: entre 2015 e 2024, mais de 22 mil casos foram identificados por essa estratégia, apresentando menor proporção de incapacidades em comparação aos casos detectados por outras formas, reforçando seu potencial para diagnóstico precoce. A APS, portanto, deve ultrapassar a lógica de atendimento à demanda espontânea, incorporando busca ativa, avaliação dermatoneurológica, exame sistemático de contatos e identificação precoce de neurites e reações hansênicas. **Conclusão:** A redução das incapacidades exige uma APS capaz de atuar antecipadamente à manifestação das sequelas. O fortalecimento da vigilância de contatos, da busca ativa e da qualificação profissional constitui estratégia central para diagnóstico oportuno, interrupção da transmissão e redução das iniquidades relacionadas à hanseníase.

Palavras-chave: **HANSENIASE; ATENÇÃO PRIMÁRIA; DIAGNÓSTICO**

DOI: 10.51161/iv-conasus/90158

APTIDÃO CARDIORRESPIRATÓRIA E RECUPERAÇÃO DA FREQUÊNCIA CARDÍACA APÓS O TESTE DE COOPER: IMPLICAÇÕES PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE EM ADULTOS

NATHALIA HEMMEL; NATASHA ALVES DA SILVA; MATHEUS BRANDÃO; DAYANE FERREIRA MEDEIROS; ABRAHÃO AUGUSTO JOVINIANO QUADROS; ANDRÉ CAMILO DE MOURA; ELIAS FERREIRA PORTO

Introdução: A aptidão cardiorrespiratória e a recuperação da frequência cardíaca após o exercício refletem aspectos relevantes da resposta cardiovascular ao esforço e podem ser avaliadas por métodos simples e de baixo custo. A utilização dessas medidas pode contribuir para estratégias de avaliação, prevenção e promoção da saúde em diferentes contextos de atenção. **Objetivo:** Analisar a associação entre o desempenho no Teste de Cooper de 12 minutos e a recuperação da frequência cardíaca nos primeiros cinco minutos após o exercício em adultos fisicamente ativos. **Metodologia:** Estudo observacional, transversal, realizado com 62 adultos. A aptidão cardiorrespiratória foi avaliada pela distância percorrida no Teste de Cooper de 12 minutos. A frequência cardíaca foi registrada ao final do esforço e no primeiro, segundo, terceiro, quarto e quinto minutos de recuperação. A recuperação da frequência cardíaca foi calculada pela diferença entre a frequência cardíaca de pico e os valores registrados em cada minuto pós-exercício. A associação entre a distância percorrida e a recuperação da frequência cardíaca foi analisada pelo coeficiente de correlação de Spearman, adotando-se nível de significância de $p<0,05$. **Resultados:** A amostra apresentou idade média de 49,5±17,8 anos, sendo 74,2% composta por mulheres. Observou-se correlação positiva e estatisticamente significativa entre a distância percorrida no Teste de Cooper e a recuperação da frequência cardíaca em todos os momentos avaliados: primeiro minuto ($\rho=0,687$; $p<0,001$), segundo minuto ($\rho=0,781$; $p<0,001$), terceiro minuto ($\rho=0,762$; $p<0,001$), quarto minuto ($\rho=0,775$; $p<0,001$) e quinto minuto ($\rho=0,756$; $p<0,001$). A associação mais forte ocorreu no segundo minuto de recuperação. **Conclusão:** Maior desempenho no Teste de Cooper esteve associado a maior recuperação da frequência cardíaca após o exercício. Esses achados reforçam o potencial de avaliações simples baseadas em exercício como ferramentas complementares para a análise da resposta cardiovascular e para ações de promoção da saúde em adultos.

Palavras-chave: **AVALIAÇÃO FUNCIONAL; EXERCÍCIO FÍSICO; SAÚDE CARDIOVASCULAR**

DOI: 10.51161/iv-conasus/90161

DIAGNÓSTICO OPORTUNO DAS DEMÊNCIAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: O PAPEL DO RASTREIO COGNITIVO E DO CUIDADO LONGITUDINAL NA PREVENÇÃO DE COMPLICAÇÕES

KESLEY SILVEIRA DE ALBUQUERQUE

Introdução: Diante o crescente envelhecimento populacional, as demências constituem importante problema de saúde pública, caracterizado por declínio cognitivo progressivo associado à perda de autonomia e repercussões familiares e sociais. Apesar de sua elevada carga de morbidade, o diagnóstico frequentemente ocorre tardiamente, limitando intervenções precoces e planejamento do cuidado. Nesse cenário, a Atenção Primária à Saúde (APS), pela longitudinalidade e vínculo com o paciente, ocupa posição estratégica na identificação inicial de alterações cognitivas e funcionais. O reconhecimento precoce permite investigar causas reversíveis, como deficiência de vitamina B12, disfunções tireoidianas, depressão e efeitos medicamentosos. **Objetivo**: Analisar a importância da identificação precoce das demências na APS, destacando instrumentos de avaliação cognitiva, investigação etiológica, reconhecimento de fatores de risco e prevenção de complicações. **Metodologia:** Revisão narrativa da literatura, com consulta a diretrizes e publicações científicas recentes sobre diagnóstico, rastreio cognitivo e manejo das demências na atenção primária. **Resultados:** A avaliação inicial deve contemplar anamnese detalhada, preferencialmente com informante, caracterização da evolução dos sintomas, impacto nas atividades instrumentais e básicas de vida diária, alterações comportamentais e exame neurológico. Instrumentos auxiliam na identificação de comprometimento cognitivo, destacando-se o Mini-Mental State Examination (MEEM), Montreal Cognitive Assessment (MoCA), Mini-Cog, teste do relógio e General Practitioner Assessment of Cognition (GPCOG). O MoCA apresenta maior utilidade para detectar comprometimento cognitivo leve, enquanto o MEEM permanece amplamente utilizado na avaliação de demência. Entretanto, nenhum instrumento deve ser empregado isoladamente para estabelecer o diagnóstico, sendo necessária consideração do nível educacional, contexto sociocultural e funcionalidade. A APS também deve reconhecer delirium, depressão e causas secundárias reversíveis. O diagnóstico oportuno possibilita controle de fatores de risco modificáveis, planejamento antecipado dos cuidados, revisão medicamentosa e orientação de familiares e cuidadores. Além disso, pode reduzir consequências como quedas, desnutrição, isolamento social, perda de autonomia, sobrecarga do cuidador e hospitalizações. **Conclusão:** A incorporação sistemática da avaliação cognitiva e funcional à prática da APS pode reduzir o subdiagnóstico das demências. A atuação longitudinal e multiprofissional permite diagnóstico mais oportuno, identificação de causas tratáveis, prevenção de complicações e organização de um plano de cuidado individualizado, centrado na autonomia, segurança e qualidade de vida do paciente e de sua família.

Palavras-chave: **DEMÊNCIAS; ATENÇÃO PRIMÁRIA; RASTREIO**

DOI: 10.51161/iv-conasus/90163

INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL NAS ESFERAS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: MATRIZ DE APLICAÇÕES PARA OTIMIZAÇÃO DO TRABALHO EM SAÚDE

ANA LUIZA FERRAZ BERNARDO; AMANDA CARDOMINGO MATTIAZZO MAIA; ANA CLÁUDIA APARECIDA DALBOSCO; GEOVANA CARDOSO DIAS; GIOVANE HOLANDA ROSALEM; RAFAEL ROCHA FARIAS

RESUMO

Introdução: O trabalho em saúde no Sistema Único de Saúde convive com escassez de força de trabalho, filas por consultas, exames e cirurgias e sobrecarga administrativa que subtrai tempo assistencial. A inteligência artificial tem sido apresentada como resposta a esse estrangulamento, porém a produção nacional ainda a discute de forma fragmentada, concentrada em aplicações clínicas isoladas e sem mapear onde, nas esferas de gestão e níveis de atenção, seu emprego geraria maior ganho de eficiência. Objetivo: Mapear e sistematizar, em matriz por esfera de aplicação e função otimizada, as tecnologias de inteligência artificial com potencial de otimizar o trabalho em saúde no Sistema Único de Saúde, identificando condicionantes de viabilidade e riscos. Metodologia: Revisão integrativa articulada à análise documental, com buscas em LILACS, SciELO, MEDLINE/PubMed e Scopus mediante descritores controlados e operadores booleanos, complementada por normativas do Ministério da Saúde. Incluíram-se publicações de 2020 a 2026, em português, inglês e espanhol, em texto completo e aderentes ao contexto brasileiro. Os achados foram organizados em matriz analítica cruzando esfera de aplicação e função otimizada. Resultados: Delimitaram-se seis esferas e quatro funções de otimização. Na vigilância, modelos preditivos antecipam eventos e qualificam a completude de bases de notificação. Na regulação assistencial, algoritmos ordenam filas por risco clínico e reduzem absenteísmo. Na Atenção Primária, a estratificação de risco e a documentação automatizada devolvem tempo de consulta à escuta clínica. Na atenção especializada, o apoio diagnóstico por imagem amplia a resolutividade em vazios assistenciais. Na gestão, a previsão de demanda orienta escalas e insumos. Na educação permanente, sistemas de apoio à decisão sustentam a retaguarda especializada. Emergem como condicionantes transversais a interoperabilidade dos sistemas de informação, a conectividade, a qualificação das equipes, a explicabilidade dos modelos e a mitigação de vieses algorítmicos. Conclusão: O ganho de eficiência não decorre da tecnologia em si, mas de sua alocação nos pontos de estrangulamento do processo de trabalho. A matriz oferece à gestão critério para priorizar investimentos e evitar que a incorporação reproduza desigualdades regionais.

Palavras-chave: Aprendizado de Máquina; Gestão em Saúde; Saúde Digital.

1 INTRODUÇÃO

O processo de trabalho em saúde no Sistema Único de Saúde opera sob restrição permanente. À escassez e à má distribuição da força de trabalho somam-se filas prolongadas por consultas especializadas, exames e cirurgias, além de uma carga crescente de tarefas administrativas que consome tempo que deveria ser assistencial. O enfrentamento desse estrangulamento tornou-se prioridade explícita da agenda federal, expressa no Programa SUS Digital e no Programa Mais Acesso a Especialistas, que estabelecem a informatização e a

DOI: 10.51161/iv-conasus/90183

qualificação da regulação assistencial como condições para a ampliação do acesso (Brasil, 2024; Brasil, 2025).

Nesse contexto, a inteligência artificial deixou de ser objeto prospectivo. Ferramentas de aprendizado de máquina e de aprendizado profundo já são empregadas em predição de eventos em saúde, triagem, apoio diagnóstico e análise de determinantes da cobertura universal, com ganhos relatados em otimização de recursos, detecção precoce, estratificação de risco e facilitação do acesso (Botero et al., 2025). Revisão de escopo com avaliação crítica de 34 estudos publicados entre 2014 e 2024 identificou, contudo, que cerca de dois terços da produção concentram-se na descrição de desafios de implementação, e não em resultados consolidados de aplicação (Torres; Wermelinger; Ferreira, 2025).

A produção nacional apresenta uma limitação recorrente: discute a inteligência artificial de modo fragmentado, geralmente a partir de aplicações clínicas isoladas, sem oferecer ao gestor um instrumento que indique em que ponto do sistema a incorporação produziria maior retorno. Essa ausência não é trivial. Em um sistema com restrição orçamentária e desigualdade regional de infraestrutura, decidir onde investir é tão determinante quanto decidir se investir.

Some-se a isso a advertência de que a inteligência artificial não constitui tecnologia neutra. Sua integração ao sistema público envolve questões de equidade algorítmica, explicabilidade e soberania tecnológica, e, se conduzida sem sensibilidade às vulnerabilidades sociais, tende a reforçar modelos tecnocráticos e excludentes (Soares; Chiavegatto Filho, 2026). O risco concreto é que a tecnologia amplie o acesso onde já há infraestrutura e o restrinja onde não há, convertendo promessa de universalização em novo vetor de iniquidade.

O presente trabalho tem por objetivo mapear e sistematizar, em matriz por esfera de aplicação e função otimizada, as tecnologias de inteligência artificial com potencial de otimizar o trabalho em saúde no Sistema Único de Saúde, identificando condicionantes de viabilidade e riscos associados.

2 MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de revisão integrativa da literatura articulada à análise documental de normativas e programas oficiais, desenvolvida em seis etapas: formulação da questão norteadora, definição dos critérios de elegibilidade, busca nas bases, extração dos dados, análise crítica e construção da matriz de síntese.

A questão norteadora foi assim formulada: em que esferas do Sistema Único de Saúde a literatura descreve aplicações de inteligência artificial com potencial de otimizar o processo de trabalho, que funções essas aplicações otimizam e quais condicionantes determinam sua viabilidade?

As buscas foram realizadas nas bases MEDLINE via PubMed, SciELO e LILACS via Portal Regional da Biblioteca Virtual em Saúde, com descritores controlados extraídos dos Descritores em Ciências da Saúde e do Medical Subject Headings, combinados por operadores booleanos na estratégia: (Inteligência Artificial OR Aprendizado de Máquina OR Aprendizado Profundo) AND (Atenção Primária à Saúde OR Sistema Único de Saúde OR Programas Nacionais de Saúde) AND (Brasil). A coleta ocorreu em setembro de 2026.

Foram incluídos artigos originais, revisões e ensaios teórico-analíticos publicados entre 2020 e 2026, nos idiomas português, inglês e espanhol, disponíveis em texto completo e aderentes ao contexto brasileiro. Excluíram-se editoriais, cartas ao editor, publicações duplicadas e estudos exclusivamente laboratoriais sem aplicação em serviço. A delimitação ao contexto nacional constitui escolha metodológica deliberada, e não limitação: o objeto do estudo é a viabilidade da incorporação em um sistema público, universal e federativo, cujas condições de infraestrutura e financiamento não são transponíveis a partir da literatura internacional.

As buscas recuperaram 70 registros, assim distribuídos: MEDLINE via PubMed (n=36), SciELO (n=28) e LILACS (n=6). Após a remoção de 20 duplicatas, decorrentes tanto da indexação de versões em diferentes idiomas quanto da sobreposição entre bases, 50 registros únicos foram submetidos à triagem por título e resumo. Foram excluídos 15 registros: 7 por não constituírem aplicação de inteligência artificial em serviço ou sistema de saúde, 6 por não contemplarem o contexto brasileiro e 2 por caráter exclusivamente laboratorial ou metodológico-estatístico. Compuseram a síntese final 35 estudos.

Compuseram o corpus documental os marcos programáticos do Programa SUS Digital e do Programa Mais Acesso a Especialistas, além de análises sobre lacunas regulatórias da saúde digital no país.

A síntese foi organizada mediante construção de matriz analítica de dupla entrada. O eixo das esferas de aplicação foi definido a partir da organização do sistema, contemplando vigilância em saúde, regulação assistencial, Atenção Primária, atenção especializada, gestão e planejamento, e educação permanente. O eixo das funções otimizadas foi definido a partir da natureza do ganho relatado nos estudos, resultando em quatro categorias: recuperação de tempo assistencial, priorização por risco, previsão de demanda e redução de retrabalho. Para cada esfera identificou-se ainda o principal condicionante de viabilidade.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 Matriz de aplicações

A sistematização dos estudos incluídos permitiu construir a matriz apresentada a seguir, que relaciona esfera de aplicação, tecnologia identificada, função otimizada e condicionante crítico.

Tabela 1 - Matriz de aplicações de inteligência artificial por esfera do Sistema Único de Saúde

Esfera de aplicação	Aplicação identificada	Função otimizada	Condicionante crítico
Vigilância em saúde	Modelos preditivos de eventos e qualificação da completude de bases de notificação	Previsão de demanda	Qualidade e completude do dado de origem
Regulação assistencial	Ordenamento de filas por risco clínico e confirmação ativa para redução de absenteísmo	Priorização por risco	Interoperabilidade entre prontuário e sistema regulador
Atenção Primária	Estratificação de risco em condições crônicas e documentação clínica automatizada	Recuperação de tempo assistencial	Conectividade e informatização das unidades
Atenção especializada	Apoio diagnóstico por imagem com laudo assistido a distância	Redução de retrabalho	Validação clínica e responsabilidade técnica
Gestão e planejamento	Previsão de demanda para programação de escalas e insumos	Previsão de demanda	Séries históricas confiáveis e desagregadas
Educação permanente	Sistemas de apoio à decisão e retaguarda especializada a distância	Redução de retrabalho	Explicabilidade e formação das equipes

Fonte: elaborada pelos autores com base nos estudos incluídos na revisão.

3.2 As esferas em detalhe

Na vigilância em saúde, as aplicações relatadas concentram-se em modelos preditivos capazes de antecipar variações no comportamento de agravos e em algoritmos de checagem que qualificam a completude das fichas de notificação. O ganho é de antecipação: permite dimensionar recursos antes do evento, e não durante ele. O condicionante é evidente e limitante — modelos preditivos herdam a qualidade do dado que os alimenta, e a fragmentação dos sistemas de informação brasileiros é apontada de forma recorrente como barreira estrutural (Soares; Chiavegatto Filho, 2026).

Na regulação assistencial situa-se, provavelmente, a aplicação de maior retorno imediato. Algoritmos de priorização permitem ordenar filas segundo risco clínico e não apenas por ordem cronológica, enquanto rotinas de confirmação ativa reduzem o absenteísmo, causa relevante de desperdício de vagas. Experiências municipais brasileiras já registram interoperabilidade entre prontuário eletrônico e sistema de regulação com essa finalidade. A relevância é direta para os objetivos do Programa Mais Acesso a Especialistas, que tem na redução das filas seu indicador central (Brasil, 2025).

Na Atenção Primária, a literatura descreve estratificação de risco de condições crônicas e ferramentas de documentação clínica automatizada. O ganho aqui é qualitativo além de quantitativo: reduzir o tempo dedicado ao registro devolve tempo de consulta à escuta, dimensão central do vínculo que caracteriza esse nível de atenção. É também a esfera de maior desigualdade de partida, pois depende de conectividade e informatização que não estão universalizadas.

Na atenção especializada, o apoio diagnóstico por imagem com laudo assistido a distância amplia a resolutividade em regiões com escassez de especialistas, atuando sobre vazios assistenciais. O condicionante é de natureza distinta dos anteriores: envolve validação clínica dos modelos e definição de responsabilidade técnica, questões ainda não plenamente equacionadas pelo arcabouço regulatório brasileiro.

Na gestão e planejamento, a previsão de demanda orienta a programação de escalas profissionais e a aquisição de insumos, reduzindo tanto a ociosidade quanto o desabastecimento. Depende de séries históricas confiáveis e desagregadas por ponto de atenção.

Na educação permanente, sistemas de apoio à decisão funcionam como retaguarda especializada para equipes distantes de centros de referência. A condição para que operem como apoio, e não como substituição do julgamento clínico, é a explicabilidade dos modelos, ponto em que a literatura é convergente ao afirmar que tais ferramentas devem complementar, e não substituir, a decisão profissional (Torres; Wermelinger; Ferreira, 2025).

3.3 Condicionantes transversais e riscos

Além dos condicionantes específicos, quatro elementos atravessam todas as esferas. O primeiro é a interoperabilidade: sem padrões comuns, cada aplicação torna-se ilha e o ganho de eficiência não se acumula. O segundo é a conectividade, distribuída de forma desigual no território, o que introduz o risco central identificado neste estudo — a incorporação tende a beneficiar primeiro as regiões que já dispõem de infraestrutura, ampliando a distância em relação às demais.

O terceiro é a qualificação das equipes. A literatura registra lacunas formativas expressivas, e ferramentas não utilizadas ou utilizadas sem compreensão de seus limites não produzem eficiência, mas risco. O quarto é a equidade algorítmica: modelos treinados em bases que sub-representam populações vulnerabilizadas tendem a apresentar desempenho inferior justamente para quem mais depende do sistema público (Soares; Chiavegatto Filho, 2026).

Soma-se a esses a ausência de marco regulatório setorial específico para a inteligência artificial em saúde no país, cuja base normativa atual repousa sobre a Lei Geral de Proteção de

Dados Pessoais, situação que mantém indefinições quanto a validação, responsabilidade técnica e vigilância pós-implantação (Dourado; Aith, 2022).

3.4 Limitações

O estudo limita-se à produção nacional e a fontes documentais públicas, o que restringe a comparação internacional. A heterogeneidade dos delineamentos incluídos impede metanálise. A matriz proposta tem caráter analítico e organizador, não constituindo instrumento validado; sua aplicação em contextos concretos de gestão demanda validação futura.

4 CONCLUSÃO

A inteligência artificial já dispõe, no Sistema Único de Saúde, de aplicações identificáveis em pelo menos seis esferas, com funções de otimização distintas entre si.

O ganho de eficiência não decorre da tecnologia em si, mas de sua alocação criteriosa nos pontos de estrangulamento do processo de trabalho. A regulação assistencial destaca-se como a esfera de maior retorno imediato, por atuar diretamente sobre as filas, enquanto a Atenção Primária apresenta o maior potencial de transformação qualitativa e, simultaneamente, a maior desigualdade de condições de partida.

A matriz proposta oferece à gestão um critério explícito para priorizar investimentos, ao vincular cada aplicação a uma função otimizada e a um condicionante crítico verificável antes da decisão de incorporação.

Reafirma-se que a inteligência artificial não é tecnologia neutra. Sem interoperabilidade, conectividade, formação das equipes e mitigação de vieses, sua incorporação reproduzirá as desigualdades regionais já existentes. Como perspectiva, recomenda-se a validação da matriz junto a gestores municipais e estaduais e o desenvolvimento de indicadores que permitam avaliar o ganho efetivo de eficiência após a implantação.

REFERÊNCIAS

BOTERO, D. A. M.; BONFIM, R.; FONSECA, K.; ANDRADE-GONÇALVES, R. L. P.; MONROE, A. A.; MORALES, F. Inteligência artificial na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão de escopo. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, DF, v. 78, supl. 3, e20240363, 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Mais Acesso a Especialistas. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa SUS Digital. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024.

DOURADO, D. A.; AITH, F. M. A. The regulation of artificial intelligence for health in Brazil begins with the General Personal Data Protection Law. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 56, e80, 2022.

SOARES, M. Q.; CHIAVEGATTO FILHO, A. D. P. Inteligência artificial na saúde pública brasileira: potencialidades, desafios e implicações éticas para o Sistema Único de Saúde. Revista Brasileira de Epidemiologia, São Paulo, v. 29, e260006, 2026.

TORRES, D. R.; WERMELINGER, E. D.; FERREIRA, A. P. Aplicação da Inteligência Artificial na Atenção Primária à Saúde: revisão de escopo e avaliação crítica. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 49, n. 145, e10070, 2025.

DOI: 10.51161/iv-conasus/90183

FORTALECIMENTO DA CULTURA ORGANIZACIONAL DAS OSID ATRAVES DO PROJETO SINAIS DA COMPAIXÃO

ANDRÉA COSTA CORREIA LIMA; MAIARA SANTOS DE JESUS

Introdução: As Obras Sociais Irmã Dulce (OSID), inspiradas no legado de Santa Dulce dos Pobres, atuam nas áreas de saúde, educação, assistência social e espiritualidade, fundamentadas em valores humanísticos. Diante de desafios relacionados à gestão de pessoas, liderança e saúde dos trabalhadores, foi criada, em agosto de 2024, a Assessoria de Cultura Organizacional e Humanização. A iniciativa busca fortalecer a identidade institucional e promover uma gestão alinhada aos valores do Dulcismo, como compaixão, acolhimento, empatia, respeito à diversidade e amor ao próximo, favorecendo relações mais saudáveis e humanizadas.**Objetivo:** Demonstrar como o fortalecimento da Cultura Organizacional das OSID pode contribuir para a redução dos riscos psicossociais no ambiente de trabalho, por meio do relato de experiência do Projeto Sinais da Compaixão. **Relato de Experiência:** Em 2025, ano em que as OSID completaram 66 anos, a Assessoria de Cultura Organizacional e Humanização lançou o Ciclo da Compaixão, elegendo esse valor como eixo central das ações institucionais. Nesse contexto, foi desenvolvido o Projeto Sinais da Compaixão, envolvendo 14 lideranças em ações realizadas em 17 núcleos da instituição. A partir da reflexão “Como podemos ser um sinal de compaixão para nossos colegas?”, foram promovidas atividades de escuta ativa, integração e valorização dos trabalhadores, incluindo dinâmicas de grupo, pausas produtivas, exercícios de respiração e alongamento, momentos de oração, leitura de mensagens e partilha de experiências. As ações fortaleceram vínculos, estimularam o autocuidado e ampliaram o sentimento de pertencimento. Também favoreceram a aproximação entre lideranças e equipes, com potencial impacto positivo na humanização do cuidado prestado aos pacientes e assistidos. **Conclusão:** O projeto fortaleceu o reconhecimento profissional, a vivência dos valores institucionais e a construção de ambientes mais seguros e colaborativos. A experiência evidencia o potencial da cultura organizacional humanizada como estratégia de promoção da saúde mental e prevenção dos riscos psicossociais, em consonância com a NR-1 e a Política Nacional de Humanização.

Palavras-chave: **DULCISMO; HUMANIZAÇÃO; COMPAIXÃO**

DOI: 10.51161/iv-conasus/90185

ENTRE A TECNOLOGIA E HUMANIZAÇÃO: DESAFIOS E POSSIBILIDADES PARA UMA ASSISTÊNCIA EM SAÚDE CENTRADA NO INDIVÍDUO

OLINDA GONÇALVES SOARES; PAMELA NERY DO LAGO

Introdução: A incorporação crescente de tecnologias aos serviços de saúde tem transformado os processos assistenciais, gerenciais e as relações entre profissionais e usuários. Recursos como prontuários eletrônicos, telemedicina, sistemas de informação, dispositivos de monitoramento e inteligência artificial ampliam as possibilidades de acesso, diagnóstico, acompanhamento e tomada de decisão, mas também suscitam desafios relacionados à privacidade, autonomia, equidade, segurança e humanização do cuidado. **Objetivo:** Este trabalho tem como objetivo discutir a relação entre tecnologia e humanização na saúde, analisando as potencialidades dos recursos tecnológicos como instrumentos de qualificação da assistência e os riscos associados à desumanização em ambientes altamente tecnológicos. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão narrativa da literatura, de abordagem qualitativa e caráter exploratório. A busca bibliográfica foi orientada pela identificação de produções científicas disponíveis nas bases de dados PubMed/MEDLINE, SciELO e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), além de documentos oficiais da Organização Mundial da Saúde e do Ministério da Saúde. Foram priorizadas publicações recentes, especialmente aquelas produzidas entre 2020 e 2026, sem excluir estudos e obras anteriores considerados fundamentais para a construção conceitual da humanização e do cuidado em saúde. **Resultados:** A análise evidencia que tecnologia e humanização não constituem dimensões necessariamente antagônicas. Quando orientada pelas necessidades das pessoas, a tecnologia pode favorecer a ampliação do acesso, a continuidade do cuidado, a segurança e o apoio à tomada de decisão. Entretanto, sua utilização acrítica pode reduzir a interação entre profissionais e usuários e transformar o paciente em um conjunto de dados, comprometendo aspectos relacionais do cuidado. **Conclusão:** A transformação digital deve estar associada à valorização da autonomia, da dignidade, da comunicação, da escuta e do vínculo, de modo que a tecnologia seja compreendida como instrumento para qualificar o cuidado, e não como substituta da dimensão humana da assistência.

Palavras-chave: **TECNOLOGIA EM SAÚDE; HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA; SAÚDE DIGITAL**

DOI: 10.51161/iv-conasus/90196

VIVÊNCIAS DE EXTENSÃO DO CURSO DE ODONTOLOGIA DA UNIVILLE EM UMA ONG QUE APOIA PESSOAS EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE SOCIAL

SOFIA ANNE DA CUNHA GIOVANELLA; KAMILLY DE PAULA FELIPE; VINICIUS ABREU DOS SANTOS; CHRISTINE BÖHM COSTA

Introdução: A população idosa, especialmente aquela em situação de maior vulnerabilidade, enfrenta desafios para obter atendimento odontológico. Sensibilizados com essa realidade, estudantes do curso de Odontologia da Univille, sob supervisão docente, planejaram atividades de curricularização de extensão na Organização Não Governamental "Casa de Fé Jesus e Maria". Instituição que atende idosos e pessoas com deficiências físicas e cognitivas. **Objetivo:** O objetivo do trabalho foi promover a conscientização e melhoria da percepção dos idosos sobre os cuidados com a saúde bucal, bem como oportunizar o acesso ao atendimento odontológico na Clínica Odontológica da Universidade da Região de Joinville. **Relato de experiência:** Foram realizadas seis visitas semanais na instituição, abordando temas como: importância da alimentação e higiene bucal adequadas, tratamentos disponibilizados na Clínica Odontológica da Univille, cuidados com a prótese dentária e lesões bucais. Realizou-se triagem e avaliação das condições de saúde bucal dessa comunidade pelos estudantes de odontologia sob supervisão da professora responsável. Participaram desse encontro 24 pessoas, com seus responsáveis legais, sendo realizada a assinatura de termo de consentimento livre e esclarecido após as devidas orientações quanto à atividade proposta. Após os atendimentos, os pacientes foram classificados quanto à necessidade de tratamento, sendo classificados conforme o grau de risco (baixo, moderado ou alto) e encaminhados para a Clínica Odontológica da Univille, onde receberam atendimento odontológico gratuito. **Conclusão:** Foram percebidos obstáculos no acesso ao tratamento odontológico dessa comunidade, desinformação quanto aos cuidados necessários para promover a saúde bucal e quanto as possibilidades de tratamento odontológico disponíveis no SUS. Essas dificuldades impactam na autopercepção da saúde bucal e no cuidado preventivo, curativo e na reabilitação oral desses pacientes. Para os estudantes envolvidos, a oportunidade de participar das atividades de curricularização de extensão foi considerada uma experiência muito significativa para o aprendizado e a futura vida profissional. Mediante a realização dessas atividades com e para a comunidade, os estudantes perceberam seu potencial para impactar positivamente na vida das pessoas através da Odontologia.

Palavras-chave: **IDOSOS; SAÚDE BUCAL; VULNERABILIDADE SOCIAL**

DOI: 10.51161/iv-conasus/90203

QUANDO A REDE VIRA FUNIL: TERRITÓRIO AMAZÔNICO E CENTRALIZAÇÃO DO CUIDADO ONCOLÓGICO INFANTOJUVENIL

THIAGO DA SILVA PINHEIRO; MARIA LÚCIA CHAVES LIMA

Introdução: O cuidado oncológico infantojuvenil na Amazônia acontece em um território marcado por grandes distâncias, diferentes formas de circulação e concentração dos serviços especializados nas capitais. No cotidiano de um hospital de referência em Belém, Pará, os percursos de crianças e famílias mostram que chegar ao tratamento é apenas parte do desafio. Rios, estradas, deslocamentos entre municípios e afastamento das redes de apoio acompanham essas famílias e atravessam a produção do cuidado. **Objetivo:** Relatar a experiência de atuação em Psicologia em um hospital oncológico infantil de referência na Amazônia, destacando como os percursos territoriais de crianças e famílias atravessam o acesso e a produção do cuidado no Sistema Único de Saúde. **Relato de experiência:** A experiência parte da atuação profissional em um hospital oncológico infantil de Belém, referência para crianças e adolescentes de diferentes territórios amazônicos. No cotidiano da Psicologia, tornou-se recorrente acompanhar famílias cujos percursos envolvem rios, estradas, diferentes meios de transporte e, em algumas situações, longos períodos de permanência na capital. A chegada ao hospital, contudo, não encerra os efeitos desses deslocamentos. O afastamento do território de origem e das redes de apoio, a separação de familiares, as condições de permanência e as reorganizações necessárias ao tratamento passam a compor também as demandas dirigidas à Psicologia. A experiência mostra que o acesso ao cuidado especializado não se reduz à possibilidade de chegar ao serviço, mas envolve condições para permanecer em tratamento. A escuta psicológica precisa, assim, considerar os territórios e percursos que acompanham crianças e famílias até o hospital. Quando diferentes trajetórias convergem para poucos serviços, a rede pode operar como um funil, tornando visíveis desafios de acesso e equidade que ultrapassam os limites da instituição. **Conclusão:** Discutir acesso e equidade na oncologia infantojuvenil amazônica exige considerar não apenas a existência de serviços especializados, mas os percursos para alcançá-los e as condições de permanência no tratamento. Fortalecer o SUS implica reconhecer os efeitos da centralização da assistência e considerar as diferentes realidades amazônicas na organização das redes de cuidado.

Palavras-chave: **EQUIDADE EM SAÚDE; ONCOLOGIA PEDIÁTRICA; SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.**

DOI: 10.51161/iv-conasus/90224

O COTIDIANO DO ESTAGIÁRIO NA FACULDADE DE ODONTOLOGIA DA UFPA: GESTÃO DE MATERIAIS, BIOSSEGURANÇA E APOIO À FORMAÇÃO ACADÊMICA

LUANA GARCIA SANCHES; SIMONE SOARES PEDROSA; LURDETE MARIA ROCHA GAUCH; LILIANE SILVA DO NASCIMENTO; CAMILA LIMA DE ANDRADE; KAYAN NASCIMENTO DE OLIVEIRA; RAY ALVES DA COSTA

Introdução: A formação em Odontologia envolve atividades teóricas e práticas que demandam materiais de consumo, instrumentais e equipamentos específicos, os quais podem representar dificuldades para estudantes em situação de vulnerabilidade econômica. Nesse contexto, a atuação dos estagiários da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Pará (UFPA) ultrapassa as atividades administrativas, contribuindo para a organização dos recursos utilizados no ensino e para a segurança do ambiente acadêmico-clínico. **Objetivo:** Relatar a experiência cotidiana dos estagiários da Faculdade de Odontologia da UFPA na organização, conservação, controle e empréstimo de materiais e equipamentos, destacando sua contribuição para o desenvolvimento das atividades práticas, a biossegurança e a equidade no acesso aos recursos necessários à formação. **Relato de experiência:** A rotina dos estagiários envolve o cuidado, a organização e o controle dos materiais disponibilizados pela instituição, bem como o atendimento às demandas dos estudantes por meio de empréstimos. São disponibilizados materiais de consumo, como resinas compostas, ácidos e cimentos de ionômero de vidro, além de equipamentos utilizados nas atividades acadêmicas, como fotopolimerizadores, aparelhos de ultrassom e plastificadoras. Também integra essa rotina o acompanhamento dos materiais perfurocortantes, incluindo a identificação de coletores próximos ou acima do limite de preenchimento, montagem de novos coletores e comunicação à empresa responsável pela retirada e destinação adequada. O sistema de empréstimos possibilita que estudantes tenham acesso temporário a recursos necessários para suas atividades práticas, inclusive aqueles que apresentam dificuldades financeiras para adquiri-los, favorecendo sua participação nas atividades acadêmicas. A organização e disponibilidade desses recursos também contribuem para a continuidade das práticas e para a consolidação do conhecimento adquirido em sala de aula. **Conclusão:** A experiência evidencia que o trabalho dos estagiários possui papel relevante no funcionamento cotidiano da Faculdade de Odontologia, articulando organização, biossegurança e apoio acadêmico. O gerenciamento e compartilhamento dos recursos institucionais favorecem o desenvolvimento das atividades práticas e podem contribuir para a redução de barreiras econômicas enfrentadas pelos estudantes, fortalecendo uma formação odontológica mais acessível e equitativa.

Palavras-chave: **BIOSSEGURANÇA; ODONTOLOGIA; ESTUDANTE**

DOI: 10.51161/iv-conasus/90227

APROXIMAÇÃO: DO ATENDIMENTO À CONSTRUÇÃO DE VÍNCULO COM HOMENS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE — RELATO DE EXPERIÊNCIA

LAYLA MARQUES CABRAL; DANYELA GOMES CABALINE VIANA; ISADORA SEVERIANO DE SOUZA

Introdução: a baixa procura masculina pelos serviços de saúde constitui desafio para atenção primária, sobretudo entre trabalhadores rurais, que frequentemente priorizam o trabalho em detrimento do autocuidado. Em uma Estratégia Saúde da Família (ESF) localizada na zona rural em um município da região sudeste, foi identificado baixa procura por atendimento, além de cobertura vacinal reduzida, pouca realização de testes rápidos, tabagismo frequente e acompanhamento insuficiente de doenças crônicas. Aproveitando o Dia dos Pais e o Dia Nacional de Combate ao Fumo, foi realizada uma ação de saúde do homem em horário ampliado. **Objetivo:** promover prevenção, diagnóstico precoce e promoção da saúde entre homens da zona rural, ampliando o acesso e fortalecendo o vínculo com a equipe. **Relato de experiência:** a ação, com duração de 12 horas, atendeu 62 homens e ofereceu vacinação, testes rápidos para HIV 1 e 2, sífilis e hepatites B e C, avaliação de fatores de risco, solicitação de exames, orientações e abordagem para cessação do tabagismo. Foram administradas 27 doses de vacina contra influenza e realizados 28 testes rápidos. Muitos participantes não frequentavam a unidade havia pelo menos um ano; alguns nunca haviam realizado testes rápidos ou estavam com a vacinação atrasada. A iniciativa possibilitou retomar acompanhamentos, planejar seguimentos e iniciar apoio a cessação do tabagismo. Também houve atividade cultural comunitária. Um usuário idoso que, dias antes, havia relatado em consulta desânimo e perda de interesse pelas atividades cotidianas. Durante a conversa, contou que costumava tocar sanfona e foi convidado para participar do evento. Treinou por dias e tocou para a comunidade, ficando mais alegre e satisfeito com a vida. A experiência evidenciou como a escuta e a valorização de interesses pessoais podem produzir encontros significativos no cuidado em saúde. **Conclusão:** o acesso facilitado, horário ampliado e a busca ativa aproximaram os homens da atenção primária, favorecendo prevenção, diagnóstico precoce e continuidade do cuidado. A experiência demonstrou que a integralidade ultrapassa procedimentos e inclui acolhimento, educação em saúde, autonomia, participação comunitária e construção de vínculos.

Palavras-chave: **SAÚDE DO HOMEM; ATENÇÃO BÁSICA; CUIDADO INTEGRAL**

DOI: 10.51161/iv-conasus/90228

A REVOLUÇÃO DA INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: IMPACTOS NA EFICIÊNCIA GESTORA E DILEMAS NORMATIVOS

HEBERT GUALBERTO;

Introdução: A crescente demanda assistencial, a sobrecarga orçamentária e a necessidade de desburocratização impõem ao Sistema Único de Saúde (SUS) o desafio contínuo de aprimorar seus fluxos administrativos e clínicos. Nesse contexto, a revolução da inteligência artificial (IA) surge como tecnologia disruptiva no setor público, capaz de reconfigurar o planejamento em saúde, a triagem e o apoio à decisão. Contudo, sua incorporação precisa dialogar com as diretrizes de governança pública, os marcos de proteção de dados sensíveis e os postulados ético-profissionais consolidados na regulamentação médica nacional. **Objetivo:** Analisar as contribuições da inteligência artificial para a otimização dos processos de gestão e aprimoramento da assistência no SUS, abordando seus reflexos organizacionais e os desafios ético-regulatórios correlatos. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão bibliográfica e documental, de caráter descritivo e abordagem qualitativa. Realizou-se levantamento nas bases SciELO, PubMed e em atos normativos vigentes — com ênfase na Lei nº 8.080/1990 e nas diretrizes ético-normativas de governança em saúde digital —, examinando publicações dos últimos anos acerca da IA na gestão em saúde pública e na prática hospitalar. **Resultados:** Constatou-se que a IA atua como ferramenta estratégica na predição de demanda hospitalar, gestão inteligente de leitos e redução do desperdício de insumos públicos. No âmbito epidemiológico, possibilita a detecção célere de surtos e o direcionamento equitativo de recursos. Todavia, a plena efetivação dessas soluções enfrenta barreiras como assimetrias de conectividade regional, fragmentação de bases cadastrais e o risco de reprodução de vieses algorítmicos. Evidenciou-se, ainda, a indispensabilidade da supervisão humana estrita e do alinhamento às leis protetivas de privacidade, ratificando a IA unicamente como apoio suplementar, jamais substitutivo do discernimento ético e profissional. **Conclusão:** A integração responsável da inteligência artificial potencializa os princípios de eficiência, integralidade e resolutividade no SUS. Conclui-se que o salto tecnológico deve ser indissociável de marcos sólidos de governança pública, investimentos em interoperabilidade e salvaguardas ético-jurídicas, assegurando a centralidade do cuidado humano e o fortalecimento do sistema universal de saúde.

Palavras-chave: **ATENÇÃO À SAÚDE; GOVERNANÇA PÚBLICA; TECNOLIA EM SAÚDE**

DOI: 10.51161/iv-conasus/90229

BARREIRAS DE COMUNICAÇÃO E ACESSO DA PESSOA SURDA À ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA NO SUS: UMA REVISÃO

GABRIELA BARRETO VASCONCELOS; GABRIELA BARRETO VASCONCELOS

INTRODUÇÃO: A população surda enfrenta dificuldades no acesso aos serviços de saúde em diferentes etapas do cuidado, principalmente devido às barreiras de comunicação entre pacientes e profissionais. Essas dificuldades podem comprometer a compreensão das informações, a segurança do paciente e a qualidade da assistência prestada. Na Odontologia, pessoas surdas usuárias de língua de sinais também podem encontrar obstáculos durante o atendimento, enquanto muitos cirurgiões-dentistas relatam dificuldades para estabelecer uma comunicação adequada com pacientes com deficiência auditiva. Essa realidade pode prejudicar a compreensão das orientações e dos procedimentos, limitar a participação do paciente nas decisões relacionadas ao tratamento e reduzir sua autonomia. **OBJETIVO**: Identificar, por meio de uma revisão de literatura, as principais barreiras de comunicação e acesso enfrentadas por pessoas surdas durante a assistência odontológica. **METODOLOGIA**: A busca foi realizada nas bases de dados PubMed e BVS/SciELO, utilizando descritores DeCS/MeSH relacionados à surdez, saúde bucal, assistência odontológica, comunicação e acessibilidade. Após o cruzamento dos descritores, foram encontrados 528 artigos. Posteriormente, foi aplicado o recorte temporal dos últimos dez anos, além dos critérios de inclusão e exclusão definidos, resultando na seleção de cinco artigos para a revisão. **RESULTADOS**: Os estudos mostraram que pessoas com deficiência auditiva ainda enfrentam dificuldades durante o atendimento odontológico, principalmente relacionadas à comunicação com os profissionais. Entre as principais barreiras encontradas estão a dificuldade na compreensão dos procedimentos e orientações, a redução da autonomia do paciente e o desconhecimento da língua de sinais por parte dos profissionais. Esses fatores podem prejudicar a relação entre profissional e paciente, além de interferir na segurança e na qualidade do cuidado. Os trabalhos também destacam a importância da capacitação dos profissionais e da utilização de estratégias de comunicação mais acessíveis. **CONCLUSÃO**: As barreiras de comunicação ainda representam um importante obstáculo para a assistência odontológica adequada às pessoas surdas. Assim, a capacitação dos profissionais e a utilização de recursos de comunicação acessíveis são medidas importantes para melhorar a compreensão, a autonomia e a qualidade do cuidado em saúde bucal.

Palavras-chave: **COMUNICAÇÃO; SURDEZ; ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA**

DOI: 10.51161/iv-conasus/90233

PRÁTICAS CORPORAIS E ATIVIDADE FÍSICA COMO ESTRATÉGIA DE CUIDADO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: RELATO DE EXPERIÊNCIA DA ATUAÇÃO DO PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA EM UMA EQUIPE eMULTI

ELIEL DE JESUS MELO; VANEI PIMENTEL SANTOS; ADRIANA SOUZA FELINTO; FRANCIELY BATISTA SOARES

RESUMO

As práticas corporais e atividades físicas (PCAF) constituem importante componente das ações de promoção da saúde na Atenção Primária à Saúde (APS) e podem ampliar as possibilidades de cuidado nos territórios. Este trabalho objetiva relatar a experiência de implementação e desenvolvimento de PCAF conduzidas por um Profissional de Educação Física (PEF) de uma equipe Multiprofissional na Atenção Primária à Saúde (eMulti), destacando sua inserção no cuidado integral e multiprofissional. Trata-se de relato de experiência desenvolvido no município de Pocinhos, Paraíba, entre agosto de 2025 e julho de 2026. A atuação esteve vinculada a nove Unidades Básicas de Saúde e compreendeu o acompanhamento de dez grupos de PCAF, quatro em territórios urbanos e seis rurais. Aproximadamente 150 usuários encontravam-se cadastrados, com participação regular média de cerca de 130 pessoas, predominantemente mulheres, além de presença expressiva de pessoas idosas e usuários com doenças crônicas não transmissíveis. Foram desenvolvidas atividades de dança/aerodance, mobilidade com minibands, exercícios com bastões e circuitos, com frequência semanal ou duas vezes por semana, conforme o território. A atuação também incluiu avaliações antropométricas periódicas, ações de educação em saúde, Programa Saúde na Escola e atividades compartilhadas com profissionais da eMulti e das equipes de Saúde da Família. A experiência permitiu observar fortalecimento de vínculos, socialização e relatos espontâneos de melhora do bem-estar, autonomia e disposição. Entre os desafios, destacaram-se a escassez de materiais, a abrangência territorial e a necessidade de fortalecer a continuidade das ações e o reconhecimento das PCAF como componente do cuidado. A experiência evidencia possibilidades de atuação do PEF que ultrapassam a condução de exercícios e reforça a importância de sua integração às equipes e aos territórios para a construção de práticas de promoção, prevenção e cuidado integral.

Palavras-chave: Integralidade; Territorialização; Interprofissionalidade.

1 INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) constitui espaço estratégico para o desenvolvimento de ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e acompanhamento longitudinal da população. Sua proximidade com os territórios favorece a construção de intervenções orientadas não apenas às condições clínicas, mas também às necessidades apresentadas pelos usuários e comunidades.

Nesse cenário, as práticas corporais e atividades físicas (PCAF) apresentam-se como uma das possibilidades de cuidado desenvolvidas no Sistema Único de Saúde (SUS). O Guia de

DOI: 10.51161/iv-conasus/90240

Atividade Física para a População Brasileira reconhece a importância da atividade física para a saúde ao longo dos diferentes ciclos de vida e considera sua realização em diferentes domínios, como lazer, deslocamento, trabalho ou estudo e atividades domésticas. O documento também destaca a necessidade de criação de oportunidades e ambientes favoráveis à prática, evitando que a responsabilidade por um modo de vida fisicamente ativo seja atribuída exclusivamente ao indivíduo (Brasil, 2021a).

As recomendações direcionadas a gestores e profissionais de saúde reforçam a participação dos serviços na promoção da atividade física e na construção de estratégias adequadas às diferentes realidades da população (Brasil, 2021b). No contexto da APS, isso permite compreender as PCAF para além dos efeitos fisiológicos do exercício, considerando também aspectos relacionados ao acesso, autonomia, convivência e integralidade do cuidado.

Essa compreensão encontra respaldo em estudos recentes. Assis et al. (2025), ao investigarem PEF atuantes na APS, identificaram aproximação das intervenções com princípios da promoção da saúde, entre eles autonomia, integralidade, empoderamento e equidade. Cavalcanti et al. (2026), por sua vez, discutem a inserção das PCAF na perspectiva do cuidado ampliado, apontando a necessidade de incorporá-las aos processos de trabalho dos serviços de saúde.

A presença dessas práticas na APS brasileira tem apresentado expansão. Carvalho et al. (2025), analisando dados nacionais entre 2014 e 2022, identificaram tendência de crescimento da oferta de atividades coletivas e do número de participantes, inclusive nas ações conduzidas por Profissionais de Educação Física. Dutra e Knuth (2025), ao analisarem registros de PCAF entre 2013 e 2021, também evidenciaram a presença dessas ações em diferentes regiões e públicos, com destaque para atividades destinadas à comunidade, mulheres, idosos e pessoas com doenças crônicas.

Nesse contexto, a atuação do PEF demanda competências que ultrapassam o conhecimento técnico relacionado à prescrição de exercícios. A inserção na APS envolve compreensão da Saúde Coletiva, reconhecimento das necessidades dos territórios, acolhimento dos usuários e capacidade de articulação com diferentes profissionais e serviços (Lima et al., 2024).

A instituição das equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde (eMulti), por meio da Portaria GM/MS nº 635/2023, reforçou a organização de equipes compostas por profissionais de diferentes áreas do conhecimento que atuam de maneira complementar e integrada às demais equipes da APS, com corresponsabilidade pela população e pelo território (Brasil, 2023). Diretrizes recentes para a organização e operacionalização das eMulti reafirmam a importância da atuação integrada e da ampliação das possibilidades de cuidado na APS (Brasil, 2026).

Diante desse cenário, sistematizar experiências desenvolvidas no cotidiano dos serviços pode contribuir para dar visibilidade às possibilidades de atuação do PEF e ampliar a reflexão sobre as PCAF enquanto componente do cuidado na APS. Assim, este trabalho objetiva relatar a experiência de implementação e desenvolvimento de práticas corporais e atividades físicas conduzidas por um Profissional de Educação Física de uma equipe eMulti, destacando sua inserção no cuidado integral e multiprofissional na Atenção Primária à Saúde.

2 RELATO DE EXPERIÊNCIA

Trata-se de um relato de experiência referente à atuação de um Profissional de Educação Física integrante da eMulti Antônio Afonso, vinculada à Secretaria Municipal de Saúde de Pocinhos, Paraíba, no período de agosto de 2025 a julho de 2026. A atuação esteve vinculada a nove Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município.

A organização das PCAF buscou contemplar diferentes territórios e ampliar as possibilidades de acesso da população. Durante o período relatado, foram acompanhados dez grupos, sendo quatro localizados na zona urbana e seis na zona rural. Na área urbana, as atividades ocorreram principalmente em praças e ginásios; nos territórios rurais, foram utilizados ginásios e espaços de associações comunitárias.

Aproximadamente 150 usuários estavam cadastrados nos grupos, com média de cerca de 130 participantes regulares, conforme registros de frequência utilizados no serviço. O público era predominantemente feminino, com participação de quatro homens, além de expressiva presença de pessoas idosas e usuários com doenças crônicas não transmissíveis.

O ingresso ocorria por demanda espontânea, inclusive a partir da divulgação realizada pelos próprios participantes, e por encaminhamento de profissionais das UBS e da eMulti. Na chegada de novos usuários, realizava-se conversa individual para conhecimento das condições de saúde, presença de comorbidades e outros aspectos considerados relevantes para participação nas atividades.

A cada três meses, aproximadamente, eram realizadas avaliações antropométricas, contemplando peso, estatura e circunferências de pescoço, cintura, abdômen e quadril. Em algumas ocasiões, essas avaliações contaram com a participação da nutricionista da equipe, constituindo também uma possibilidade de articulação entre diferentes núcleos profissionais.

A frequência dos encontros variava conforme a organização de cada território. Três grupos realizavam atividades duas vezes por semana e os demais, uma vez por semana, com duração média de 50 a 60 minutos por encontro. As atividades eram organizadas principalmente em quatro propostas: dança/aerodance; exercícios de mobilidade utilizando minibands; atividades com bastões, incluindo a adaptação de cabos de vassoura; e circuitos de exercícios. As práticas eram adaptadas às características dos participantes e buscavam trabalhar componentes como força, mobilidade, equilíbrio e coordenação.

A atuação do PEF não se restringiu aos grupos regulares. Durante o período relatado, houve participação em ações de educação em saúde com gestantes, em conjunto com profissionais da Enfermagem e Nutrição; atividades relacionadas à saúde mental com profissionais da Psicologia; ações do Programa Saúde na Escola (PSE); atendimentos compartilhados com integrantes da eMulti; e atividades educativas articuladas às equipes de Saúde da Família.

Entre as experiências multiprofissionais, destacaram-se ações do Setembro Amarelo com mulheres, envolvendo dinâmicas e abordagens sobre atividade física e saúde mental; ações do PSE relacionadas à prevenção do tabagismo entre estudantes, desenvolvidas com profissionais da Enfermagem e Psicologia; e atividades do Janeiro Branco direcionadas aos trabalhadores das UBS, realizadas em conjunto com profissionais da Psicologia, Nutrição e Fisioterapia.

A convivência nos grupos permitiu observar a formação e o fortalecimento de vínculos entre participantes e profissionais, além da constituição de espaços de socialização e convivência comunitária. Foram recorrentes relatos espontâneos de melhora da disposição, bem-estar e autonomia para atividades cotidianas. Embora alguns usuários também tenham relatado mudanças em indicadores de saúde e tratamentos durante o acompanhamento, essas informações não foram consideradas resultados clínicos da intervenção, por não terem sido objeto de avaliação sistemática para essa finalidade.

DOI: 10.51161/iv-conasus/90240

Entre os desafios identificados estiveram a disponibilidade limitada de materiais, a necessidade de favorecer a continuidade das ações e de fortalecer o reconhecimento das PCAF como componente do cuidado em saúde. Diante dessas condições, foram utilizadas estratégias como adaptação de materiais de baixo custo, divulgação das atividades por redes sociais e outros meios de comunicação, participação dos próprios usuários na mobilização comunitária e diálogo com as equipes acerca das possibilidades de atuação compartilhada.

3 DISCUSSÃO

A experiência relatada demonstra a possibilidade de organização das PCAF como estratégia territorial de cuidado na APS. A distribuição dos grupos entre áreas urbanas e rurais buscou aproximar as atividades dos espaços de vida da população e favorecer o acesso, aspecto relevante diante das diferentes oportunidades disponíveis para a prática de atividade física. O Guia de Atividade Física para a População Brasileira destaca que a adoção de um modo de vida fisicamente ativo não depende apenas de escolhas individuais, sendo também influenciada pelas condições e oportunidades existentes nos territórios (Brasil, 2021a).

A experiência local insere-se em um cenário nacional de expansão dessas ações. Carvalho et al. (2025) identificaram tendência de crescimento na oferta e participação em atividades coletivas de PCAF na APS brasileira entre 2014 e 2022. Dutra e Knuth (2025), ao mapearem mais de 2,6 milhões de registros de PCAF realizados entre 2013 e 2021, identificaram mulheres, pessoas idosas e indivíduos com doenças crônicas entre os públicos contemplados. Esse perfil apresenta aproximações com o observado nos grupos relatados, caracterizados pela predominância feminina e pela presença expressiva de idosos e usuários com DCNT.

Para além do acesso às atividades, a experiência evidenciou que a convivência periódica nos grupos favoreceu interação e construção de vínculos. As PCAF, nesse contexto, não se limitaram à realização de exercícios, mas passaram a integrar espaços de encontro e socialização. Essa perspectiva dialoga com Assis et al. (2025), que identificaram aproximação das PCAF desenvolvidas na APS com princípios da promoção da saúde, e com Cavalcanti et al. (2026), que apontam a importância dessas práticas na construção de um cuidado ampliado.

A diversidade de condições de saúde e faixas etárias presentes nos grupos exigiu adaptações no planejamento e na condução das atividades. Mais do que aplicar uma proposta única, tornou-se necessário reconhecer diferentes possibilidades de participação e adequar as práticas às características dos usuários. Esse processo evidencia que a atuação do PEF na APS demanda conhecimentos que ultrapassam a prescrição do exercício físico. Lima et al. (2024) destacam, entre as competências necessárias nesse cenário, conhecimentos relacionados à Saúde Coletiva e uma atuação sensível às necessidades dos usuários e dos serviços.

Outro aspecto relevante foi a participação do PEF em atividades que extrapolaram os grupos regulares, incluindo educação em saúde, PSE, ações relacionadas à saúde mental, atividades com gestantes e atendimentos compartilhados. Essa forma de inserção aproxima-se da concepção das eMulti, que prevê atuação complementar e integrada às demais equipes da APS e corresponsabilidade pela população e pelo território (Brasil, 2023). As diretrizes atuais para organização das eMulti reforçam essa perspectiva e valorizam a integração entre diferentes categorias profissionais e a ampliação das possibilidades de cuidado (Brasil, 2026).

Na experiência relatada, a articulação com Psicologia, Nutrição, Enfermagem e Fisioterapia possibilitou incorporar diferentes saberes às ações realizadas. O trabalho compartilhado assume relevância quando se considera que as necessidades de saúde dificilmente

DOI: 10.51161/iv-conasus/90240

se restringem ao campo de conhecimento de uma única profissão. Dessa forma, a inserção do PEF em ações multiprofissionais amplia sua participação no serviço e evita que sua atuação na APS seja compreendida exclusivamente como responsável pela realização de aulas ou prescrição de exercícios.

Por outro lado, foram identificadas dificuldades relacionadas à disponibilidade de materiais, abrangência territorial e continuidade das ações. A utilização de materiais adaptados e de baixo custo possibilitou manter determinadas atividades, mas não elimina a necessidade de condições adequadas para o desenvolvimento das PCAF. Estudo sobre a atuação de PEF na APS em Uberlândia/MG também identificou desafios relacionados à estrutura e aos recursos disponíveis para o desenvolvimento das ações (Rodrigues et al., 2024).

A atuação de um único PEF no acompanhamento de dez grupos, distribuídos em áreas urbanas e rurais, somada às demais atividades da eMulti, evidencia a amplitude da demanda existente no território. Nesse sentido, o fortalecimento das PCAF na APS depende não apenas da iniciativa dos profissionais, mas também de condições organizacionais que favoreçam sua continuidade. O crescimento dessas ações observado nacionalmente reforça a necessidade de discutir estrutura, recursos e inserção profissional para que a ampliação da oferta seja acompanhada pela qualificação do cuidado (Carvalho et al., 2025; Dutra; Knuth, 2025).

Por se tratar de relato de experiência construído a partir do cotidiano do serviço, não foram realizados testes funcionais sistemáticos nem adotado delineamento destinado à avaliação da efetividade clínica das intervenções. Assim, os relatos de melhora do bem-estar, disposição e autonomia são apresentados como percepções dos participantes, não sendo possível estabelecer relações causais entre participação nos grupos e alterações clínicas. Essa delimitação permite concentrar a análise naquilo que a experiência efetivamente demonstra: a possibilidade de organizar PCAF em diferentes territórios, articulá-las ao cotidiano da APS e inseri-las em um processo de trabalho que envolve acolhimento, vínculo, educação em saúde e atuação multiprofissional.

4 CONCLUSÃO

A experiência desenvolvida em Pocinhos/PB evidencia que as práticas corporais e atividades físicas podem integrar as estratégias de cuidado da Atenção Primária à Saúde quando organizadas de maneira territorializada e articuladas às necessidades da população.

A atuação em territórios urbanos e rurais, associada às ações de educação em saúde e ao trabalho compartilhado com diferentes categorias profissionais, demonstrou possibilidades de atuação do Profissional de Educação Física que ultrapassam a condução de sessões de exercícios e se aproximam da integralidade e da corresponsabilidade presentes na organização da APS e das eMulti.

Os desafios relacionados à disponibilidade de materiais, abrangência territorial e continuidade das ações evidenciam a necessidade de condições estruturais e institucionais que favoreçam a consolidação das PCAF no cotidiano dos serviços. Como perspectiva, destaca-se a importância de fortalecer a integração entre equipes, ampliar as condições para oferta das ações e qualificar o acompanhamento desenvolvido nos diferentes territórios.

A experiência reforça, portanto, a importância da valorização e ampliação da inserção do Profissional de Educação Física no SUS, integrado às equipes e aos territórios, contribuindo para a construção de estratégias de promoção, prevenção e cuidado coerentes com as necessidades dos usuários.

DOI: 10.51161/iv-conasus/90240

REFERÊNCIAS

ASSIS, V. F. et al. Percepções de profissionais de Educação Física atuantes na Atenção Primária à Saúde sobre a aproximação das Práticas Corporais e Atividades Físicas com princípios da Promoção da Saúde. Revista Brasileira de Ciências do Esporte, v. 47, e20250053, 2025. DOI: 10.1590/rbce.47.e20250053.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. Guia de Atividade Física para a População Brasileira. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021a. 54 p. ISBN 978-85-334-2885-0.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. Guia de Atividade Física para a População Brasileira: recomendações para gestores e profissionais de saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 635, de 22 de maio de 2023. Institui, define e cria incentivo financeiro federal de implantação, custeio e desempenho para as modalidades de equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Nota Técnica Conjunta nº 99/2026-COCIP/COPID/DGCI/SAPS/MS. Apresenta diretrizes para a organização e a operacionalização das equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde (eMulti). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2026.

CARVALHO, F. F. B.; GUERRA, P. H.; SILVA, D. B.; VIEIRA, L. A. Oferta e participação nas práticas corporais e atividades físicas na atenção primária no Brasil: análise de 2014 a 2022. Ciência & Saúde Coletiva, v. 30, n. 1, e09492023, 2025. DOI: 10.1590/1413-81232025301.09492023.

CAVALCANTI, J. R. F.; GAMARRA, C. J.; FLORES, L. J. F.; ARCOVERDE, M. A. M.; SILVA, R. M. M. Práticas corporais e atividades físicas na perspectiva do cuidado ampliado: uma realidade complexa. Revista Pesquisa Qualitativa, v. 14, n. 38, p. 273-298, 2026. DOI: 10.33361/RPQ.2026.v.14.n.38.1564.

DUTRA, R. P.; KNUTH, A. G. Práticas corporais e atividades físicas desenvolvidas na Atenção Primária à Saúde no Brasil entre 2013 e 2021. Physis: Revista de Saúde Coletiva, v. 35, n. 1, e350119, 2025. DOI: 10.1590/S0103-73312025350119pt.

LIMA, R. O.; ANDRELLA, J. L.; SILVA, J. F.; TRAPÉ, A. A. Competências do profissional de Educação Física na Atenção Primária à Saúde. Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde, v. 28, p. 1-8, 2024. DOI: 10.12820/rbafs.28e0322.

RODRIGUES, L. R.; MARQUES, L. K.; POLO, M. C. E.; SILVA, J. V. P.; TAVARES, G. H. Atividade física e atuação dos profissionais de Educação Física na Atenção Primária à Saúde na cidade de Uberlândia/MG. Revista Brasileira de Educação Física e Esporte, v. 38, e38183576, 2024. DOI: 10.11606/issn.1981-4690.2024e38183576.

SUS NAS ESCOLAS: INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO-COMUNIDADE NA PROMOÇÃO DA SAÚDE COLETIVA – UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

DÉBORA SOUZA DE SOUZA; NANY CAMILLA SEVALHO AZUELO;

Introdução: A extensão universitária constitui um eixo essencial na formação em saúde, ao promover a integração entre ensino, pesquisa e comunidade. Nesse contexto, a atuação em ambiente escolar configura-se como estratégia relevante para promoção da saúde especialmente por possibilitar ações educativas voltadas à formação cidadã. A introdução de ações de educação em saúde no ensino fundamental amplifica o leque de alternativas para construção desde a infância, vinculando-se à consolidação de direitos assegurados no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). **Objetivo:** Relatar a experiência de acadêmicos da Liga Acadêmica de Atenção Integral à Saúde (LAAIS) no desenvolvimento de ações de promoção da saúde coletiva em ambiente escolar, destacando suas contribuições para a formação acadêmica e para o desenvolvimento de competências profissionais. **Relato de Experiência:** Trata-se de um relato de experiência, de natureza descritiva, com abordagem qualitativa, realizado no mês de março de 2026, em contexto real de prática extensionista. A atividade indicou que os alunos tinham pouco conhecimento sobre o Sistema Único de Saúde (SUS), mesmo com a maior parte utilizando os serviços no dia a dia. Com o auxílio de dinâmicas, foi viável esclarecer a percepção equivocada do SUS, frequentemente limitado à imagem de apenas um hospital público e para o cuidado de indivíduos com risco de vida. Esses achados corroboram a literatura ao evidenciar que a extensão universitária potencializa o processo de ensino-aprendizagem ao integrar teoria e prática, contribuindo para a formação de profissionais alinhados aos princípios do SUS. **Conclusão:** Conclui-se que a maioria dos alunos tinha uma percepção limitada do SUS, enfatizando a importância de intervenções educativas contínuas. A experiência evidenciou a relevância da extensão universitária como ferramenta de integração entre ensino, serviço e comunidade, contribuindo tanto para a promoção da saúde no ambiente escolar quanto para a formação acadêmica em saúde.

Palavras-chave: **EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA; EDUCAÇÃO EM SAÚDE; ENSINO FUNDAMENTAL**

DOI: 10.51161/iv-conasus/90254

SEGURANÇA DO USO DA CEFTRIAXONA NA POPULAÇÃO PEDIÁTRICA: RISCO DE PSEUDOLITÍASE BILIAR E IMPLICAÇÕES CLÍNICAS

ÉLIDA EULÁLIA VIEIRA ROCHA; MARINA RODRIGUES XAVIER; JOSÉ LEONARDO DE CASTRO ALVES

Introdução: A ceftriaxona é uma cefalosporina de terceira geração amplamente utilizada na pediatria devido ao seu amplo espectro de ação e posologia conveniente. No entanto, por apresentar excreção biliar significativa e alta afinidade pelo cálcio, a sua administração pode levar à formação de complexos insolúveis. Esse fenômeno manifesta-se como pseudolitíase biliar ou precipitações no trato urinário, levantando preocupações quanto à sua segurança e às suas implicações no manejo clínico dos pacientes. **Objetivo:** Analisar a ocorrência de pseudolitíase biliar e renal induzida por ceftriaxona em crianças, identificando características clínicas, fatores predisponentes e a evolução dos casos. **Metodologia:** Trata-se de um estudo baseado na análise de evidências científicas e revisões da literatura sobre complicações litiásicas pediátricas associadas à ceftriaxona. Foram sintetizados dados de incidência, fatores de risco, métodos diagnósticos ultrassonográficos, manifestações clínicas e desfechos terapêuticos. **Resultados:** A pseudolitíase vesicular ocorre em 15% a 57% das crianças tratadas com ceftriaxona, manifestando-se frequentemente a partir do segundo ao quinto dia de tratamento. A nefrolitíase é menos comum, ocorrendo em menor proporção dos casos. Doses elevadas, esquemas prolongados por mais de cinco dias, estase biliar, jejum e nutrição parenteral são fatores que favorecem a precipitação. Na grande maioria dos pacientes, o quadro cursa de forma assintomática. Quando surgem sintomas, prevalecem dores abdominais, náuseas e vômitos, havendo relatos raros de complicações graves como pancreatite ou colecistite. O diagnóstico é estabelecido por ecografia abdominal. Ambas as alterações, biliares e renais, demonstraram caráter reversível, resolvendo-se espontaneamente semanas após a descontinuação do antibiótico. **Conclusão:** O uso da ceftriaxona na população pediátrica é seguro, porém requer monitorização adequada. A pseudolitíase é uma complicação bem documentada, de natureza majoritariamente benigna e transitória. O conhecimento dessa condição é fundamental para evitar intervenções cirúrgicas ou procedimentos desnecessários, sendo a suspensão do fármaco a conduta primária e suficiente para a resolução completa da alteração na maioria dos casos.

Palavras-chave: **CEFALOSPORINA; COMPLICAÇÕES; PEDIATRIA**

DOI: 10.51161/iv-conasus/90261

NOVEMBRO AZUL COMO ESTRATÉGIA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE: RELATO DE EXPERIÊNCIA DE ACADÊMICOS DE BIOMEDICINA EM UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

ISABELA SALMERON RUBIO FERREIRA; BEATRIZ ERDMAN CAMARGO; GABRIELLE MARTINS VARGAS; CASSIANA PIMENTA; FERNANDO BICOCCHI CANOVA; ERIKA YAMASHITA MARCELINO; ALINE APARECIDA DE SOUZA

RESUMO

A educação em saúde constitui uma importante estratégia para promoção do autocuidado, prevenção de agravos e aproximação entre os serviços de saúde e a comunidade. Nesse contexto, as campanhas de conscientização podem representar oportunidades para ampliar o diálogo sobre temas relacionados à prevenção e à promoção da saúde. O Novembro Azul, inicialmente associado à conscientização sobre o câncer de próstata, apresenta atualmente uma abordagem mais abrangente, envolvendo diferentes dimensões da saúde integral da população masculina, incluindo saúde mental, prevenção de infecções sexualmente transmissíveis, doenças crônicas, hábitos saudáveis e busca pelos serviços de saúde (BRASIL, 2026). O presente trabalho relata uma experiência de educação em saúde desenvolvida por estudantes do curso de Biomedicina do Centro Universitário Piaget – UNIPIAGET, em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), no município de Suzano, São Paulo. A atividade teve como propósito promover a conscientização sobre os cuidados relacionados à saúde do homem, utilizando linguagem acessível, diálogo e participação dos usuários do serviço. Durante a ação, os acadêmicos compartilharam informações relacionadas à prevenção, autocuidado e importância do acompanhamento dos cuidados de saúde, estabelecendo um espaço de interação entre estudantes e usuários. A experiência possibilitou aos acadêmicos vivenciar uma situação concreta de educação em saúde fora do ambiente exclusivamente acadêmico, favorecendo o desenvolvimento de habilidades de comunicação, escuta e abordagem de diferentes públicos. A atividade também evidenciou o potencial dos CAPS como espaços de cuidado integral, convivência e desenvolvimento de ações educativas, considerando seu caráter comunitário e multiprofissional (BRASIL, 2026). A experiência reforçou a importância da integração entre instituição de ensino, serviço de saúde e comunidade, contribuindo para uma formação acadêmica mais próxima das necessidades concretas da população. Conclui-se que ações educativas relacionadas ao Novembro Azul podem ultrapassar a abordagem restrita ao câncer de próstata e constituir oportunidades para discutir o cuidado integral à saúde masculina, fortalecendo práticas de promoção da saúde e aproximando a formação dos futuros profissionais das demandas presentes nos serviços do Sistema Único de Saúde.

Palavras-chave: Educação em Saúde; Saúde do Homem; Promoção da Saúde

1 INTRODUÇÃO

A promoção da saúde envolve estratégias que ultrapassam a prevenção específica de determinadas doenças, abrangendo ações destinadas à ampliação da autonomia dos indivíduos, à adoção de hábitos saudáveis e ao fortalecimento da capacidade de participação no próprio

DOI: 10.51161/iv-conasus/90270

cuidado. Assim, a educação em saúde representa uma ferramenta importante para aproximar informações científicas da população e favorecer processos de reflexão sobre comportamentos, prevenção e utilização dos serviços de saúde.

No contexto da saúde masculina, essa abordagem assume particular importância. Historicamente, questões socioculturais relacionadas às diferentes formas de masculinidade podem interferir na maneira como os homens percebem o adoecimento, expressam necessidades e procuram os serviços de saúde. A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) foi estabelecida justamente com o objetivo de ampliar o acesso da população masculina às ações e aos serviços de saúde, considerando a integralidade do cuidado e os fatores de risco e vulnerabilidades relacionados a essa população (BRASIL, 2009).

O Ministério da Saúde destaca que o Novembro Azul constitui uma oportunidade para sensibilizar homens, profissionais e gestores sobre o autocuidado e o cuidado integral à saúde masculina. A estratégia atualmente contempla uma perspectiva ampliada, incluindo ações relacionadas à saúde mental, prevenção de infecções sexualmente transmissíveis, controle de doenças crônicas, prevenção de violências e acidentes e promoção de hábitos saudáveis (BRASIL, 2026). Dessa forma, a campanha pode ser compreendida como uma oportunidade de diálogo sobre saúde integral, e não exclusivamente como uma campanha voltada ao câncer de próstata.

O câncer de próstata permanece, entretanto, como importante tema de saúde pública. Segundo informações do Ministério da Saúde, o câncer de próstata está entre os principais cânceres que acometem a população masculina, reforçando a importância da prevenção, do acompanhamento e da busca por atendimento diante de alterações ou fatores de risco (BRASIL, 2026). A abordagem educativa deve, contudo, evitar a simplificação da saúde masculina à realização de exames específicos, considerando que o cuidado integral envolve diferentes dimensões da saúde física, mental e social.

Dessa forma, ações de educação em saúde podem desempenhar papel relevante ao criar espaços de diálogo nos quais informações técnicas sejam apresentadas de maneira acessível. A comunicação estabelecida diretamente com a população permite não apenas transmitir informações, mas também identificar dúvidas, percepções e dificuldades relacionadas ao cuidado com a própria saúde.

A realização dessas atividades em serviços do Sistema Único de Saúde amplia ainda mais essa perspectiva. Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são serviços públicos de saúde mental, de caráter aberto e comunitário, destinados ao acolhimento e acompanhamento de pessoas em sofrimento psíquico, contando com equipes multiprofissionais e desenvolvendo atividades terapêuticas, culturais, sociais e de fortalecimento da autonomia (BRASIL, 2026). Portanto, embora possuam como eixo central o cuidado em saúde mental, esses serviços também fazem parte de uma rede de cuidado integral e podem constituir espaços importantes para ações educativas e de promoção da saúde.

A aproximação entre instituições de ensino e serviços de saúde permite ainda que estudantes tenham contato com situações reais do cotidiano profissional. Essa integração contribui para que a formação acadêmica ultrapasse os limites da sala de aula e possibilite o desenvolvimento de competências relacionadas à comunicação, trabalho em equipe, escuta qualificada e compreensão das necessidades da população.

Diante desse cenário, foi desenvolvida uma ação educativa relacionada ao Novembro Azul em um CAPS do município de Suzano, São Paulo, envolvendo estudantes do curso de Biomedicina do Centro Universitário Piaget – UNIPIAGET.

O objetivo deste trabalho foi relatar a experiência de uma ação de educação em saúde relacionada ao Novembro Azul, desenvolvida por acadêmicos de Biomedicina em um Centro de Atenção Psicossocial, destacando suas contribuições para a conscientização sobre a saúde integral do homem e para a integração entre ensino, serviço e comunidade.

2 RELATO DE CASO

A intervensão foi desenvolvida como parte de uma proposta de aproximação entre a formação acadêmica e a realidade dos serviços de saúde.
Estudantes do curso de Biomedicina do Centro Universitário Piaget – UNIPIAGET participaram desta ação. A atividade foi organizada em torno da temática do Novembro Azul, utilizando a campanha como elemento mobilizador para a discussão sobre saúde masculina (FIGURA 1).

FIGURA 1: Ação realizada no CAPS – SUZANO sobre Novembro Azul. Pela conscientização e prevenção do Cârcer de próstata.

A escolha do CAPS como espaço para realização da atividade possibilitou que a ação educativa ocorresse em um ambiente de cuidado em saúde mental e convivência comunitária. Essa característica foi considerada relevante, uma vez que a saúde integral não deve ser compreendida a partir de uma separação rígida entre saúde física e saúde mental.

A atividade foi conduzida pelos estudantes, que apresentaram informações relacionadas à importância do cuidado com a saúde masculina, prevenção e acompanhamento regular da saúde. A abordagem procurou utilizar uma linguagem acessível, evitando a apresentação dos conteúdos exclusivamente na forma de informações técnicas.

Durante a ação, os acadêmicos estabeleceram contato direto com os usuários presentes no serviço, favorecendo a participação e o diálogo. As informações foram apresentadas de maneira a estimular a reflexão sobre a importância do autocuidado e da utilização dos serviços de saúde quando necessário.

Também possibilitou que os estudantes percebessem a necessidade de adaptar a comunicação de acordo com o público. A experiência demonstrou que a transmissão de conhecimentos científicos em um ambiente de saúde exige mais do que domínio do conteúdo,

envolvendo capacidade de comunicação, escuta e compreensão das características dos interlocutores.

A realização da atividade dentro de um serviço do SUS também permitiu aos estudantes compreenderem que ações de promoção da saúde podem ocorrer em diferentes pontos da rede de atenção. No caso dos CAPS, o caráter aberto, comunitário e multiprofissional desses serviços possibilita a realização de diferentes atividades voltadas à autonomia, socialização e cuidado dos usuários (BRASIL, 2026).

A campanha do Novembro Azul foi utilizada, portanto, não apenas como uma oportunidade para falar sobre câncer de próstata, mas como um ponto de partida para discutir o cuidado integral da população masculina. Essa abordagem está alinhada à orientação atual do Ministério da Saúde, que recomenda que as ações do período contemplem aspectos como saúde mental, doenças crônicas, prevenção de ISTs, hábitos saudáveis e outros fatores relacionados à saúde dos homens (BRASIL, 2026).

A participação dos estudantes permitiu ainda uma experiência de aprendizagem situada em um contexto real. Ao interagir diretamente com os usuários, os acadêmicos puderam vivenciar situações que dificilmente seriam reproduzidas integralmente em uma atividade exclusivamente teórica.

3 DISCUSSÃO

A experiência relatada evidencia a importância da educação em saúde como instrumento de aproximação entre conhecimento científico e comunidade. Quando desenvolvidas de maneira participativa, as ações educativas podem ultrapassar a simples transmissão de informações e estabelecer espaços de diálogo, reflexão e construção compartilhada do conhecimento.

No caso do Novembro Azul, essa perspectiva é particularmente importante. Embora a campanha tenha se consolidado inicialmente em torno da conscientização sobre o câncer de próstata, o Ministério da Saúde atualmente apresenta o período como uma oportunidade para discutir a saúde integral dos homens, incluindo autocuidado, saúde mental, doenças crônicas, prevenção de infecções e promoção de hábitos saudáveis (BRASIL, 2026).

Essa ampliação do conceito é relevante porque uma abordagem exclusivamente centrada no câncer de próstata pode reduzir a compreensão da saúde masculina a um único agravo. A saúde do homem envolve múltiplos determinantes e necessidades, sendo necessária uma perspectiva integral e contínua de cuidado.

A PNAISH reconhece justamente a necessidade de ampliar o acesso dos homens aos serviços de saúde e de considerar aspectos relacionados às diferentes formas de masculinidade, vulnerabilidades e fatores de risco (BRASIL, 2009). Dessa forma, ações educativas desenvolvidas nos serviços de saúde podem contribuir para aproximar a população masculina das práticas de prevenção e do cuidado cotidiano.

Outro aspecto relevante da experiência foi a realização da atividade em um CAPS. Esses serviços possuem como característica o cuidado em liberdade, a inserção comunitária e a atuação multiprofissional, desenvolvendo atividades que buscam fortalecer autonomia, vínculos sociais e participação dos usuários (BRASIL, 2026). Nesse cenário, uma ação

relacionada à saúde masculina pode ser integrada à perspectiva de cuidado integral desenvolvida pelo serviço.

A experiência também demonstra a importância da presença dos estudantes em ambientes reais de cuidado. A formação de profissionais da saúde exige o desenvolvimento de competências que não podem ser reduzidas ao domínio de conhecimentos técnicos. A comunicação com diferentes públicos, a capacidade de escuta, a postura ética e a compreensão das particularidades dos usuários são componentes fundamentais da atuação profissional.

A aproximação entre universidade e serviço possibilita que o estudante reconheça o SUS não apenas como campo futuro de atuação profissional, mas como espaço de aprendizagem. A vivência permite compreender a complexidade dos serviços, as características dos diferentes públicos e a necessidade de atuação integrada entre diferentes profissionais.

Nesse sentido, a experiência pode ser relacionada ao princípio da integração ensino-serviço-comunidade. O estudante deixa de ocupar exclusivamente a posição de receptor de informações e passa a participar de uma atividade concreta de cuidado e educação em saúde, sob a perspectiva de interação com usuários e com o serviço.

Outro ponto observado foi a necessidade de adequação da linguagem. Conteúdos relacionados à prevenção e às doenças podem ser apresentados de forma excessivamente técnica quando direcionados ao público geral. A experiência proporcionou aos acadêmicos a oportunidade de transformar conhecimentos científicos em informações compreensíveis e contextualizadas.

Essa competência possui importância direta para a atuação biomédica. Embora a formação do biomédico esteja fortemente relacionada aos conhecimentos laboratoriais e científicos, sua atuação ocorre dentro de um sistema de saúde no qual comunicação, trabalho multiprofissional e compreensão das necessidades da população também são relevantes.

A ação também permitiu compreender que campanhas de saúde podem funcionar como portas de entrada para discussões mais amplas. O Novembro Azul possibilitou abordar não somente a prevenção do câncer de próstata, mas também o autocuidado, a importância da busca por atendimento, a prevenção de doenças e a atenção à saúde mental.

O Ministério da Saúde ressalta, inclusive, que as ações de Novembro Azul não devem se restringir ao mês de novembro, destacando a necessidade de continuidade das ações de promoção e prevenção ao longo do ano (BRASIL, 2026). Essa perspectiva é importante para evitar que campanhas de conscientização sejam compreendidas apenas como eventos pontuais.

No âmbito da experiência relatada, não foram aplicados instrumentos específicos de avaliação quantitativa capazes de mensurar mudança de conhecimento, comportamento ou indicadores de saúde entre os participantes. Portanto, não é possível afirmar que a atividade tenha produzido efeitos mensuráveis sobre esses desfechos.

Entretanto, a experiência permitiu observar a participação dos usuários e a interação estabelecida durante a ação, além de proporcionar aos estudantes uma vivência concreta de educação em saúde. Assim, seus principais resultados devem ser compreendidos sob a perspectiva formativa e de integração entre ensino e serviço.

Essa limitação não diminui a relevância da atividade, mas delimita adequadamente o alcance dos resultados apresentados. Novas ações poderão incorporar instrumentos de avaliação pré e pós-intervenção, permitindo investigar mudanças no conhecimento, percepção sobre autocuidado e intenção de utilização dos serviços de saúde.

4 CONCLUSÃO

A realização da ação educativa relacionada ao Novembro Azul em um Centro de Atenção Psicossocial proporcionou aos acadêmicos de Biomedicina uma experiência de aproximação entre conhecimento científico, serviço de saúde e comunidade.

A atividade demonstrou que campanhas de conscientização podem ser utilizadas como oportunidades para ampliar o diálogo sobre a saúde integral do homem, ultrapassando a abordagem exclusiva do câncer de próstata e incorporando temas relacionados ao autocuidado, prevenção de doenças, hábitos saudáveis e saúde mental.

A participação dos estudantes também contribuiu para o desenvolvimento de competências relacionadas à comunicação em saúde, interação com diferentes públicos e compreensão das características dos serviços do SUS. A experiência reforçou a importância de inserir os futuros profissionais em situações concretas de educação em saúde, favorecendo uma formação mais próxima das necessidades da população.

No contexto do CAPS, a ação mostrou-se compatível com a perspectiva comunitária e multiprofissional desses serviços, demonstrando que a promoção da saúde pode ser integrada às diferentes dimensões do cuidado.

Conclui-se que atividades educativas relacionadas ao Novembro Azul constituem estratégias com potencial para fortalecer a promoção da saúde masculina e a aproximação da população com os serviços de saúde. Para os acadêmicos envolvidos, a experiência representou uma oportunidade de aprendizagem prática e de integração ensino-serviço-comunidade, aspecto relevante para a formação de profissionais comprometidos com os princípios da integralidade e da promoção da saúde no Sistema Único de Saúde.

.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde do Homem: Novembro Azul**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2026. Disponível em: Ministério da Saúde. Acesso em: 4 set. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Centros de Atenção Psicossocial – CAPS**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2026. Disponível em: Ministério da Saúde. Acesso em: 4 set. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Novembro Azul – mês de conscientização sobre a saúde do homem**. Brasília, DF: Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde, 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Documento orientador Novembro Azul 2025**. Brasília, DF: Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Coordenação de Atenção à Saúde do Homem, 2025.

DOI: 10.51161/iv-conasus/90270

DESAFIOS PARA A EFETIVAÇÃO DA PARTICIPAÇÃO POPULAR NOS CONSELHOS DE SAÚDE NO BRASIL: UMA REVISÃO INTEGRATIVA.

ANDRESA VENTURA MARQUES; BRUNO GABRIEL FERNANDES DE MORAIS; IZADORA CRISTINA COSTA ALENCAR; NICOLAS BONFIM BUENO; THAIS MENDES LEONEL; VINÍCIUS MONTEIRO ROCHA; FRANCISCO DE ASSIS DA SILVA SANTOS.

RESUMO

Elementos fundamentais para a consolidação da democracia e formulação de políticas públicas, os Conselhos de Saúde constituem o principal mecanismo de controle social e participação popular na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS). No entanto, a efetividade dessa atuação enfrenta barreiras estruturais, como assimetrias de conhecimento, deficiências na educação permanente e forte dependência político-administrativa dos gestores, além de diferenças relacionadas ao porte populacional dos municípios. Diante desse cenário, este estudo teve como objetivo geral analisar os desafios para a efetivação da participação popular nos Conselhos de Saúde. Para isso, adotou-se o percurso metodológico de uma revisão integrativa de literatura, conduzida conforme as diretrizes do protocolo PRISMA adaptado para revisões integrativas. As buscas bibliográficas foram conduzidas nas bases de dados PubMed, BVS e SciELO mediante operadores booleanos AND e OR, abrangendo o recorte temporal de 2020 a 2025 e aplicação da estratégia PICO na triagem detalhada por títulos e resumos. A seleção sistemática e a análise de elegibilidade resultaram na inclusão de seis artigos científicos na síntese qualitativa final. Os resultados revelaram que a ausência de capacitação contínua e estruturada compromete o poder decisório dos conselheiros, distanciando-os das demandas reais da comunidade e enfraquecendo a fiscalização orçamentária. Constatou-se, ainda, que o uso excessivo de vocabulário técnico e a dependência financeira em relação ao Poder Executivo municipal inviabilizam a necessária autonomia fiscalizatória dos colegiados. Conclui-se que a representatividade formal prescrita na legislação não garante, por si só, a eficácia do controle social, tornando-se importante estruturar programas contínuos de educação permanente e assegurar suporte administrativo para que os Conselhos cumpram seu papel transformador no SUS.

Palavras-chave: Controle Social; Participação da Comunidade; Gestão em saúde.

1 INTRODUÇÃO

Instituídos pela Lei 8.142/90 (Brasil, 1990), os Conselhos de Saúde constituem-se na efetivação de uma das diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS): o controle social através da participação popular. Nesse sentido, a participação social é determinante para que políticas públicas sejam elaboradas e corretamente executadas em prol do maior alcance do bem-estar coletivo. Diante disso, os Conselhos de Saúde são de grande relevância para a formação de uma sociedade mais justa, saudável e democrática, visto que viabilizam uma atuação direta do povo no debate sobre a saúde (Escorel; Moreira, 2012).

DOI: 10.51161/iv-conasus/90271

Conforme apontam Bortoli e Kovaleski (2019), a participação social nos conselhos municipais de saúde revela-se fundamental para fortalecer a democracia deliberativa e influenciar positivamente a formulação e implementação de políticas públicas locais. Os autores destacam dois eixos centrais de tal participação: **empowerment (empoderamento)**, que evidencia como a capacitação adequada dos conselheiros diminui assimetrias de conhecimento e amplia seu poder decisório, **e a decisão**, aspecto no qual o conselho demonstra deliberação efetiva, com resoluções que impactam diretamente o acesso e a qualidade dos serviços. Além disso, os conselheiros desempenham papel ativo ao incentivar a mobilização comunitária e atender demandas locais emergentes, reiterando que a participação popular qualifica o controle social e contribui para melhorias tangíveis no sistema de saúde.

Dada a importância dos conselhos na consolidação do controle social, esta revisão integrativa justifica-se pela busca de compreender os desafios e as potencialidades da participação popular efetiva, delineando caminhos para a amplificação da voz da sociedade civil. Soma-se a isso o panorama apresentado por Silva e Lima (2021), segundo o qual, embora a produção científica sobre Conselhos de Saúde no Brasil venha crescendo gradativamente, as publicações ainda carecem de densidade teórica, alertando para a necessidade de aprofundamento do tema. Na busca de ampliar o olhar sobre tal problemática, delineou-se a seguinte pergunta de pesquisa: Quais fatores influenciam a efetividade da participação popular nos Conselhos de Saúde no Brasil? Para responder a essa questão, este estudo assumiu como objetivo geral analisar os desafios para a efetivação da participação popular nos Conselhos de Saúde.

2 MATERIAL E MÉTODOS

Este trabalho adota a revisão integrativa como percurso metodológico, caracterizando-se pela sistematização de evidências de múltiplas fontes. Tal método é fundamental no contexto da saúde pública, pois traduz o conhecimento científico acumulado em diretrizes práticas para o fortalecimento do controle social no SUS.

O processo de busca e seleção dos estudos foi conduzido conforme as recomendações do protocolo *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA) adaptado para revisões integrativas (Lemos *et al*., 2025). Os termos para a criação das estratégias de busca foram selecionados de acordo com sua relevância para o objeto de estudo, combinando vocabulários controlados das bases de dados PubMed-Medline (MeSH) e BVS/SciELO (DeCS).

Para busca no PubMed-Medline foram usados os termos de busca “Health Council”, “popular participation” e “challenges” usando o operador booleano “AND”, além disso, outros descritores listados pelo MeSH foram incluídos como “Community participation” e “obstacles” usando-se, para isso, o operador booleano “OR”. Para busca na base de dados BVS/SciELO foram usados os termos “Conselhos de saúde”, “participação popular” e “desafios”, usando o operador booleano AND, ademais, outros descritores listados no DeCs também foram incluídos usando o operador booleano “OR”.

A busca inicial resultou em um montante de 444 registros identificados. Desse total, 422 artigos foram excluídos na etapa de refinamento inicial com base nos critérios de duplicidade entre as bases, recorte temporal (2020–2025), idioma (inglês, português e espanhol), e indisponibilidade de acesso ao texto na íntegra e gratuitamente, restando 22 trabalhos para a etapa de triagem. A triagem detalhada fundamentou-se na estratégia PICO, a qual desdobrou a pergunta de pesquisa em quatro parâmetros fundamentais: População, Intervenção, Comparação e Desfecho (Tabela 1).

DOI: 10.51161/iv-conasus/90271

Tabela 1 - Pergunta de Pesquisa e estratégia PICO

Pergunta principal	Quais fatores influenciam a efetividade da participação popular nos Conselhos de Saúde no Brasil?
Estratégia para construção da pergunta de pesquisa **(PICO)**	**P (População):** Conselhos Municipais de Saúde **I (Intervenção):** Fatores que influenciam a efetividade da participação popular. **C (Comparação):** Não há comparação direta. **O (Desfecho):** Participação Popular nos Conselhos

Na fase de triagem, os títulos e resumos dos 22 artigos foram avaliados, e 13 registros foram excluídos por inadequação ao tema e 3 por estarem duplicados, aparecendo na BVS e no PubMed. Abaixo uma tabela com critérios de inclusão e exclusão dos artigos (Tabela 2):

Tabela 2 - Critérios de inclusão e exclusão

Critérios de inclusão	Os termos foram buscados no campo de título e resumo. Textos publicados entre 2020 e 2025. Textos em inglês, português e espanhol. Textos disponíveis na íntegra e gratuitos.
Critérios de exclusão	Artigos fora da temática (triagem após leitura de título e resumo)

Consequentemente, 06 artigos foram selecionados para a análise de elegibilidade, que consistiram na leitura do texto completo. Ao final 06 artigos foram incluídos na síntese qualitativa final. O processo detalhado de identificação, triagem, elegibilidade e inclusão está apresentado no fluxograma PRISMA (Figura 1).

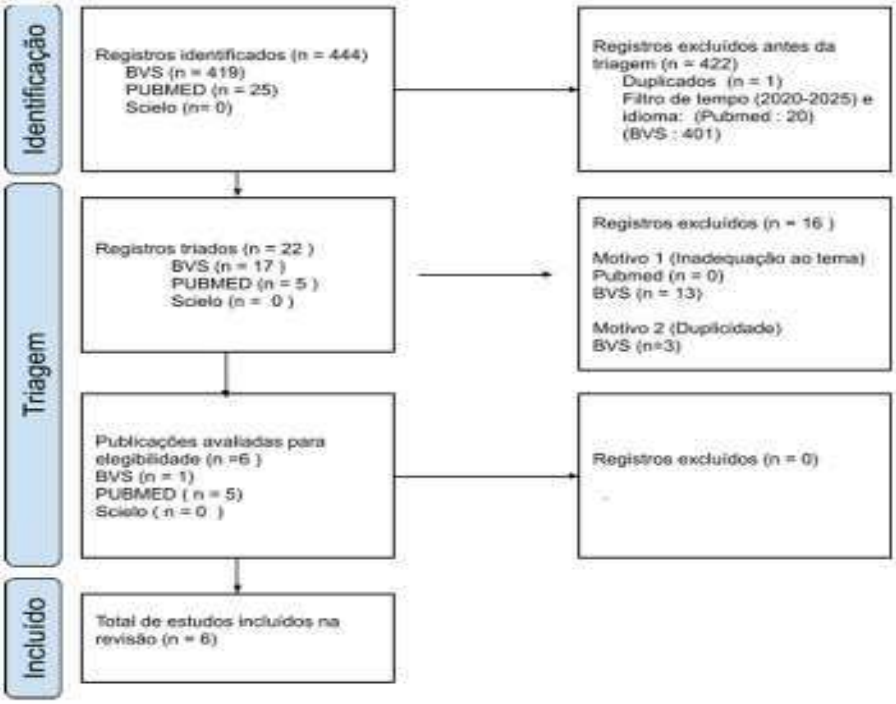


Figura 1. Fluxograma PRISMA

DOI: 10.51161/iv-conasus/90271

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir dos seis artigos selecionados, foi construída uma análise panorâmica sobre os fatores que influenciam a efetividade da participação popular nos Conselhos de Saúde no Brasil. Os resultados originados a partir dessa análise podem ser organizados em três eixos temáticos principais que são: os pilares que fundamentam a importância do controle social, os desafios estruturais e processuais que limitam sua eficácia e, por fim, as oportunidades e caminhos propostos para seu fortalecimento.

Para compreender os pilares que sustentam a existência e manutenção da atuação dos Conselhos, é inevitável não deixar de apontar a importância sistêmica da capilaridade para a disseminação e efetividade desse sistema. Esse conceito é destacado por Bispo Júnior e Serapioni (2021) como a ampla disseminação dessas instâncias de saúde pública por todo o território nacional de forma a compreender diferentes magnitudes políticas, desde o nível municipal até o federal. Essa rede é uma estrutura vital para que o chamado controle social seja efetuado de forma descentralizada, de forma a refletir as realidades regionais de um estado ou as vivências socioeconômicas da região de um município. Sob essa ótica, Silva, Novais e Zucchi (2021) focam em analisar a adequação dos conselhos à resolução 453/2012 (Brasil, 2012), que fixa as diretrizes para criação, reestruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde nas três esferas governamentais.

Outro fator para a efetividade, de acordo com Bispo Junior e Serapioni (2021) é a inclusividade, que é garantida a partir da composição paritária dos Conselhos de Saúde, estabelecida pela Lei nº 8.142/1990 (Brasil, 1990), que destina 50% das vagas do conselho para os representantes dos usuários. Ademais, há de se destacar que a participação social nos Conselhos de Saúde possui elementos necessários ao bom funcionamento da instituição. Como desenvolvido por Silva, Novais e Zucchi (2020), a educação permanente dos membros dos Conselhos é um pilar da participação adequada, mas que não é plenamente realizada. Com o mesmo sentido, Bispo Júnior e Serapioni (2021) ressaltam que existem barreiras linguísticas dentro dos Conselhos, pois os termos técnico-científicos barram a comunicação, uma vez que os membros dos conselhos possuem formações diferentes, e Barros *et al*. (2024) complementam que tais termos técnicos são os preferidos nos encontros, o que isola o discurso comum da comunidade. Desse modo, a falta de formação continuada dos conselheiros, aliada a disparidade de saberes formam desafio para a participação social adequada.

As dificuldades de comunicação também ocorrem entre os conselheiros e a comunidade, visto que os representantes frequentemente possuem sua representação tomada por prestadores de serviços e gestores. Assim, o conselho torna-se uma ferramenta de ratificação da voz dos gestores, e não da comunidade. Segundo Souza *et al*. (2021), esse cenário é complicado pela interferência político-partidária, bem como tensões relacionadas à dinâmica da comunidade em que a Unidade de Saúde está inserida. Já no âmbito da dinâmica interna dos Conselhos, conforme Barros *et al.* (2024), a falta de mecanismos de escuta favorece temas pouco interessantes ao coletivo. Isto é, elementos como a violência na comunidade, a filiação política e companheirismo entre as partes, e a própria percepção de relações gerencialistas inibem a atividade plena dos Conselhos e o exercício da Unidade de Saúde em prol da comunidade.

Além disso, conforme destacado por Silva, Novais e Zucchi (2021), cerca da metade desses conselhos não possuem plano orçamentário, uma secretaria, diretoria formal e eleições regulares, e cerca de um terço possui uma sede, o que aponta fragilidade institucional e falta de estrutura para a plena atividade. Barros *et al*. (2024) dialogam com tal perspectiva, identificando que a indicação é um processo comum dentro dos Conselhos, o que pavimenta a fraqueza institucional pela falta de alternância e transparência. Tal situação é agravada pelo clientelismo que ocorre em cidades pequenas, o que concorda com os resultados de Souza *et al*. (2021) e

Araújo *et al*. (2024). Partindo dessas fragilidades identificadas, os autores também apontam propostas práticas para fortalecer o controle social, as quais são discutidas a seguir.

A análise dos artigos indica que melhorar a participação social no SUS depende principalmente de um processo contínuo de aprendizagem dos conselheiros. Os estudos mostram que, sem formação regular, é difícil resolver problemas comuns nos conselhos, como a falta de clareza sobre o papel de cada membro e a dificuldade de entender os assuntos que aparecem nas reuniões. Estudos citados, como os que mencionam Alencar (2012), afirmam que quando os conselheiros passam por atividades educativas frequentes, eles conseguem analisar melhor as situações e participar das decisões de forma mais segura e fundamentada. Outras pesquisas, que tratam da educação popular, reforçam que aprender junto, conversando e trocando experiências, ajudam os participantes a compreender o SUS como um direito da população, e não somente como um local onde se busca atendimento.

Outro ponto recorrente nos estudos analisados é a importância de ter mais aproximação entre quem representa e quem é representado. Barros *et al*. (2024) afirmam que quando os conselheiros se afastam das comunidades, as decisões acabam perdendo o vínculo com as necessidades reais das pessoas. Sem troca constante de informações, o processo deixa de ser verdadeiramente democrático e pode abrir espaço para interesses particulares tomarem conta das discussões. Isso acontece com mais frequência quando o conselho usa uma linguagem complicada ou quando os representantes se profissionalizam demais e passam a agir de forma distante da população.

Por fim, os autores destacam que ainda é necessário mudar a forma como o controle social é tratado dentro do sistema público. Os conselhos encontram dificuldades na ausência de uma capacidade independente de decisão e conjuntamente a isto, dependem demais da administração municipal, que possui um mecanismo de decisão centralizador e frequentemente unilateral (Alencar, 2012). Esse cenário desanima quem participa e diminui o papel dos conselheiros como defensores dos interesses da população. Somado a isso, é comum que fatores mais práticos prejudiquem o funcionamento, a exemplo da falta de espaço adequado, poucos recursos, troca constante de membros e vínculos de trabalho pouco estáveis (Bispo Júnior; Serapioni, 2021). Diante disso, os estudos defendem mudanças de longo prazo, que incluam recursos garantidos, apoio técnico, organização administrativa adequada e mecanismos que evitem que decisões sejam influenciadas por interesses pessoais.

De forma geral, as pesquisas apontam três caminhos que se fortalecem mutuamente. O primeiro é investir em processos educativos contínuos. O segundo é melhorar a comunicação entre conselheiros e comunidades e o terceiro é criar condições reais para que os conselhos funcionem bem e com autonomia. Quando esses três aspectos acontecem ao mesmo tempo, os conselhos se tornam espaços mais fortes, capazes de ouvir as pessoas e influenciar as políticas do SUS de maneira mais efetiva. Concluímos que representatividade e educação permanente são pilares normativos fundamentais; contudo, sua implementação requer mudanças institucionais concretas, como processos eleitorais transparentes, planos mínimos de funcionamento e formação contínua, para que os Conselhos efetivamente influenciam as políticas do SUS.

4 CONCLUSÃO

Mediante os aspectos multifatoriais trazidos pelos artigos analisados, comprova-se a fragilidade social, administrativa, estrutural e política no que se refere à inserção efetiva da sociedade na gestão da saúde pública, havendo uma correlação direta com a precariedade de educação permanente em saúde, a qual é um empecilho para que os Conselhos de Saúde exerçam seu papel democrático.

Diante dessa perspectiva, a continuidade de uma saúde popular acessível, democrática e eficiente deve estar fixada sobre a força da participação social, a qual deve contar com o

auxílio de instituições públicas, a exemplo das universidades, as quais devem considerar a Educação Permanente em Saúde como algo a ser ampliado a todos. A integração entre o ensino, o serviço e a comunidade é um fator *sine qua non* para que haja a devida formação contínua dos agentes populares, os quais tornar-se-ão mais capacitados para exercer suas respectivas funções nos conselhos com autonomia.

Esta revisão integrativa alcançou o mapeamento dos entraves determinantes para a fragilização do controle social, demonstrando que a barreira não reside na ausência de respaldo normativo, mas na ausência de condições materiais, na assimetria comunicacional e na interferência de interesses gerenciais. Identificam-se como limitações do presente estudo o recorte temporal restrito entre 2020-2025, a inclusão apenas de publicações disponíveis integral e gratuitamente em bases eletrônicas e a amostra delimitada a seis produções primárias, fatores que podem suprimir nuances regionais e dinâmicas específicas. Em termos de perspectivas futuras, ressalta-se a importância do desenvolvimento de pesquisas de campo que avaliem o impacto de modelos pedagógicos de educação permanente na atuação cotidiana dos conselheiros, bem como investigações longitudinais capazes de monitorar a eficácia de mecanismos institucionais de combate ao clientelismo e à centralização decisória nos municípios.

REFERÊNCIAS

ALENCAR, H. H. R. Educação permanente no âmbito do controle social no SUS: a experiência de Porto Alegre - RS. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 21, supl. 1, p. 223-233, 2012.

ARAUJO, P. N.; SANTANA, F. R.; OLIVEIRA, P. S.; GATTO JÚNIOR, J. R.; SANTOS, F. L.; SANTOS, K. S.; FORTUNA, C. M. La influencia de las instituciones en los consejos locales de salud. **Atención Primaria**, Barcelona, v. 56, n. 2, p. 102780, 2024.

BARROS, E. M.; BISPO-JÚNIOR, J. P.; SOARES, L. C. B.; SERAPIONI, M. Representação e representatividade nos conselhos de saúde: entre a formalização e a legitimidade participativa. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 12, p. e00115524, 2024.

BISPO JÚNIOR, J. P.; SERAPIONI, M. Community participation: lessons and challenges of the 30 years of health councils in Brazil. **Journal of Global Health**, Edinburgh, v. 11, p. 03061, 2021.

BORTOLI, F. R.; KOVALESKI, D. F. Efetividade da participação de um conselho municipal de saúde na região Sul do Brasil. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 123, p. 1168-1180, 2019.

BRASIL. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, p. 25694, 31 dez. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 453, de 10 de maio de 2012**. Aprova diretrizes para instituição, reformulação, reestruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, n. 109, p. 138, 6 jun. 2012.
ESCOREL, S.; MOREIRA, M. R. Participação social. In: GIOVANELLA, L. *et al*. (org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 2. ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. p. 853-883.

LEMOS, L. H. A.; SANTOS, B. C.; BATISTA NETO, N. J.; FERREIRA, T. A. S. Diretrizes para revisões integrativas em psicologia. **Revista Portuguesa de Investigação Comportamental e Social**, Coimbra, v. 11, n. 1, p. 1-16, 2025.

SILVA, B. T.; LIMA, I. M. S. O. Conselhos e conferências de saúde no Brasil: uma revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 1, p. 319-328, 2021.

SILVA, R. C. C.; NOVAIS, M. A. P.; ZUCCHI, P. Permanent education as an inalienable responsibility of health councils: the current scenario in the Unified Health System. **Clinics**, São Paulo, v. 75, p. e1443, 2020.

SILVA, R. C. C.; NOVAIS, M. A. P.; ZUCCHI, P. Social participation in the unified health system of Brazil: an exploratory study on the adequacy of health councils to resolution 453/2012. **BMC Health Services Research**, London, v. 21, n. 1, p. 1120, 2021.

SOUZA, L. S.; ARAUJO, B. O.; JULIANO, I. A.; ARAUJO, M. O. Facilidades, dificuldades e oportunidades do controle social em saúde para a garantia do acesso à saúde. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 45, n. 3, p. 178-196, 2021.

DOI: 10.51161/iv-conasus/90271

APLICAÇÕES E LIMITAÇÕES DA ESCALA DE COMA DE GLASGOW NA AVALIAÇÃO DO TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO

TAMYRIS ALVES DE ALBUQUERQUE VIEIRA; EDINILZA DA SILVA MACHADO MEDEIROS; MARIA MADALENA DE SOUZA MATOS; SUELI INOUE KURODA

Introdução: A Escala de Coma de Glasgow é um dos instrumentos mais utilizados na avaliação inicial do nível de consciência de pacientes com traumatismo cranioencefálico, destacando-se pela praticidade, rapidez e padronização no atendimento de urgência e emergência. Apesar de sua ampla utilização, a escala apresenta limitações que podem comprometer a interpretação clínica quando analisada de forma isolada. Objetivo: Discutir as principais aplicações e limitações da Escala de Coma de Glasgow na avaliação do paciente vítima de traumatismo cranioencefálico. Método: Trata-se de uma pesquisa de revisão narrativa, realizada na base de dados PubMed, com seleção de artigos publicados nos últimos 10 anos (2016-2026), nos idiomas português e inglês. A busca foi estruturada mediante o cruzamento dos descritores "Glasgow Coma Scale", "Neurological assessment" e "Traumatic Brain Injury", utilizados de maneira combinada. Resultados: Os achados apontam que a escala permanece fundamental na estratificação da gravidade, no monitoramento do nível de consciência, na comunicação entre profissionais e na estimativa prognóstica inicial. Entretanto, evidenciam-se limitações como a baixa sensibilidade para alterações neurológicas sutis e a ausência de avaliação dos reflexos de tronco. Nesse contexto, destaca-se a atualização para a Escala de Coma de Glasgow com Resposta Pupilar, que integra a reatividade pupilar ao escore total, conferindo maior precisão ao prognóstico precoce e à detecção de deterioração neurológica em comparação à escala tradicional. Observou-se ainda que a resposta motora isolada mantém-se como o componente de maior valor preditivo. Conclusão: Conclui-se que, embora apresente limitações, a Escala de Coma de Glasgow permanece indispensável na classificação da gravidade do traumatismo cranioencefálico. Todavia, sua utilização deve ser criteriosa e preferencialmente associada à avaliação da reatividade pupilar, e a outros parâmetros clínicos, visando uma estratificação prognóstica mais precisa e uma assistência neurológica mais segura.

Palavras-chave: **TRAUMA CRANIOENCEFÁLICO; ESCALA DE COMA DE GLASGOW; AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA**

DOI: 10.51161/iv-conasus/90291

DESENVOLVIMENTO DE UMA TECNOLOGIA EDUCACIONAL GAMIFICADA E SUAS POSSIBILIDADES DE APLICAÇÃO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

FERNANDO BICOCCHI CANOVA; ERIKA YAMASHITA MARCELINO; ALINE APARECIDA DE SOUZA

RESUMO

A incorporação de metodologias ativas e tecnologias educacionais ao processo de formação em saúde constitui uma estratégia para ampliar a participação dos estudantes e favorecer a aprendizagem de conteúdos complexos. Nesse contexto, o presente trabalho apresenta o desenvolvimento do NEUROWAR – Uma Aventura pelo Sistema Nervoso, um jogo de tabuleiro educativo fundamentado em princípios de gamificação, aprendizagem baseada em jogos e resolução de problemas, desenvolvido para abordar conteúdos relacionados às neurociências e às doenças neurodegenerativas. O produto foi concebido para estudantes de diferentes cursos da área da saúde, integrando conteúdos de neuroanatomia, neurofisiologia, neurotransmissores, neuroplasticidade e fisiopatologia das principais doenças neurodegenerativas. O desenvolvimento ocorreu em seis etapas: levantamento bibliográfico, planejamento pedagógico, construção narrativa, desenvolvimento do tabuleiro, elaboração das cartas e estabelecimento das regras. O produto final consiste em um jogo estratégico composto por tabuleiro em formato grid, cartas de conhecimento, eventos neurais, habilidades e chefes, além de dados, marcadores de vida e manual de regras. A dinâmica associa desafios científicos à exploração estratégica do tabuleiro e ao enfrentamento de personagens inspirados em doenças neurológicas. Como resultado, foi desenvolvido um recurso educacional físico, de produção acessível e passível de atualização e adaptação para diferentes contextos de ensino. Embora sua eficácia pedagógica ainda necessite de avaliação sistemática, o NEUROWAR apresenta potencial para utilização como recurso complementar em processos de educação em saúde e educação permanente, inclusive em espaços vinculados ao Sistema Único de Saúde. Sua utilização pode ser considerada em atividades educativas, oficinas, ações de promoção da saúde, formação de profissionais e integração ensino-serviço-comunidade. A experiência demonstra que a criação de tecnologias educacionais não digitais pode constituir uma alternativa viável para inovação no ensino e na educação em saúde.

Palavras-chave: Educação em Saúde; Gamificação; Neurociências.

1 INTRODUÇÃO

A formação de profissionais da saúde exige a aquisição de conhecimentos científicos complexos e a capacidade de relacionar diferentes áreas do conhecimento para compreender os processos envolvidos na saúde e na doença. No ensino das neurociências, essa necessidade é particularmente evidente, uma vez que conteúdos relacionados à neuroanatomia, neurofisiologia, neurotransmissão e fisiopatologia exigem elevado grau de abstração e integração conceitual. O próprio processo de formação pode ser dificultado quando os conteúdos são trabalhados predominantemente por meio de estratégias expositivas e

DOI: 10.51161/iv-conasus/90295

descontextualizadas. Nesse sentido, metodologias ativas podem contribuir para deslocar o estudante de uma posição predominantemente receptiva para uma participação mais ativa na construção do conhecimento (BACICH; MORAN, 2018; MORAN, 2018).

Entre as estratégias associadas às metodologias ativas, a gamificação e a aprendizagem baseada em jogos vêm sendo utilizadas como alternativas para ampliar o envolvimento dos estudantes. A gamificação incorpora elementos característicos dos jogos, como desafios, progressão, recompensas, cooperação, competição e feedback, em contextos educacionais, enquanto a aprendizagem baseada em jogos utiliza o próprio jogo como ambiente estruturado para alcançar objetivos pedagógicos (DETERDING et al., 2011; KAPP, 2012). Essas abordagens podem favorecer experiências de aprendizagem mais dinâmicas e interativas, especialmente quando aplicadas a conteúdos considerados complexos. Além disso, a utilização de desafios e mecanismos de progressão pode contribuir para o envolvimento do estudante e para a percepção de autonomia e competência durante a experiência de aprendizagem (DECI; RYAN, 2000).

A utilização de jogos como estratégia educacional também pode ser compreendida a partir da aprendizagem experiencial, na qual o conhecimento é construído por meio da relação entre experiência, reflexão e reorganização dos conceitos aprendidos (KOLB, 1984). Nesse contexto, jogos educativos podem oferecer situações nas quais o estudante precisa mobilizar conhecimentos, tomar decisões, avaliar consequências e adaptar suas estratégias, aproximando o processo de aprendizagem de uma experiência ativa e contextualizada (GEE, 2003; KAPP, 2012).

As doenças neurodegenerativas representam um campo particularmente relevante para a formação dos profissionais da saúde. Doença de Alzheimer, Doença de Parkinson, Esclerose Lateral Amiotrófica, Doença de Huntington e Esclerose Múltipla apresentam diferentes mecanismos fisiopatológicos e manifestações clínicas, demandando conhecimento interdisciplinar e acompanhamento multiprofissional. O aumento da expectativa de vida e o envelhecimento populacional também contribuem para a crescente relevância dessas condições para os sistemas de saúde. As doenças neurológicas, de maneira geral, representam importante parcela da carga global de doenças, produzindo impactos significativos sobre mortalidade, incapacidade e qualidade de vida (FEIGIN et al., 2019).

A necessidade de profissionais capacitados para compreender essas enfermidades ultrapassa, entretanto, o ambiente acadêmico. As doenças neurológicas representam importante carga para os sistemas de saúde, com repercussões sobre a autonomia, funcionalidade, qualidade de vida dos indivíduos e demandas relacionadas aos familiares e cuidadores (FEIGIN et al., 2019). Dessa forma, estratégias de formação e educação em saúde que contribuam para ampliar a compreensão dessas condições podem apresentar relevância não apenas pedagógica, mas também social.

Nesse cenário, tecnologias educacionais podem representar instrumentos complementares para qualificar processos de formação e educação em saúde. Embora frequentemente associadas a recursos digitais, tecnologias educacionais também podem assumir a forma de materiais físicos, jogos, modelos e outros recursos pedagógicos. A utilização de materiais de baixo custo e passíveis de reprodução apresenta particular interesse em contextos nos quais a disponibilidade de infraestrutura tecnológica pode ser limitada. A diversidade de estratégias educacionais é coerente com a perspectiva das metodologias ativas, que valorizam a participação do estudante e a utilização de diferentes recursos para favorecer aprendizagens significativas (BACICH; MORAN, 2018).

A utilização de jogos e elementos de gamificação especificamente no ensino de neurologia e neurociências vem sendo discutida como uma possibilidade para ampliar o envolvimento dos estudantes e diversificar as estratégias pedagógicas utilizadas na formação. Entretanto, também são reconhecidos desafios relacionados ao planejamento dos objetivos

educacionais, à integração entre conteúdo e mecânica de jogo e à necessidade de avaliação sistemática dos resultados obtidos (SANDRONE et al., 2021).

Foi a partir dessa perspectiva que foi desenvolvido o NEUROWAR – Uma Aventura pelo Sistema Nervoso, um jogo de tabuleiro educativo concebido para integrar conhecimentos neurocientíficos, gamificação, estratégia e resolução de problemas. O produto foi planejado para estudantes de diferentes cursos da área da saúde, incluindo Biomedicina, Enfermagem, Fisioterapia, Medicina, Psicologia e Terapia Ocupacional.

O presente trabalho teve como objetivo descrever o processo de desenvolvimento do NEUROWAR como tecnologia educacional gamificada e discutir suas possibilidades de utilização em ações de educação em saúde, educação permanente e integração ensino-serviço-comunidade no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS).

2 MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, de natureza aplicada, voltado ao desenvolvimento de produto educacional. O processo de construção do NEUROWAR foi fundamentado em revisão bibliográfica sobre metodologias ativas, gamificação, aprendizagem baseada em jogos, neurociências e doenças neurodegenerativas. Foram consultadas fontes acadêmicas e bases de literatura científica, incluindo periódicos disponíveis no Portal de Periódicos CAPES, PubMed e Google Acadêmico.

O desenvolvimento do NEUROWAR foi organizado em seis etapas: inicialmente, realizou-se o levantamento bibliográfico sobre gamificação, aprendizagem baseada em jogos e ensino das neurociências; em seguida, foi realizado o planejamento pedagógico, com definição do público-alvo, objetivos e conteúdos relacionados à neuroanatomia, neurofisiologia, neurotransmissores, neuroplasticidade e doenças neurodegenerativas. Na terceira etapa, foi elaborada a narrativa, na qual os participantes assumem o papel de pesquisadores que enfrentam cinco antagonistas associados às doenças de Alzheimer, Parkinson, Esclerose Lateral Amiotrófica, Huntington e Esclerose Múltipla, culminando no desafio final Neurocaos. Posteriormente, foi desenvolvido o tabuleiro em formato grid, utilizando o Microsoft PowerPoint, seguido pela criação das cartas de Conhecimento, Evento Neural, Habilidade e Boss, com questões e desafios de diferentes níveis de complexidade. Por fim, foram definidas as regras de movimentação, combate, progressão e eventos, organizados os componentes físicos e elaborado o manual do jogo.A análise apresentada neste trabalho concentra-se na descrição do produto desenvolvido e na discussão de suas possibilidades educacionais e de utilização em contextos relacionados ao SUS. Não foram realizados, nesta etapa, ensaios clínicos ou avaliações controladas destinadas a determinar eficácia terapêutica ou efeitos específicos sobre funções cognitivas.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Como resultado do processo de desenvolvimento, foi produzido o NEUROWAR – Uma Aventura pelo Sistema Nervoso, um jogo de tabuleiro estratégico destinado à abordagem de conteúdos relacionados às neurociências e às doenças neurodegenerativas. O produto final é composto por um tabuleiro em formato grid, cinco chefes associados a doenças neurodegenerativas, um chefe final, cartas de conhecimento, cartas de habilidade, cartas de evento neural, cartas de chefes, dados, marcadores de vida e manual de regras.

O tabuleiro constitui o principal espaço de interação do jogo. Sua estrutura em grid apresenta múltiplos caminhos e regiões associadas aos diferentes desafios. O formato possibilita que os participantes realizem escolhas relacionadas à movimentação e ao planejamento de suas estratégias, integrando a dimensão lúdica às situações de aprendizagem.

DOI: 10.51161/iv-conasus/90295

Essa característica é compatível com a perspectiva da aprendizagem experiencial, na qual situações concretas podem estimular processos de reflexão, tomada de decisão e construção de conhecimentos a partir da experiência (KOLB, 1984).

Os cinco antagonistas representam as doenças de Alzheimer, Parkinson, Esclerose Lateral Amiotrófica, Huntington e Esclerose Múltipla, estabelecendo relações entre seus mecanismos e manifestações clínicas e os conteúdos científicos trabalhados. Após a superação desses desafios, os participantes enfrentam o Neurocaos, etapa final que integra os conhecimentos desenvolvidos durante a partida. As Cartas de Conhecimento abordam temas de neuroanatomia, neurotransmissores, potencial de ação, neuroplasticidade e fisiopatologia, acompanhados de feedback, enquanto as Cartas de Evento Neural, Habilidade e Boss acrescentam elementos de estratégia, tomada de decisão e progressão. Essa integração entre narrativa, desafios e conteúdo científico caracteriza uma aplicação da gamificação para além da simples inserção de elementos lúdicos no processo educacional (DETERDING et al., 2011; KAPP, 2012; SANDRONE et al., 2021). O processo de produção demonstrou ainda que o material pode ser construído utilizando ferramentas de ampla disponibilidade, como o Microsoft PowerPoint. As cartas foram produzidas digitalmente, organizadas para impressão em folhas A4 e posteriormente plastificadas para aumentar sua durabilidade. Essa característica permite atualizações, alterações de conteúdo e criação de novas cartas sem necessidade de reconstrução integral do produto.

Dessa maneira, o resultado principal foi a criação de uma tecnologia educacional física, modular e adaptável, capaz de integrar conteúdo científico, narrativa, estratégia e desafios em uma única ferramenta pedagógica.

O desenvolvimento do NEUROWAR demonstra a possibilidade de utilização da gamificação como estratégia para transformar conteúdos científicos complexos em experiências de aprendizagem mais interativas. A estrutura desenvolvida não se limita à apresentação de perguntas e respostas, incorporando exploração do espaço, planejamento, tomada de decisão, gerenciamento de recursos, interação entre participantes e progressão por desafios. Essas características foram intencionalmente incorporadas ao produto durante seu desenvolvimento e estão relacionadas a princípios descritos na literatura sobre gamificação e aprendizagem baseada em jogos (KAPP, 2012; DETERDING et al., 2011).

Um dos diferenciais do material consiste na integração entre conteúdo científico e narrativa. Ao transformar doenças neurodegenerativas em antagonistas dentro de uma história fictícia, o jogo estabelece uma associação entre os conteúdos estudados e elementos visuais e narrativos. Essa estratégia pode favorecer a contextualização das informações e oferecer ao estudante uma experiência diferente daquela proporcionada pela apresentação isolada de conceitos. A utilização de narrativas e ambientes interativos também pode contribuir para aproximar o processo de aprendizagem de situações nas quais o estudante precisa utilizar o conhecimento para solucionar problemas, aspecto discutido na literatura sobre jogos e aprendizagem (GEE, 2003).

A utilização de diferentes categorias de cartas também amplia as possibilidades pedagógicas. Enquanto as Cartas de Conhecimento trabalham diretamente os conteúdos científicos, os Eventos Neurais e as Habilidades introduzem elementos que exigem adaptação e tomada de decisão. O produto foi concebido, portanto, para mobilizar diferentes demandas cognitivas, abrangendo desde a recuperação de informações até situações que exigem análise e resolução de problemas. Essa característica aproxima o jogo de uma perspectiva de aprendizagem ativa e experiencial, na qual o estudante participa diretamente da construção e aplicação do conhecimento (KOLB, 1984; BACICH; MORAN, 2018).

A possibilidade de promover autonomia, participação e envolvimento também pode ser relacionada à teoria da autodeterminação. Segundo Deci e Ryan (2000), experiências que favorecem necessidades psicológicas relacionadas à autonomia, competência e relacionamento

podem contribuir para a motivação e o envolvimento dos indivíduos. No contexto do NEUROWAR, elementos como tomada de decisão, superação de desafios, progressão e interação entre participantes podem favorecer essas dimensões, embora essa possibilidade ainda necessite ser investigada empiricamente no produto desenvolvido.

É importante, entretanto, diferenciar potencial pedagógico de eficácia comprovada. O desenvolvimento do jogo permite afirmar que o produto possui características compatíveis com estratégias de aprendizagem ativa e gamificação, mas não permite concluir, isoladamente, que sua utilização produza melhora significativa na aprendizagem ou nas funções cognitivas dos participantes. Estudos posteriores deverão avaliar essas questões mediante instrumentos específicos e delineamentos metodológicos apropriados. Essa distinção é particularmente importante na utilização de jogos educacionais, uma vez que a presença de elementos de gamificação não garante, por si só, resultados educacionais positivos (SANDRONE et al., 2021).

Essa limitação não reduz a relevância do produto. Pelo contrário, caracteriza uma primeira etapa necessária para que uma tecnologia educacional possa posteriormente ser submetida a processos de validação e avaliação de impacto. O desenvolvimento de materiais educacionais constitui, portanto, uma etapa inicial de um processo que pode envolver validação de conteúdo, avaliação de usabilidade, análise da experiência dos usuários e investigação de resultados educacionais.

Sob a perspectiva do SUS, o NEUROWAR apresenta possibilidades que ultrapassam sua utilização no ensino superior. A educação em saúde constitui componente importante das práticas de cuidado e pode utilizar diferentes estratégias para aproximar conhecimentos científicos da população. Nesse contexto, o jogo pode ser adaptado para atividades educativas sobre envelhecimento saudável, prevenção e reconhecimento de condições neurológicas, cuidados com pessoas com doenças neurodegenerativas e orientação de familiares e cuidadores. A relevância dessa possibilidade está relacionada ao impacto crescente das doenças neurológicas sobre indivíduos, famílias e sistemas de saúde (FEIGIN et al., 2019).

Uma possibilidade de utilização está relacionada às ações de educação permanente em saúde. Profissionais de diferentes áreas do SUS podem utilizar versões adaptadas do material em oficinas e atividades de formação, especialmente quando o objetivo for revisar conhecimentos relacionados às doenças neurológicas e discutir aspectos do cuidado multiprofissional. Nesse sentido, a utilização de estratégias ativas pode contribuir para diversificar os processos formativos e favorecer maior participação dos profissionais nas atividades de aprendizagem (BACICH; MORAN, 2018).

Outra possibilidade está nos serviços de atenção primária à saúde, nos quais o material poderia ser adaptado para atividades educativas coletivas. Em vez de trabalhar exclusivamente conteúdos direcionados a estudantes, determinadas cartas poderiam apresentar informações em linguagem acessível para usuários, abordando temas como envelhecimento, sinais de alerta, importância do acompanhamento profissional e cuidados destinados a pessoas com doenças neurológicas.

O material também apresenta potencial para utilização em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Centros de Convivência e outros espaços comunitários, desde que sua linguagem, regras e conteúdos sejam adequadamente adaptados ao público. A característica presencial e interativa do jogo pode favorecer atividades coletivas, permitindo que profissionais atuem como mediadores da experiência.

Outro cenário possível é a integração ensino-serviço-comunidade. Instituições de ensino podem utilizar o NEUROWAR em atividades de extensão realizadas em equipamentos públicos de saúde, permitindo que estudantes participem da elaboração e aplicação de oficinas educativas. Dessa maneira, o jogo pode atuar simultaneamente como recurso de formação acadêmica e instrumento de educação em saúde.

A possibilidade de reprodução também constitui um aspecto relevante. O produto foi desenvolvido utilizando ferramentas digitais de ampla disponibilidade, o que permite atualizar conteúdos e produzir novas versões sem depender de equipamentos especializados. Essa característica pode favorecer sua adaptação a diferentes realidades institucionais.

No entanto, uma eventual utilização do NEUROWAR em serviços do SUS deverá considerar as características dos diferentes públicos. A versão originalmente desenvolvida possui linguagem e complexidade direcionadas principalmente ao ensino superior. Para utilização com usuários dos serviços, seria necessário desenvolver versões específicas, com redução da complexidade conceitual, adaptação das perguntas e adequação da narrativa e das regras.

Essa possibilidade de adaptação constitui justamente uma das potencialidades do produto. As cartas podem ser modificadas e novos conteúdos podem ser incorporados mantendo-se a estrutura básica do jogo. Dessa maneira, a mesma tecnologia poderia originar diferentes versões destinadas a estudantes, profissionais e usuários dos serviços de saúde.

A utilização do jogo também pode contribuir para aproximar diferentes profissionais das discussões relacionadas às doenças neurológicas. Como o produto foi concebido para integrar conhecimentos de diferentes áreas, sua utilização pode favorecer atividades interprofissionais envolvendo Biomedicina, Enfermagem, Fisioterapia, Psicologia, Terapia Ocupacional, Medicina e outras áreas relacionadas ao cuidado neurológico. A interdisciplinaridade constitui aspecto particularmente relevante diante da complexidade das doenças neurológicas e de seus impactos funcionais e sociais (FEIGIN et al., 2019).

Assim, a principal contribuição do NEUROWAR para o contexto do SUS não está em substituir estratégias tradicionais de educação, assistência ou formação, mas em oferecer uma ferramenta complementar, acessível e adaptável, capaz de diversificar as formas de trabalhar conhecimentos relacionados às neurociências. Essa perspectiva está alinhada à compreensão de que jogos e estratégias gamificadas podem atuar como recursos complementares no processo educacional, desde que estejam articulados a objetivos pedagógicos claramente definidos e sejam avaliados quanto à sua efetividade (KAPP, 2012; SANDRONE et al., 2021).

4 CONCLUSÃO

O desenvolvimento do NEUROWAR resultou na criação de uma tecnologia educacional gamificada voltada ao ensino de neurociências e doenças neurodegenerativas. A integração entre tabuleiro estratégico, narrativa, desafios científicos, cartas e diferentes níveis de interação possibilitou transformar conteúdos acadêmicos complexos em uma experiência de aprendizagem estruturada e participativa.

O produto apresenta como características relevantes a possibilidade de produção com recursos acessíveis, atualização dos conteúdos, adaptação para diferentes públicos e utilização em diferentes contextos educacionais. Essas características ampliam seu potencial para além do ambiente universitário.

No contexto do Sistema Único de Saúde, o NEUROWAR apresenta possibilidades de utilização como recurso complementar em ações de educação em saúde, educação permanente, oficinas comunitárias e atividades de integração ensino-serviço-comunidade. Para utilização direta com usuários dos serviços, entretanto, recomenda-se o desenvolvimento de versões adaptadas à linguagem, faixa etária e características de cada público.

Por fim, destaca-se que o desenvolvimento do produto representa uma etapa inicial, sendo necessários estudos posteriores para validação, avaliação de usabilidade e investigação de seus efeitos sobre aprendizagem e outros desfechos educacionais. Ainda assim, a experiência demonstra que jogos de tabuleiro podem constituir tecnologias educacionais de baixo custo e potencialmente úteis para inovação nas práticas de formação e educação em saúde.

DOI: 10.51161/iv-conasus/90295

REFERÊNCIAS

BACICH, Lilian; MORAN, José. *Metodologias ativas para uma educação inovadora: uma abordagem teórico-prática*. Porto Alegre: Penso, 2018.

DECI, Edward L.; RYAN, Richard M. The "what" and "why" of goal pursuits: human needs and the self-determination of behavior. *Psychological Inquiry*, v. 11, n. 4, p. 227-268, 2000.

DETERDING, Sebastian et al. From game design elements to gamefulness: defining gamification. In: INTERNATIONAL ACADEMIC MINDTREK CONFERENCE, 15., 2011, Tampere. *Proceedings...* New York: ACM, 2011.

FEIGIN, Valery L. et al. Global, regional, and national burden of neurological disorders, 1990–2016: a systematic analysis. *The Lancet Neurology*, v. 18, n. 5, p. 459-480, 2019.

GEE, James Paul. *What video games have to teach us about learning and literacy*. New York: Palgrave Macmillan, 2003.

KAPP, Karl M. *The gamification of learning and instruction: game-based methods and strategies for training and education*. San Francisco: Pfeiffer, 2012.

KOLB, David A. *Experiential learning: experience as the source of learning and development*. Englewood Cliffs: Prentice Hall, 1984.

MORAN, José. Metodologias ativas para uma aprendizagem mais profunda. In: BACICH, Lilian; MORAN, José (org.). *Metodologias ativas para uma educação inovadora*. Porto Alegre: Penso, 2018. p. 35-76.

SANDRONE, Stefano et al. Gamification and game-based education in neurology and neuroscience: applications, challenges, and opportunities. *Dialogues in Clinical Neuroscience & Mental Health*, 2021.

DOI: 10.51161/iv-conasus/90295

MORTALIDADE POR INSUFICIÊNCIA RENAL AGUDA NA REGIÃO NORTE DO BRASIL (2021-2025): UM ESTUDO ECOLÓGICO

ANA BEATRIZ DAMASIO RODRIGUES; ANANDRIELLI FORQUIM SANTOS; GUILHERME ROSIQUE POLO; JULIANA GUEDES PINHEIRO; JONATHAN CAETANO DOS SANTOS; MARCELO VINÍCIUS PEREIRA SILVA; UBALDO DE LOAYZA RUIZ - ORIENTADOR

INTRODUÇÃO: A insuficiência renal aguda (IRA) é uma perda súbita da função renal, que pode ocorrer por causas pré-renais, renais ou pós-renais. Estima-se que ocorram 13,3 milhões de casos por ano no mundo, com cerca de 1,7 milhão de mortes anuais. A análise da mortalidade por IRA contribui para compreender sua distribuição epidemiológica e seu impacto na população brasileira. OBJETIVO: Analisar a mortalidade por IRA na Região Norte do Brasil entre 2021 e 2025, considerando as variáveis estado, sexo, faixa etária e raça/cor. METODOLOGIA: Estudo ecológico, observacional, retrospectivo, de abordagem quantitativa, baseado em dados do Painel de Mortalidade CID-10 (Sistema de Informações sobre Mortalidade). Foram analisados óbitos por insuficiência renal aguda (CID-10 N17) entre 2021 e 2025, na Região Norte do Brasil, considerando sexo, estado, faixa etária e raça/cor. As taxas anuais foram calculadas por 100.000 habitantes, utilizando óbitos e populações de referência do IBGE, e resumidas por média aritmética, com análise descritiva no Google Planilhas. RESULTADOS: De 2021 a 2025, a taxa média anual de mortalidade por IRA na Região Norte do Brasil foi de 3,32 por 100 mil habitantes. Os estados de Rondônia (5,28) e Acre (4,82) lideraram, enquanto Roraima (2,15) e Amazonas (1,70) apresentaram as menores taxas. A faixa etária com maior proporção dos óbitos foi a de 80 anos ou mais, representando 29,55% dos registros. Quanto ao sexo, houve predomínio de óbitos no sexo masculino, correspondendo a 59,70% dos registros, enquanto o sexo feminino representou 40,26%. Em relação à raça/cor, 68,26% dos óbitos registrados no período ocorreram entre pessoas pardas, e 21,12% entre pessoas brancas. O número de óbitos apresentou oscilações entre 2021 e 2025, com maior frequência em 2023. CONCLUSÃO: Evidenciaram-se diferenças estaduais na taxa média anual de mortalidade por IRA na Região Norte, com maior taxa em Rondônia e menor no Amazonas, com predomínio de óbitos em indivíduos ≥80 anos, homens e pessoas pardas. Como limitações, destacam-se a falta de informações clínicas específicas e o caráter provisório dos dados de 2025. Para estudos futuros, recomenda-se a investigação de fatores associados à mortalidade.

Palavras-chave: **EPIDEMIOLOGIA; INJÚRIA RENAL AGUDA; MORTALIDADE**

DOI: 10.51161/iv-conasus/90305

CUIDADOS PALIATIVOS À PESSOA IDOSA: RELATO DE EXPERIÊNCIA MULTIPROFISSIONAL NA PERSPECTIVA DO CUIDADO INTEGRAL

CAMILA SANTOS PAIXÃO; BRUNA PINTO ANDRADE

Introdução: O envelhecimento associado a doenças crônicas e ameaçadoras da vida pode ocasionar declínio funcional, dependência e redução da qualidade de vida, tornando necessária uma abordagem que considere as necessidades físicas, sociais e emocionais da pessoa idosa. Nesse contexto, os cuidados paliativos têm como princípios a promoção da qualidade de vida, o alívio do sofrimento, a preservação da dignidade e o respeito à autonomia e às preferências do paciente. **Objetivo:** Relatar a experiência de residentes de Fisioterapia e Serviço Social na assistência a pessoas idosas acompanhadas por uma equipe de Cuidados Paliativos, destacando as repercussões do declínio funcional e a importância da atuação multiprofissional na construção de um cuidado individualizado. **Metodologia:** Trata-se de um relato de experiência, fundamentado em artigos científicos identificados por meio do Google Acadêmico e PubMed, associado às vivências das autoras durante a Residência Multiprofissional em Cuidados Paliativos, desenvolvida em um hospital de alta complexidade em Salvador, Bahia. As experiências foram analisadas a partir da observação da prática assistencial e da atuação multiprofissional junto aos pacientes e familiares acompanhados pela equipe. **Relato de experiência:** Observou-se que, no início do acompanhamento pelos Cuidados Paliativos, os pacientes apresentavam importante comprometimento funcional, maior necessidade de auxílio nas atividades de vida diária, redução da mobilidade, maior permanência no leito e, em alguns casos, encontravam-se em fase de terminalidade. Essa realidade exigiu a ressignificação dos objetivos tradicionalmente associados à reabilitação fisioterapêutica, direcionando as intervenções para o conforto, alívio de sintomas e desconfortos, posicionamento adequado, manutenção da mobilidade e da independência possível, respeitando as condições clínicas, desejos e limites de cada paciente. O Serviço Social contribuiu para o acolhimento, a escuta qualificada, a identificação de demandas sociais, o fortalecimento da rede de apoio e a mediação das necessidades dos pacientes e familiares. **Conclusão:** A experiência evidenciou que os cuidados paliativos exigem a adaptação das práticas profissionais diante das mudanças clínicas, funcionais e sociais. A atuação integrada da Fisioterapia e do Serviço Social favorece um cuidado integral, individualizado e centrado na pessoa, contribuindo para a qualidade de vida, dignidade e suporte ao paciente e à família.

Palavras-chave: **CUIDADOS PALIATIVOS; PESSOA IDOSA; CUIDADO INTEGRAL**

DOI: 10.51161/iv-conasus/90322

VARAL SOLIDÁRIO E FOTOS PARA AS GESTANTES: FERRAMENTAS PARA CRIAÇÃO DE VÍNCULO NA ESF – RELATO DE EXPERIÊNCIA

DANIELA SANTOS FIUZA CONCEICAO

Introdução: O período de gestação compreende uma série de mudanças físicas e emocionais, que podem gerar medos, dúvidas, angústias e ansiedade; além de alguma desordem fisiológica de maior complexidade à díade mãe-filho, faz-se necessário assegurar-lhes o direito a uma atenção de qualidade, como preconiza o Programa de Humanização ao Pré-natal e Nascimento. Um pré-natal de qualidade deve abordar, além de técnicas, os aspectos psicossociais, atividades educativas e preventivas. Considerando que o pré-natal não deve basear-se meramente em consultas e em solicitação de exames, o desenvolvimento de estratégias que incluam o acolhimento e a identificação das necessidades de saúde e sociais contribui para o estabelecimento de vínculo entre as gestantes, familiares e profissionais de saúde. Pensando nisso foi idealizado um varal solidário e ensaio fotográfico para as gestantes do território. **Objetivo**: Criar vínculo e cuidados com as gestantes no território da UBS Vila Nova Jaguaré; Estimular a doação e reuso de roupas de bebê; Proporcionar um momento de amorosidade para as gestantes; Atualizar caderneta da gestante com vacinas, consulta odontológica e outros exames oportunos a idade gestacional. **Relato de experiência:** O varal ocorre trimestralmente e é feita a arrecadação de roupas e itens de bebê em bom estado; Colaboradores internos e externos são convidados para realização de maquiagem e ensaio fotográfico; todas as gestantes cadastradas no território da UBS são convidadas, em consultas, nos grupos e pelos ACS; o Varal já está na sua 8ª edição com uma média de participação de 25 gestantes a cada edição. Entre os ACS e demais profissionais os relatos das gestantes são de grande satisfação e alegria ao se sentirem cuidadas. *"Dá vontade até de ter outro filho de tão bem que fui tratada"*. *"Tive 5 filhos e é a primeira vez que vou fazer fotos da minha gravidez"*. **Conclusão:** O Varal Solidário e o ensaio fotográfico mostraram-se estratégias efetivas para fortalecer o vínculo entre gestantes e equipe da ESF, promovendo acolhimento, cuidado e valorização da gestação. A iniciativa também favoreceu a solidariedade no território e oportunizou a identificação e atualização de demandas de saúde, contribuindo para uma assistência pré-natal mais humanizada e integral.

Palavras-chave: **CUIDADO; PRÉ-NATAL; VÍNCULO**

DOI: 10.51161/iv-conasus/90325

USABILIDADE DE TECNOLOGIAS DIGITAIS PARA APOIO À PASSAGEM DE PLANTÃO DE ENFERMAGEM EM CONTEXTOS HOSPITALARES: REVISÃO DE ESCOPO

ISAC MOTA DA SILVA; ITALA PARIS DE SOUZA; PAULA MASCARENHAS DO VALE SOUZA MATOS; SORAYA RIOS LEÔNCIO; JORGE HENRIQUE OLIVEIRA SALES; VITÓRIA SOLANGE COELHO FERREIRA

INTRODUÇÃO: A passagem de plantão é fundamental para a continuidade e a segurança do cuidado do paciente. Tecnologias digitais podem favorecer a organização e o compartilhamento de informações clínicas, porém a diversidade de métodos dificulta a compreensão de sua usabilidade. **OBJETIVO:** Mapear e caracterizar as evidências sobre a usabilidade de tecnologias digitais utilizadas como suporte à passagem de plantão de enfermagem em contextos hospitalares. **METODOLOGIA:** Revisão de escopo conduzida conforme as recomendações do Joanna Briggs Institute e reportada segundo o PRISMA-ScR. A busca ocorreu em 7 de julho de 2026, sem restrição temporal ou linguística, em PubMed/MEDLINE, Biblioteca Virtual em Saúde, CINAHL, Embase, Web of Science, SciELO, IEEE Xplore e ACM Digital Library. Dois revisores independentes realizaram a seleção e a extração dos dados, com divergências resolvidas por consenso ou terceiro revisor. Os achados foram sintetizados de forma descritiva, numérica e narrativa. **RESULTADOS:** Foram identificados 516 registros; 183 duplicatas foram removidas, 333 registros triados, 35 textos completos avaliados e 14 estudos incluídos. Predominaram tecnologias integradas ou dependentes de prontuário eletrônico (64,3%) e avaliações por questionários ou escalas de percepção (71,4%). Instrumentos padronizados foram empregados em 35,7% dos estudos, componentes qualitativos em 50,0% e métricas objetivas de uso, tempo ou desempenho em 35,7%. Nenhum estudo utilizou o Questionário de Usabilidade de Aplicativos de Saúde Móvel. Foram pouco frequentes avaliações completas baseadas em tarefas que reunissem sucesso, tempo, erros e necessidade de auxílio. Os achados evidenciaram heterogeneidade metodológica e predomínio de medidas autorreferidas. **CONCLUSÃO:** As tecnologias digitais apresentam potencial para apoiar e qualificar a passagem de plantão e favorecer a continuidade do cuidado, mas a avaliação de sua usabilidade permanece heterogênea. Recomenda-se uma abordagem multimétodos, que integre tarefas representativas, métricas de desempenho, instrumentos padronizados e análise qualitativa da experiência dos usuários, a fim de identificar barreiras, aprimorar as ferramentas e favorecer sua integração segura ao processo de trabalho da enfermagem.

Palavras-chave: **APLICATIVOS MÓVEIS; INTERFACE USUÁRIO-COMPUTADOR; TRANSFERÊNCIA DA RESPONSABILIDADE PELO PACIENTE.**

DOI: 10.51161/iv-conasus/90331

A SAÚDE DO TRABALHADOR DE ENFERMAGEM: IMPACTOS PSICOSSOCIAIS E ERGONÔMICOS NO AMBIENTE LABORAL

CARLA OLIVEIRA UCHÔA; JANAÍNA CARNEIRODE SOUZA; ROSÂNGELA OLIVEIRA MELGAÇO; SARA ALVES DE SOUZA; ESTER ALVES DE SOUZA COSTA

Introdução: A saúde do trabalhador de enfermagem é um tema de crescente relevância no campo da saúde coletiva, especialmente diante das exigências intensificadas que a profissão enfrenta em contextos de alta carga de trabalho e estresse emocional. Os profissionais de enfermagem, responsáveis pelo cuidado direto aos pacientes, estão frequentemente expostos a uma variedade de riscos psicossociais e ergonômicos que podem levar ao desenvolvimento de doenças ocupacionais, como transtornos mentais e lesões musculoesqueléticas. Portanto, é essencial implementar estratégias de promoção da saúde que abordem esses aspectos. **Objetivo:** O objetivo deste estudo é analisar os impactos psicossociais e ergonômicos na saúde do trabalhador de enfermagem, identificando os principais fatores de risco que contribuem para o desenvolvimento de doenças ocupacionais e buscar estratégias que contribuam para qualidade de vida dos profissionais. **Metodologia**: A pesquisa foi realizada por meio de uma revisão da literatura, utilizando artigos científicos de bases de dados como MEDLINE, SCIELO e PUBMED. Foram selecionados 10 artigos relevantes que abordam a incidência dos riscos psicossociais e ergonômicos em profissionais de enfermagem. **Resultados:** Os resultados indicam que os profissionais de enfermagem enfrentam altos níveis de estresse, exacerbados por longas jornadas de trabalho, pressão emocional e interações constantes com pacientes. A pesquisa revela que a falta de ergonomia adequada nas atividades diárias contribui para o surgimento de lesões por esforços repetitivos (LER) e transtornos musculoesqueléticos. Além disso, fatores como baixa remuneração e falta de suporte social agravam a insatisfação no trabalho. Intervenções organizacionais e práticas de autocuidado são essenciais para mitigar esses efeitos e promover a saúde mental e física dos enfermeiros. **Conclusão:** A saúde dos profissionais de enfermagem é comprometida por doenças relacionadas à saúde mental e por riscos ergonômicos, impactando tanto seu bem-estar quanto a qualidade do atendimento aos pacientes. Para mitigar esses efeitos, é crucial que as instituições de saúde adotem políticas de saúde ocupacional, promovam ambientes de trabalho saudáveis e ofereçam formação em ergonomia. Medidas de suporte social e práticas de autocuidado também são fundamentais para garantir a saúde mental e física dos enfermeiros, assegurando a sustentabilidade do sistema de saúde e a qualidade do cuidado prestado.

Palavras-chave: **QUALIDADE DE VIDA; RISCOS OCUPACIONAIS; SAÚDE MENTAL**

DOI: 10.51161/iv-conasus/90335

DESAFIOS DA PRECEPTORIA EM RESIDÊNCIAS MULTIPROFISSIONAIS EM SAÚDE: DIAGNÓSTICO E PRIORIZAÇÃO DAS NECESSIDADES FORMATIVAS

DANIELE LIMA DOS ANJOS; FREDSON DA SILVA ALBUQUERQUE; SOLY GUEDES BARBOSA; KÁTIA SIMONE KIETZER

Introdução: A preceptoria em residências multiprofissionais constitui importante espaço de articulação entre formação e trabalho em saúde, porém sua efetividade pode ser limitada por fragilidades pedagógicas e condições organizacionais que interferem no acompanhamento dos residentes. **Objetivos:** Identificar e priorizar as principais necessidades formativas e os problemas enfrentados por preceptores de Programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Atenção à Saúde Mental em Tucuruí-PA, subsidiando a elaboração de um curso de formação pedagógica. **Metodologia:** Realizou-se um Diagnóstico Situacional, desenvolvido a partir de um Encontro Pedagógico com preceptores e coordenadoras dos programas, utilizando Grupo Focal, levantamento coletivo de problemas por meio da plataforma *Mentimeter* e aplicação de questionário estruturado. Os problemas identificados foram organizados em categorias temáticas e posteriormente submetidos à priorização mediante a Matriz GUT (Gravidade, Urgência e Tendência). **Resultados:** Foram identificados 15 problemas, agrupados em cinco categorias: fragilidades na formação pedagógica; planejamento pedagógico e articulação teoria–prática; limitações no uso de metodologias ativas e na condução do processo ensino-aprendizagem; fragilidades no processo avaliativo e feedback; e condições institucionais e organizacionais que impactam a prática pedagógica. Na priorização pela Matriz GUT, destacaram-se a falta de critérios e instrumentos claros de avaliação; o uso limitado de metodologias ativas de ensino-aprendizagem; o pouco tempo disponível para atividades educativas com residentes; a dificuldade de planejamento pedagógico no campo de prática; e a fragilidade na integração ensino–serviço–universidade. Os achados evidenciam que as necessidades formativas dos preceptores são multidimensionais e articulam competências pedagógicas, avaliativas e metodológicas às condições concretas de organização do trabalho. **Conclusão:** Constatou-se que o diagnóstico situacional, associado à priorização sistemática dos problemas, constitui estratégia relevante para orientar intervenções formativas contextualizadas e alinhadas às demandas reais da preceptoria. Os resultados fundamentaram a definição dos eixos temáticos, conteúdos e estratégias pedagógicas do "Curso de Formação Pedagógica de Preceptores de Residências Multiprofissionais em Saúde", sediado em Tucuruí-PA, com ênfase na avaliação do residente e no uso de metodologias ativas.

Palavras-chave: **RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE; FORMAÇÃO PEDAGÓGICA; METODOLOGIAS ATIVAS**

DOI: 10.51161/iv-conasus/90347

A IMPORTÂNCIA DOS PRINCÍPIOS INTEGRATIVOS DA LEI 8.080 DE 1990 NA CONSOLIDAÇÃO DO SUS

REBECA OLIVEIRA DE ALENCAR; ANA CLÁUDIA ALMANSA KIST; MARIA EDUARDA SOUSA

Introdução: A promulgação da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, representa o marco normativo fundamental do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, regulamentando as ações e serviços de saúde em todo o território nacional. Essa legislação traduz os preceitos constitucionais de 1988 ao estabelecer as bases doutrinárias e organizacionais do sistema público de saúde. Dentre seus pilares, destacam-se os princípios doutrinários — universalidade, equidade e integralidade — que direcionam a garantia do acesso universal e a promoção da justiça social na atenção à saúde da população. **Objetivo:** Analisar os princípios doutrinários e organizativos estabelecidos pela Lei 8.080 de 1990 e sua relevância para o fortalecimento e efetivação do SUS. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa descritiva do tipo revisão narrativa da literatura. A busca bibliográfica foi realizada nas bases de dados SCIELO e LILACS, utilizando os descritores "Lei 8.080", "Princípios do SUS" e "Direito à Saúde". Foram incluídos artigos completos e legislações pertinentes publicadas entre 2015 e 2024. A análise qualitativa centrou-se na identificação da articulação entre a norma jurídica e a prática dos serviços de saúde. **Resultados:** A análise demonstrou que a universalidade assegura a saúde como direito de cidadania e dever do Estado, eliminando barreiras de acesso aos serviços. A equidade atua como mecanismo para diminuir as disparidades regionais e sociais, direcionando maior investimento onde a vulnerabilidade é mais acentuada. A integralidade articula as ações de prevenção, promoção, tratamento e reabilitação, compreendendo o indivíduo de forma holística. Observou-se, contudo, que a consolidação prática desses princípios enfrenta desafios constantes relacionados ao financiamento e à gestão regionalizada do sistema. **Conclusão:** Os princípios da Lei 8.080 de 1990 são fundamentais para nortear as políticas públicas de saúde no Brasil. Compreendê-los e aplicá-los de maneira integrada garante a continuidade de um sistema equitativo, inclusivo e capaz de responder adequadamente às necessidades da sociedade.

Palavras-chave: **DIREITOS À SAÚDE; LEGISLAÇÃO SANITÁRIA; SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

DOI: 10.51161/iv-conasus/90354

CONTRIBUIÇÕES DO CUIDADO FARMACÊUTICO PARA A CESSAÇÃO DO TABAGISMO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: RELATO DE EXPERIÊNCIA

REGINÁGELA OLIVEIRA SANTIAGO

Introdução: O tabagismo constitui importante problema de saúde pública e seu enfrentamento na Atenção Primária à Saúde (APS) requer estratégias multiprofissionais e acompanhamento longitudinal. Nesse contexto, o farmacêutico contribui para o uso racional de medicamentos, adesão e acompanhamento da farmacoterapia. **Objetivo:** Relatar a experiência da atuação farmacêutica no acompanhamento de usuários participantes de um grupo de cessação do tabagismo na APS. **Metodologia:** Trata-se de relato de experiência, de caráter descritivo, desenvolvido na Unidade Básica de Saúde Divino Espírito Santo, em Morada Nova, Ceará. No território, foram identificados 167 usuários tabagistas, correspondendo a 5,9% da população cadastrada. O grupo foi desenvolvido por equipe multiprofissional e contou com 17 participantes, sendo 12 mulheres (70,6%) e cinco homens (29,4%); 12 (70,6%) tinham entre 18 e 59 anos e cinco (29,4%) eram idosos. O consumo médio foi de oito cigarros por dia, e a maioria relatou início do tabagismo entre 10 e 12 anos de idade. **Resultados:** Dos 17 participantes, nove (52,9%) receberam farmacoterapia, sendo garantido acesso ao tratamento para todos aqueles com indicação. Entre os usuários que utilizaram medicamentos, quatro (44,4%) cessaram o consumo de tabaco, quatro (44,4%) reduziram o consumo e um (11,1%) abandonou o acompanhamento após a prescrição. No grupo total, oito participantes (47,1%) abandonaram o acompanhamento. A atuação farmacêutica envolveu orientações sobre uso correto, posologia, duração do tratamento e possíveis efeitos adversos, além da identificação de dificuldades relacionadas à farmacoterapia, incentivo à adesão e articulação com a equipe multiprofissional. Os demais profissionais contribuíram para aspectos clínicos, psicológicos, nutricionais, odontológicos e sociais relacionados ao processo de cessação. **Conclusão:** A experiência evidenciou a relevância do cuidado farmacêutico na abordagem do tabagismo, especialmente no acompanhamento da farmacoterapia, promoção do uso racional de medicamentos e fortalecimento da adesão. Os resultados reforçam a necessidade de estratégias de acompanhamento longitudinal e busca ativa diante do percentual de abandono observado, bem como a importância da atuação multiprofissional para um cuidado integral e individualizado.

Palavras-chave: **TABAGISMO; CUIDADO FARMACÊUTICO; CESSAÇÃO DO TABAGISMO**

DOI: 10.51161/iv-conasus/90364

A POTÊNCIA DO PSICODRAMA EM GRUPO COM ADOLESCENTES: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

VINICIUS PINHEIRO PALERMO; LOLA NASCIMENTO BORGES GONÇALVES; ANDREIA MARIA THURLER FONTOURA; TEREZINHA DE JESUS ALVAREZ SAMPAIO

Introdução: A adolescência enfrenta crescentes desafios na saúde mental, marcados por sentimentos de tristeza e insatisfação corporal. Esse cenário ganha novos contornos na era da hiperconectividade, em que as redes sociais atravessam as relações, a construção da identidade e os modos de pertencimento dos adolescentes. Remetendo-se a teoria do Psicodrama, de Jacob Levy Moreno, os algoritmos podem funcionar como "conservas culturais", reforçando padrões e confinando o jovem em bolhas sociais que limitam sua espontaneidade e alteridade. Diante disso, torna-se relevante ampliar estratégias coletivas de promoção e prevenção em saúde mental. **Objetivo:** Relatar a experiência de planejamento, estruturação e experimentação de um projeto piloto de grupo terapêutico psicodramático com adolescentes. **Relato de Experiência:** O projeto piloto foi desenvolvido pela equipe de Psicodrama do Serviço de Psicologia Aplicada da Universidade Santa Úrsula, com seis adolescentes de 13 e 14 anos, em três encontros mensais e presenciais de duas horas. Desenvolvemos acordos de convivência, utilizamos jogos e dinâmicas integrativas, além de recursos do psicodrama com o intuito de favorecer a espontaneidade, a expressão individual e a conexão grupal. Nos encerramentos, facilitamos uma roda de conversa com o compartilhamento de sentimentos e reflexões, configurando-se no *sharing*, etapa de processamento coletivo da vivência dramática experimentada. Observamos que a expressão dos mais espontâneos encorajou gradativamente os mais tímidos a se posicionarem. Alguns adolescentes relataram maior facilidade para abordar determinadas questões no grupo do que até mesmo em suas sessões de psicoterapia individual, destacando a identificação com experiências compartilhadas e, assim, ampliando naturalmente sua alteridade. **Conclusão:** A experiência demonstrou a potência do trabalho grupal com adolescentes, por meio do Psicodrama, na promoção do acolhimento, auto aceitação e espontaneidade, constituindo uma possível estratégia na promoção e prevenção no cuidado escalonado. A construção de um espaço seguro propiciou o sentimento de pertencimento e o estabelecimento de vínculos, centrais para o fortalecimento da saúde mental nessa etapa do desenvolvimento, respaldando a continuidade do projeto com adesão voluntária.

Palavras-chave: **SAÚDE MENTAL; ADOLESCÊNCIA; PSICODRAMA**

DOI: 10.51161/iv-conasus/90371

EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE COMO ESTRATÉGIA PARA A QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL E MELHORIA DA ASSISTÊNCIA

ELIETE GARCIA DE MELLO

Introdução: A Educação Permanente em Saúde (EPS) constitui uma estratégia fundamental para qualificar profissionais e transformar práticas nos serviços de saúde. Baseada na aprendizagem a partir das situações vivenciadas no cotidiano do trabalho, possibilita reflexão crítica, troca de conhecimentos e soluções coletivas. Dessa forma, pode contribuir para o aprimoramento dos processos de trabalho e para uma assistência mais segura, humanizada e resolutiva. **Objetivo:** Analisar as contribuições da Educação Permanente em Saúde para a qualificação profissional e a melhoria da qualidade da assistência prestada aos usuários. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, realizada por meio de buscas nas bases Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE/PubMed), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Base de Dados de Enfermagem (BDENF). Foram utilizados descritores selecionados nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e Medical Subject Headings (MeSH), relacionados à Educação Permanente em Saúde, Educação em Saúde, Qualidade da Assistência e Qualificação Profissional, combinados pelos operadores booleanos AND e OR. Foram considerados artigos disponíveis na íntegra, publicados em português, inglês e espanhol, conforme período estabelecido. Foram excluídas publicações duplicadas e estudos sem relação com a temática. **Resultados:** A literatura evidencia que a EPS favorece a atualização de conhecimentos, o desenvolvimento de competências e a reflexão crítica sobre as práticas profissionais. Estratégias como discussão de casos, reuniões de equipe, problematização e atividades educativas vinculadas às necessidades do serviço podem fortalecer a comunicação, a integração da equipe e a organização dos processos de trabalho assistenciais. Também apresentam potencial para contribuir com a segurança do paciente e a qualidade da assistência. Entretanto, sobrecarga de trabalho, limitações de recursos, dificuldades de planejamento e insuficiente apoio institucional podem dificultar sua implementação. **Conclusão:** A Educação Permanente em Saúde configura-se como importante ferramenta para qualificar profissionais e aprimorar a assistência. Seu fortalecimento no cotidiano dos serviços favorece a articulação entre conhecimento e prática, contribuindo para mudanças nos processos de trabalho e para um cuidado mais seguro e qualificado. Investimentos institucionais e participação das equipes são essenciais para sua consolidação.

Palavras-chave: **EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE; QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA; QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL**

DOI: 10.51161/iv-conasus/90372

O MOVIMENTO DA REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA E SUA CONTRIBUIÇÃO PARA A CRIAÇÃO DO SUS

CARMELINDA ALBUQUERQUE MENDONÇA; GIOVANA ALMEIDA BORBA; MARIA ALICE SANTOS MELO; NILTON CAMPOS COUTO NETO; MARIA PAULA DE NOVAES MENESES MENDONÇA; SOFIA VITÓRIA CORDEIRO MARQUES; JOÃO PEDRO LIMA GUSMÃO

Introdução: O cenário do Brasil antes do SUS caracterizava-se por um modelo previdenciário/curativista, focado na resolução de doenças já instaladas, com forte centralização hospitalar e uso intensivo de medicamentos, o que excluía parte da população e aprofundava desigualdades regionais. Na década de 1970, emergiu um movimento político e social contrário à ditadura militar, que lutava para transformar a saúde em direito fundamental de todos os cidadãos: a reforma sanitária. Esse movimento ganhou repercussão nacional e culminou na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, a primeira a reunir a sociedade civil e a consagrar a saúde como direito de todos e dever do Estado. Compreender esse processo é essencial para subsidiar debates atuais sobre financiamento e sustentabilidade do SUS. **Objetivo:** Analisar a contribuição do movimento da reforma sanitária brasileira para a implementação do Sistema Único de Saúde. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão narrativa da literatura, realizada por meio de buscas na base SciELO, no período de 2016 a 2025, com os descritores "reforma sanitária", "Sistema Único de Saúde" e "saúde pública no Brasil", combinados entre si. Foram selecionados onze artigos em português, disponíveis na íntegra e pertinentes à temática histórica e política da consolidação do SUS. **Resultados:** Os estudos analisados convergem ao apontar que a reforma sanitária surgiu em um contexto de autoritarismo e de fragilidade na assistência à saúde, uma vez que o acesso dependia dos institutos de aposentadorias e pensões, restrito às categorias trabalhadoras vinculadas à previdência. A literatura destaca ainda a diversidade de sujeitos políticos e estratégias que sustentaram o movimento, sua dimensão de resiliência diante de crises sanitárias contemporâneas e releituras críticas sobre seus limites e desdobramentos. Assim, dessas ideias nasceu o Sistema Único de Saúde, concretizado na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, e consolidado legalmente em 1990. **Conclusão:** Conclui-se que a reforma sanitária foi essencial para a construção do SUS e para a conceituação da saúde como direito de todos e dever do Estado. A pluralidade de sujeitos, estratégias e olhares teóricos identificada na literatura reforça a importância de retomar esses princípios nos debates atuais sobre o fortalecimento do sistema público de saúde.

Palavras-chave: **SAÚDE PÚBLICA; POLÍTICA DE SAÚDE; DIREITO À SAÚDE**

DOI: 10.51161/iv-conasus/90377

JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL: ENTRE A EFETIVAÇÃO DO DIREITO FUNDAMENTAL E OS DESAFIOS DA SUSTENTABILIDADE DO SUS

FRANCISCO PUJOL FILHO

RESUMO

A judicialização da saúde tornou-se um dos fenômenos mais relevantes da realidade brasileira contemporânea, refletindo as dificuldades estruturais enfrentadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) para assegurar o acesso universal, integral e igualitário aos serviços de saúde. O aumento das demandas judiciais relacionadas ao fornecimento de medicamentos, tratamentos, procedimentos cirúrgicos e exames demonstra a busca dos cidadãos pela efetivação de um direito fundamental constitucionalmente garantido. Entretanto, a expansão desse fenômeno suscita debates acerca dos impactos orçamentários, administrativos e sociais decorrentes das decisões judiciais. O presente estudo analisa a judicialização da saúde sob a perspectiva da garantia dos direitos fundamentais e dos desafios impostos à gestão pública. Por meio de pesquisa bibliográfica e análise crítica da literatura especializada, verificou-se que a atuação do Poder Judiciário constitui importante mecanismo de proteção à dignidade da pessoa humana diante de omissões estatais. Contudo, a excessiva dependência da intervenção judicial evidencia fragilidades na formulação e execução das políticas públicas de saúde, podendo gerar desequilíbrios na distribuição dos recursos públicos e dificuldades para a concretização dos princípios da universalidade, equidade e integralidade. Conclui-se que o fortalecimento das políticas públicas, a ampliação da atenção primária e o aprimoramento dos mecanismos de gestão do SUS são medidas essenciais para reduzir a judicialização e promover a efetividade do direito à saúde.

Palavras-chave: Cidadania; Dignidade da Pessoa Humana; Sistema Único de Saúde.

1 INTRODUÇÃO

A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 consagrou a saúde como um direito fundamental de todos e dever do Estado, estabelecendo que sua garantia deve ocorrer mediante políticas sociais e econômicas destinadas à promoção, proteção e recuperação da saúde da população (Brasil, 1988). Essa previsão constitucional tornou-se um marco na construção do Sistema Único de Saúde (SUS), concebido para assegurar acesso universal, integral e igualitário aos serviços de saúde.

Entretanto, a concretização desse direito enfrenta inúmeros obstáculos decorrentes da limitação de recursos financeiros, da crescente demanda por serviços especializados, da insuficiência de profissionais e da deficiência estrutural do sistema público. Nesse contexto, emerge a judicialização da saúde como instrumento utilizado pelos cidadãos para obter medicamentos, tratamentos, exames e procedimentos que não são disponibilizados ou são ofertados de forma insuficiente pelo Estado (Ventura et al., 2010).

Segundo Lopes e Mello (2018), o fenômeno da judicialização representa a intervenção do Poder Judiciário na garantia dos direitos fundamentais relacionados à saúde, buscando

DOI: 10.51161/iv-conasus/90381

assegurar o cumprimento das obrigações constitucionais do Estado diante de falhas administrativas ou omissões governamentais.

Por outro lado, diversos autores ressaltam que o aumento indiscriminado das demandas judiciais pode comprometer o planejamento orçamentário e a execução das políticas públicas, especialmente quando decisões individuais determinam a destinação de recursos originalmente previstos para programas coletivos de saúde (Mazza, 2013; Souza; Gomes, 2019).

Diante desse cenário, o presente estudo busca analisar os impactos da judicialização da saúde pública brasileira, discutindo seus reflexos sobre a efetivação do direito fundamental à saúde e sobre a sustentabilidade do Sistema Único de Saúde.

2 MATERIAL E MÉTODOS

A pesquisa caracteriza-se como um estudo qualitativo, de natureza exploratória e descritiva, desenvolvido por meio de revisão bibliográfica e documental.

Foram analisadas obras doutrinárias, artigos científicos, dispositivos constitucionais, legislação infraconstitucional e decisões judiciais relacionadas à judicialização da saúde e à efetivação do direito fundamental à saúde no Brasil. O método adotado foi o dedutivo, partindo da análise dos fundamentos constitucionais do direito à saúde para a compreensão dos efeitos concretos da judicialização na gestão do SUS, conforme metodologia semelhante utilizada por Souza e Gomes (2019).

Também foram examinados estudos que investigaram a evolução das demandas judiciais em saúde no país, especialmente aqueles que abordaram os impactos da judicialização sobre o planejamento orçamentário, a equidade no acesso aos serviços e a efetividade das políticas públicas de saúde (Lopes; Mello, 2018; Ventura et al., 2010).

A análise dos dados ocorreu mediante abordagem interpretativa, buscando identificar convergências e divergências na literatura especializada acerca dos benefícios e limitações da atuação judicial na garantia do direito à saúde.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise da literatura demonstra que a judicialização da saúde cresceu significativamente nas últimas décadas, tornando-se um fenômeno estrutural do sistema jurídico e sanitário brasileiro. Estudos apontam aumento contínuo de ações judiciais relacionadas ao fornecimento de medicamentos, tratamentos especializados, internações e procedimentos cirúrgicos (Lopes; Mello, 2018).

Sob uma perspectiva positiva, a judicialização representa importante mecanismo de garantia dos direitos fundamentais. Quando o Estado falha no cumprimento de suas obrigações constitucionais, a intervenção judicial possibilita que cidadãos tenham acesso aos serviços indispensáveis à preservação da vida e da dignidade humana. Nesse sentido, o Supremo Tribunal Federal consolidou entendimento de que a saúde constitui direito fundamental cuja efetivação pode ser exigida judicialmente (Adpf 45/df).

Contudo, a literatura também evidencia efeitos negativos decorrentes da excessiva judicialização. Muitas decisões judiciais determinam a concessão de tratamentos de elevado custo sem considerar adequadamente os impactos sobre o orçamento público e as prioridades estabelecidas pelas políticas de saúde, o que pode comprometer ações coletivas destinadas a um número maior de pessoas (David; Andrelino; Beghin, 2016).

Outro aspecto relevante refere-se ao conflito entre interesses individuais e coletivos. Conforme Souza e Gomes (2019), embora a proteção de direitos individuais seja essencial, a priorização indiscriminada de demandas particulares pode gerar assimetrias na distribuição dos recursos do SUS, afetando os princípios da universalidade e da equidade.

DOI: 10.51161/iv-conasus/90381

Além disso, pesquisas indicam que grande parte das ações judiciais envolve medicamentos já incorporados às políticas públicas de saúde, evidenciando não apenas falhas orçamentárias, mas também problemas relacionados à gestão, logística e fornecimento dos serviços (Lopes; Mello, 2018).

Nesse contexto, o Conselho Nacional de Justiça (CNJ) tem desenvolvido iniciativas destinadas à qualificação das decisões judiciais por meio da criação de núcleos técnicos de apoio, buscando aproximar o conhecimento jurídico das evidências científicas e sanitárias (Schulze, 2015).

Os resultados apontam, portanto, que a judicialização possui natureza ambivalente: ao mesmo tempo em que funciona como instrumento de efetivação dos direitos fundamentais, evidencia deficiências estruturais do SUS e impõe desafios à sustentabilidade financeira e administrativa do sistema.

4 CONCLUSÃO

A judicialização da saúde consolidou-se como importante instrumento de acesso à justiça e efetivação do direito fundamental à saúde no Brasil. Sua expansão reflete tanto a atuação legítima dos cidadãos na defesa de seus direitos quanto as limitações estruturais do Sistema Único de Saúde.

Embora a intervenção judicial seja essencial em situações de omissão estatal, a dependência excessiva desse mecanismo revela fragilidades na formulação e execução das políticas públicas de saúde. O aumento das demandas judiciais pode gerar impactos significativos no planejamento orçamentário e na distribuição equitativa dos recursos destinados à coletividade.

Dessa forma, a redução da judicialização não depende da restrição do acesso ao Poder Judiciário, mas do fortalecimento das políticas públicas de saúde, do aprimoramento da gestão do SUS, da ampliação da atenção primária e da adoção de mecanismos técnicos de apoio às decisões judiciais. Somente por meio da integração entre gestão pública, conhecimento científico e atuação jurisdicional será possível assegurar a efetividade do direito à saúde de forma sustentável e compatível com os princípios constitucionais que regem o sistema de saúde brasileiro.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm> acesso em: 07 set. 2026.

BRASIL. Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponivel em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm> acesso em: 07 set. 2026.

LOPES, F. D.; MELLO, T. R. C.. A judicialização e seu papel na efetivação do direito à saúde pública. ***Revista de Gestão em Sistemas de Saúde***, São Paulo, v. 7, n. 3, p. 275-286, 2018.

SCHULZE, C. J. **O papel do Conselho Nacional de Justiça na judicialização da saúde**. Brasília: CONASS, 2015.

SOUZA, J. C.; GOMES, M. F. A judicialização na saúde e a fronteira entre o individual e o coletivo: considerações sobre o acesso ao sistema único de saúde sustentável. ***Revista de Direitos Fundamentais & Democracia***, Curitiba, v. 24, n. 1, p. 216-242, 2019.

VENTURA, M. et al. Judicialização da saúde, acesso à justiça e efetividade do direito à saúde. *Physis:* ***Revista de Saúde Coletiva***, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 77-100, 2010.

VIEIRA, F. S. Judicialização e direito à saúde no Brasil: uma trajetória de encontros e desencontros. ***Revista de Saúde Pública***, São Paulo, v. 57, 2023

MALFORMAÇÃO CONGÊNITA UNILATERAL DE MEMBROS NÃO DIAGNOSTICADA NO PRÉ-NATAL: A ARTICULAÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE NO SUS.

MARIA BEATRIZ MAYER FEITOSA GABINIO; GABRIELE ASFORA DE MACEDO FALABELLA; MARIA LETÍCIA AMORIM BALBINO; MARIA RITA FILGUEIRA GONÇALVES; PEDRO DAVI LUCENA SILVA; SEBASTIÃO HENRIQUE FEITOSA GABINIO; SOPHIA FREITAS MELO MONTEIRO DE MENEZES

Introdução: A assistência pré-natal na Atenção Primária à Saúde visa rastrear precocemente anomalias fetais, resguardando a saúde materno-infantil. Contudo, limitações técnicas no rastreamento ultrassonográfico podem retardar diagnósticos de malformações congênitas para o período pós-natal. No âmbito do Sistema Único de Saúde, o desafio consiste em acionar rapidamente as Redes de Atenção à Saúde e a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência para garantir suporte multiprofissional, minimizando impactos funcionais e promovendo equidade no cuidado integral. **Objetivo:** Descrever o caso de uma lactente com malformação congênita unilateral não diagnosticada no pré-natal, enfatizando a importância da articulação da atenção especializada do Sistema Único de Saúde no seguimento clínico. **Relato de caso:** Lactente do sexo feminino, 11 meses, encaminhada ao ambulatório de pediatria para avaliação de malformação congênita unilateral em mão e pé esquerdos. A mãe realizou pré-natal regular na rede pública, totalizando onze consultas, com diagnóstico de diabetes mellitus gestacional. Apesar das ultrassonografias obstétricas, nenhuma anomalia fetal foi identificada intraútero. Ao exame físico, notou-se malformação restrita ao lado esquerdo, indolor e sem déficits sensitivos. Radiografias confirmaram hipoplasia de metacarpianos com agenesia de falanges no segundo e terceiro dígitos da mão esquerda, associada à ausência de metatarsos e falanges no pé ipsilateral. Diante do diagnóstico pós-natal, o pediatra do ambulatório assumiu a coordenação do cuidado, inserindo a paciente no sistema de regulação do SUS para avaliação com a Genética Clínica visando a elucidação etiológica. Concomitantemente, o profissional garantiu a continuidade do acompanhamento com a ortopedia pediátrica para reabilitação motora e solicitou ultrassonografia do aparelho urinário para descartar outras anomalias sistêmicas associadas. **Conclusão:** O caso demonstra que o Sistema Único de Saúde necessita de fluxos ágeis para absorver diagnósticos de malformações não detectadas durante a gestação. O reconhecimento precoce após o nascimento e a investigação sistemática de possíveis anomalias associadas permitem planejamento terapêutico individualizado, acompanhamento multiprofissional e aconselhamento familiar. Desse modo, a integração eficiente entre o atendimento pediátrico básico e os serviços de referência especializada torna-se indispensável para assegurar a intervenção precoce, consolidando os princípios da integralidade e o direito constitucional à reabilitação.

Palavras-chave: **INTEGRALIDADE; PEDIATRIA; REABILITAÇÃO**

DOI: 10.51161/iv-conasus/90387

HEMANGIOMA SIMULANDO SCHWANNOMA NA FOSSA POPLÍTEA: DIAGNÓSTICO E SEGURANÇA DO PACIENTE NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA DO SUS.

MARIA BEATRIZ MAYER FEITOSA GABINIO; GABRIELE ASFORA DE MACEDO FALABELLA; MARIA LETÍCIA AMORIM BALBINO; MARIA RITA FILGUEIRA GONÇALVES; PEDRO DAVI LUCENA SILVA; SEBASTIÃO HENRIQUE FEITOSA GABINIO; SOPHIA FREITAS MELO MONTEIRO DE MENEZES

Introdução: A avaliação de massas em partes moles exige integração eficiente entre a Atenção Primária e os serviços de Atenção Especializada no Sistema Único de Saúde. A sobreposição de características radiológicas entre diferentes etiologias impõe um desafio clínico. Nesse cenário, o acesso oportuno a tecnologias de diagnóstico por imagem e à análise histopatológica é fundamental para garantir a precisão diagnóstica, evitar intervenções cirúrgicas desnecessárias e promover a qualidade e a segurança do paciente, além de otimizar os recursos do sistema público. **Objetivo:** Relatar o caso de uma paciente com hemangioma simulando tumor neural, destacando o papel da atenção especializada na elucidação diagnóstica e na definição de conduta conservadora no Sistema Único de Saúde. **Relato de caso:** Paciente do sexo feminino, 19 anos, procurou atendimento na rede pública devido a quadro de dor intensa e em pontada na região posterior do joelho esquerdo. Após avaliação inicial, foi referenciada ao ambulatório de ortopedia. A investigação prosseguiu com ressonância magnética, que revelou lesão nodular na face posterior do joelho, em contato com o músculo gastrocnêmio medial e imediatamente anterior ao nervo tibial. O exame sugeriu a hipótese inicial de schwannoma devido à íntima relação anatômica perineural. Para elucidar o diagnóstico e garantir a segurança na tomada de decisão terapêutica, a equipe solicitou uma biópsia por agulha grossa (Core Biopsy). O exame histopatológico contrariou a suspeita radiológica, confirmando tratar-se de um hemangioma, de natureza benigna. Evitando o risco de iatrogenia cirúrgica devido à proximidade com o feixe nervoso, a equipe médica optou por manejo conservador. A paciente foi inserida na reabilitação fisioterápica, evoluindo com melhora parcial do quadro álgico e mantendo acompanhamento periódico. **Conclusão:** O caso ilustra a importância do acesso a tecnologias diagnósticas precisas, como a biópsia tecidual, na rede de atenção especializada do Sistema Único de Saúde. A elucidação adequada de diagnósticos diferenciais complexos evita cirurgias desnecessárias, assegura a integridade da paciente e reforça a necessidade do cuidado conservador e multidisciplinar.

Palavras-chave: **EQUIDADE; HISTOPATOLOGIA; NEOPLASIAS VASCULARES**

DOI: 10.51161/iv-conasus/90389

IMPACTOS DA INSTITUCIONALIZAÇÃO NO BEM-ESTAR PSICOLÓGICO DO IDOSO

CARLA CAROLINE PEREIRA

RESUMO

O envelhecimento populacional constitui uma das principais transformações demográficas contemporâneas e amplia os desafios relacionados à promoção da qualidade de vida e do cuidado à pessoa idosa. Nesse contexto, a institucionalização em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs) apresenta-se como alternativa diante de condições como perda da independência funcional, fragilidade dos vínculos familiares, vulnerabilidade social e necessidade de cuidados contínuos. Esse estudo teve como objetivo compreender os impactos da institucionalização no bem-estar psicológico da pessoa idosa. Realizou-se uma revisão narrativa e qualitativa da literatura, a partir de artigos científicos encontrados nas bases SciELO e Google Acadêmico, predominantemente em língua portuguesa e publicados entre 2005 e 2025. Os achados demonstram que a institucionalização constitui um fenômeno multifatorial e que suas repercussões psicológicas dependem tanto das condições que antecedem o ingresso quanto das experiências vivenciadas no ambiente institucional. Aspectos como redução da autonomia, perda de papéis sociais, enfraquecimento dos vínculos, isolamento social e menor percepção de controle podem comprometer o bem-estar psicológico. Em contrapartida, a institucionalização também pode representar proteção e acesso a cuidados diante de situações prévias de vulnerabilidade. Conclui-se que seus efeitos não são uniformes, destacando-se a necessidade de um cuidado integral que, além das necessidades físicas, preserve a autonomia, a individualidade, os vínculos sociais e as dimensões psicológicas da pessoa idosa. Entre as limitações dessa pesquisa se destacam a dificuldade de estabelecer causalidade e a heterogeneidade das instituições e populações investigadas, que limitam a generalização dos achados. Estudos futuros devem investigar características do ambiente institucional que possam atuar como fatores de risco ou proteção ao bem-estar psicológico dos idosos

Palavras-chave: Qualidade de vida; Saúde Integral; Instituição de Longa Permanência para Idosos.

1 INTRODUÇÃO

Apresente uma contextualização sucinta e relevante sobre o tema, indicando sua importância na área. Fundamente a justificativa com base em literatura atualizada. Finalize o último parágrafo com o objetivo geral do trabalho, de forma clara e objetiva

O envelhecimento populacional é uma realidade confirmada pelo Censo 2022. A parcela de pessoas com 65 anos ou mais cresceu 57,4% desde 2010 e constitui uma das mais significativas transformações demográficas contemporâneas, impondo à sociedade e aos sistemas de saúde o desafio de promover qualidade de vida a uma parcela crescente da população (Brasil, 2022). Visto que para a promoção da qualidade de vida para essa população necessita-se de fatores externos aos indivíduos, condições materiais e fatores sociais. O Brasil

DOI: 10.51161/iv-conasus/90412

apresenta barreiras significativas que se opõem a esse objetivo, como processos de urbanização, previdência e novos arranjos familiares. (Camargo *et al*., 2011; Freitas *et al*., 2014).

Nesse contexto, a institucionalização de idosos em ILPIs emerge como uma realidade frequente, trazendo consigo implicações psicossociais complexas, como risco de solidão, perda de autonomia e vulnerabilidade a transtornos como depressão e ansiedade (Siqueira *et al*., 2009; Abreu *et al*., 2017).

Partindo desse referencial, este trabalho se justifica pela necessidade de compreender os impactos da institucionalização no bem-estar psicológico em idosos, um grupo populacional particularmente vulnerável em notável emergência.

2 MATERIAL E MÉTODOS

A pesquisa consistiu em uma revisão narrativa e qualitativa de literatura para embasamento teórico. Segundo Lakatos e Marconi (2017), esse método configura uma estratégia analítica capaz de reunir e examinar criticamente produções bibliográficas de determinada temática a partir de novos enfoques, interpretações e articulações teóricas.

Foram analisados artigos científicos e livros encontrados nas bases SciELO e Google Acadêmico, apenas em língua portuguesa, no período de 2005 a 2025, para uma análise evolutiva das pesquisas sobre o tema e para o acesso às publicações mais recentes na área. No entanto, alguns artigos e livros saíram desse recorte temporal por serem clássicos e fundamentais para esse estudo; portanto, foi considerada a relevância para a discussão do tema sob a ótica da Psicologia (Gil, 2008).

A pesquisa busca apresentar um panorama acerca dos impactos do envelhecimento populacional e principalmente do idoso institucionalizado no bem-estar psicológico.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

No Brasil, de acordo com a Lei nº 10.741/2003, conhecida como Estatuto da Pessoa Idosa, define-se como população idosa as pessoas com idade igual ou superior a 60 anos (Brasil, 2023; Brasil, 2003). E De acordo com a RDC nº 283/2005 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), as ILPI, designação legítima adotada pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG), caracterizam-se como ILPI: instituições governamentais ou não governamentais, de caráter residencial, destinadas ao domicílio coletivo de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, com ou sem suporte familiar, em condição de liberdade, dignidade e cidadania (Brasil, 2005).

Essas instituições oferecem um serviço de assistência médico-social e sociossanitária e devem ser um espaço para viver de forma digna, com disponibilidade de cuidados emocionais, sociais, assistência à saúde e às necessidades cotidianas, formando assim um serviço misto de assistência social e de saúde (Watanabe; Giovanni, 2009). Apesar desses atributos positivos associados à institucionalização, é importante evidenciar que o processo de transição vivenciado por essa população, ao sair de seus lares e residir em uma ILPI, é caracterizado por alguns idosos com resistência, tristeza e melancolia. Dentre os motivos para isso, estão a visão da instituição como apenas um depósito da invalidez e a insatisfação com a perda da autonomia, esta, por sua vez, estimulada pelos próprios funcionários das instituições (Abreu *et al*., 2017).

Junto a isso, as perdas e declínios criam circunstâncias estressantes; por outro lado, situações de perda do companheirismo, abandono, isolamento social, dificuldades com recursos e com o engajamento em atividades produtivas afetam os recursos psíquicos e favorecem o quadro depressivo nesses idosos (Hartmann; Gomes, 2014; Siqueira *et al*., 2009).

Nesse sentido, Souza e Inácio (2017) ressaltam que o processo de institucionalização envolve transformações que repercutem diretamente na subjetividade do idoso, uma vez que a

mudança para a instituição costuma ser acompanhada pela perda de referências afetivas, da rotina construída ao longo da vida e do papel social anteriormente desempenhado.

A perda do papel social constitui uma das principais consequências desse processo. O envelhecimento, por si só, já pode favorecer a redução da participação social em decorrência da aposentadoria, da viuvez, da diminuição da rede de amizades e das limitações funcionais. Entretanto, a institucionalização tende a intensificar esse fenômeno ao substituir papéis historicamente exercidos como; provedor, cuidador, líder familiar ou participante ativo da comunidade por uma condição de residente e receptor de cuidados. Essa mudança pode comprometer o senso de utilidade, autonomia e pertencimento, elementos considerados fundamentais para a manutenção da identidade pessoal e da autoestima. Segundo Souza e Inácio (2017), muitos idosos passam a perceber uma descontinuidade entre a identidade construída ao longo da vida e aquela assumida no contexto institucional, favorecendo sentimentos de inutilidade, dependência e invisibilidade social.

Essa dinâmica pode ser compreendida à luz do conceito de mortificação do eu, originalmente desenvolvido por Goffman, segundo o qual o ingresso em instituições de longa permanência tende a provocar um processo progressivo de enfraquecimento da identidade previamente construída pelo indivíduo. A substituição das escolhas pessoais por normas institucionais, a uniformização das rotinas e a diminuição do controle sobre aspectos cotidianos favorecem a perda da individualidade e da autonomia.

Paralelamente, observa-se um processo de docilização do corpo, conceito desenvolvido por Foucault, que descreve a forma como instituições organizam e disciplinam os corpos por meio da vigilância, da rotina e da normalização dos comportamentos. Souza e Inácio (2017) alertam em suas análises sobre tais práticas institucionais que podem restringir a autonomia dos idosos e contribuir para a adaptação passiva às regras institucionais, reduzindo gradativamente sua capacidade de autodeterminação.

Esses aspectos repercutem diretamente sobre o bem-estar psicológico. A revisão integrativa realizada por Mango *et al*. (2024) demonstra que idosos institucionalizados frequentemente apresentam maior vulnerabilidade a fatores de risco psicossociais, como solidão, isolamento social, sintomas depressivos, ansiedade, perda da autonomia e redução do suporte afetivo. Os autores ressaltam que tais fatores comprometem diferentes dimensões do bem-estar psicológico, especialmente aquelas relacionadas ao propósito de vida, autoaceitação, domínio do ambiente, autonomia e relações interpessoais positivas.

Em contrapartida, a literatura também evidencia que instituições que promovem participação ativa dos residentes, estímulo às relações sociais, respeito à individualidade e oportunidades de tomada de decisão favorecem melhores indicadores de saúde mental e adaptação institucional.

O bem-estar psicológico da pessoa idosa é resultado da interação entre fatores individuais, relacionais e contextuais, sendo influenciado pela capacidade de adaptação às mudanças inerentes ao envelhecimento. Nesse sentido, a institucionalização configura um evento de grande impacto na trajetória de vida do idoso, pois implica modificações significativas em sua rotina, nas relações interpessoais, na autonomia e na percepção de controle sobre a própria vida. Embora a mudança para uma ILPI possa representar uma alternativa de proteção e assistência, a literatura demonstra que seus efeitos sobre o bem-estar psicológico são heterogêneos e dependem tanto das condições que antecedem o ingresso quanto das experiências vivenciadas no ambiente institucional (Khoury; Sá-Neves, 2014; Mango *et al*., 2024).

Antes da institucionalização, muitos idosos já vivenciam condições que comprometem diferentes dimensões do bem-estar psicológico. O agravamento de doenças crônicas, a perda da capacidade funcional, a viuvez, a redução da rede de apoio, o isolamento social e as dificuldades socioeconômicas frequentemente antecedem o ingresso em uma ILPI, produzindo sentimentos

de insegurança, solidão e vulnerabilidade. Dessa forma, a institucionalização nem sempre representa o início do sofrimento psicológico, mas muitas vezes constitui uma resposta às condições de fragilidade previamente instaladas. Sob essa perspectiva, Mango *et al*. (2024) ressaltam que diversos fatores de risco para o comprometimento do bem-estar psicológico já estão presentes antes da institucionalização, evidenciando que a saúde mental do idoso é influenciada por um processo contínuo de perdas e adaptações ao longo do envelhecimento.

4 CONCLUSÃO

A institucionalização não deve ser compreendida exclusivamente como um fator de risco para o bem-estar psicológico. É possível concluir que o bem-estar psicológico da pessoa idosa institucionalizada deve ser compreendido sob uma perspectiva dinâmica e multifatorial.

Em determinadas circunstâncias, especialmente quando o idoso vivenciava abandono, negligência, violência ou ausência de cuidados adequados antes do ingresso na ILPI, nesses casos, a institucionalização pode reduzir situações de vulnerabilidade anteriormente existentes. Por outro lado, a institucionalização é vivenciada por alguns idosos com resistência, tristeza e melancolia. Pela concepção da instituição como apenas um depósito da invalidez e pela insatisfação com a perda da autonomia que é inerente ao processo de institucionalização.

De modo geral, as evidências apontam que a institucionalização, por si só, não determina melhora nem piora do funcionamento psicológico; seus efeitos dependem das condições prévias do idoso, da preservação da autonomia, da percepção de controle, da manutenção dos vínculos sociais e da capacidade da instituição de promover um ambiente que respeite a individualidade, estimule a participação e favoreça o desenvolvimento de experiências significativas.

Dessa forma, os achados permitem destacar a importância do cuidado integral. Então o desafio das ILPIs é transcender a oferta de cuidados físicos, exigindo estratégias que fortaleçam as diferentes dimensões do bem-estar psicológico ao longo do processo de envelhecimento institucionalizado.

Dadas as limitações dessa pesquisa, destaca-se a causalidade, pois grande parte das evidências disponíveis não permite estabelecer uma relação em que a institucionalização cause alterações no bem-estar psicológico, devido às condições prévias de ingresso também exercerem relação. A heterogeneidade entre instituições e populações investigadas também limita a generalização dos achados.

Estudos futuros com o objetivo de investigar quais características do ambiente institucional podem atuar como fator de risco ou proteção ao bem-estar psicológico podem contribuir para uma maior clareza sobre os impactos da vivência institucional para o bem-estar psicológico do idoso.

REFERÊNCIAS

ABREU, Thaynara Alves, et al. Reflexões acerca dos impactos psicossociais da institucionalização de idosos no Brasil. **Revista Kairós-Gerontologia**, 2017.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Resolução RDC nº 283, de 26 de setembro de 2005. Aprova o Regulamento Técnico que define normas de funcionamento para as Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI). **Diário Oficial da União**: Brasília, DF, 27 set. 2005. Disponível em: https://bvs.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2005/res0283_26_09_2005.html. Acesso em: 28 mai. 2026.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Censo Demográfico 2022**: resultados preliminares da população. Rio de Janeiro: IBGE, 2022. Disponível em: https://www.ibge.gov.br. Acesso em: 28 mai. 2026.

BRASIL. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 3 out. 2003.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome. **Nota Informativa nº 5/2023**: Envelhecimento e o direito ao cuidado. Secretaria Nacional da Política de Cuidados e Família, 2023.

CAMARGOS, M. C. S.; RODRIGUES, R. N.; MACHADO, C. J. Idoso, família e domicílio: uma revisão narrativa sobre a decisão de morar sozinho. **Revista Brasileira de Estudos de População**, 2011.

FREITAS, M. C, et al. Idosos residentes em uma instituição de longa permanência: adaptação à luz de Callista Roy. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 67, n. 6, p. 905-912, 2014.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

HARTMANN, J. A. S.; GOMES, G. C. Depressão em idosos institucionalizados: as singularidades de um sofrimento visto em sua diversidade**. Revista da SBPH**, v. 17, n. 1, p. 83-105, 2014.

KHOURY, Hilma Tereza Tôrres; SÁ-NEVES, Ângela Carina. Percepção de controle e qualidade de vida: comparação entre idosos institucionalizados e não institucionalizados. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 17, n. 3, p. 587-597, 2014. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1809-9823.2014.13012. Acesso em: 1 jul. 2026.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade**. Fundamentos de metodologia científica**. 8. ed. São Paulo: Atlas, 2017.

MANGO, Tatiane Poiani et al. Fatores de risco e bem-estar psicológico em idosos institucionalizados: **Revisão integrativa da literatura**. Prometeica, n. 30, p. 325-341, 2024.

SIQUEIRA, Gisela Rocha de et al. Análise da sintomatologia depressiva nos moradores do Abrigo Cristo Redentor através da aplicação da Escala de Depressão Geriátrica (EDG). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, p. 253-259, 2009.

SOUZA, Rosa Cristina Ferreira de; INÁCIO, Amábille das Neves. Entre os muros do abrigo: compreensões do processo de institucionalização em idosos abrigados. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**, v. 12, n. 1, p. 209-223, 2017.

WATANABE, Helena Akemi Wada; DI GIOVANNI, Vera Maria. Instituições de Longa Permanência para idosos (ILPI). **Boletim do Instituto de Saúde**, n. 47, p. 69-71, 2009.

VIVÊNCIAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: RELATO DE EXPERIÊNCIA EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO AMAZONAS

MARIA EMÍLIA TASSO DE ALCANTARA; MARIA EDUARDA CATUNDA DE ALCANTARA LABORDA; ANA PATRÍCIA DE SOUSA PEREIRA

Introdução: A Atenção Primária à Saúde (APS) constitui a principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS), desempenhando papel fundamental na promoção do cuidado integral à população. Nesse cenário, a saúde bucal integra as ações desenvolvidas pelas equipes multiprofissionais, ultrapassando o modelo exclusivamente curativo. A inserção de estudantes de Odontologia nesses serviços proporciona experiências práticas essenciais para a formação profissional, aproximando o conhecimento acadêmico das necessidades e da realidade da saúde coletiva. **Objetivo:** Relatar a experiência de discentes do curso de Odontologia da Universidade do Estado do Amazonas (UEA) durante o Estágio Supervisionado em Atenção à Saúde, realizado na Unidade de Saúde da Família Dr. Raimundo Franco de Sá, no Amazonas, entre março e maio de 2026. **Relato de experiência:** As atividades foram desenvolvidas na Unidade de Saúde da Família Dr. Raimundo Franco de Sá, sob supervisão da cirurgiã-dentista responsável pela unidade. Inicialmente, realizou-se o reconhecimento da estrutura e do funcionamento do serviço, seguido do acompanhamento e, posteriormente, da participação supervisionada em atendimentos odontológicos individuais. Foram realizados procedimentos preventivos e restauradores, incluindo exames clínicos, profilaxias, raspagens periodontais, restaurações, aplicação de selantes, capeamento pulpar e exodontias. Também foram desenvolvidas ações de educação em saúde bucal na unidade e no ambiente escolar, abordando temas relacionados à prevenção do câncer bucal, higiene oral e cárie dentária. Destaca-se ainda a experiência com o Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC), possibilitando a familiarização dos discentes com ferramentas utilizadas na rotina da Atenção Primária à Saúde. **Conclusão:** A vivência na USF Dr. Raimundo Franco de Sá proporcionou aos discentes o desenvolvimento de competências clínicas, educativas e profissionais, além de uma compreensão mais ampla sobre a dinâmica e os desafios da Atenção Primária à Saúde. A participação nas atividades assistenciais e de educação em saúde evidenciou a importância da integração entre a formação acadêmica e os serviços do SUS, contribuindo para uma atuação profissional mais alinhada às necessidades da população.

Palavras-chave: **ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE; ESTÁGIO SUPERVISIONADO; SAÚDE BUCAL**

DOI: 10.51161/iv-conasus/90416

AUTOEFICÁCIA COMO DETERMINANTE DA PRESCRIÇÃO DE PREP NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: ESTUDO TRANSVERSAL COM MÉDICOS DE PORTO ALEGRE

ANDRÉ VICTOR NOGUEIRA NUNES; EMERSON DOS SANTOS HOFFMANN

Introdução: A profilaxia pré-exposição ao HIV (PrEP) está disponível no Sistema Único de Saúde (SUS) desde 2017 e constitui estratégia efetiva de prevenção. Apesar disso, sua incorporação à atenção primária à saúde (APS) permanece limitada. Porto Alegre apresenta elevada carga de HIV e a maior taxa de mortalidade por aids entre as capitais brasileiras, tornando relevante identificar fatores associados à prescrição de PrEP nesse nível de atenção. **Objetivo:** Avaliar a associação entre conhecimento, autoeficácia, treinamento e barreiras percebidas com a prescrição de PrEP entre médicos da APS de Porto Alegre. **Metodologia:** Estudo transversal realizado com médicos atuantes em serviços públicos de APS de Porto Alegre. Os dados foram coletados por meio de questionário on-line anônimo, contemplando características profissionais, conhecimento sobre PrEP, autoeficácia para prescrição, práticas de prescrição e barreiras percebidas. Foram realizadas análises descritivas e inferenciais, com estimativa de odds ratios (OR) e valores de p. **Resultados:** Foram incluídos 104 médicos. Apesar de apresentarem conhecimento moderado sobre PrEP, 42,3% não haviam realizado nenhuma prescrição nos seis meses anteriores. A autoeficácia apresentou forte associação com a prática: médicos que se sentiam confiantes para prescrever apresentaram maior frequência de prescrição (77,4% vs. 28,6%; OR=8,57; p<0,001). A realização prévia de treinamento também esteve associada à maior frequência de prescrição (73,5% vs. 43,6%; OR=3,58; p=0,002) e à maior autoeficácia (79,6% vs. 49,1%; OR=4,04; p<0,001), sugerindo possível papel mediador da confiança profissional. As principais barreiras foram falta de treinamento, tempo limitado para consultas e ausência de fluxos clínicos estruturados. **Conclusão:** A subutilização da PrEP na APS não parece ser explicada exclusivamente por lacunas de conhecimento. A autoeficácia foi o fator mais fortemente associado à prescrição e esteve relacionada à realização de treinamento. Estratégias de implementação que priorizem o desenvolvimento da confiança clínica, a capacitação profissional e a integração de fluxos estruturados de PrEP à rotina da APS podem contribuir para ampliar o acesso à prevenção do HIV.

Palavras-chave: **ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE; HIV; PROFILAXIA PRÉ-EXPOSIÇÃO**

DOI: 10.51161/iv-conasus/90420

DA PRÁTICA HOSPITALAR AO LABORATÓRIO: ESTRATÉGIA PEDAGÓGICA PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS NO PREPARO DE MEDICAMENTOS

PATRÍCIA DE JESUS CIPRIANO; ELINALVA DA SILVA RIBEIRO PEREIRA; KALYNNE ALVES DA ROCHA; KELLYENNE DE CARVALHO DA ROCHA; LUCILENE RIBEIRO DA SILVA; MOHEMA DUARTE DE OLIVEIRA; PATRÍCIA NUNES DE NEIVA SIQUEIRA

RESUMO

A formação de profissionais de enfermagem para o preparo e a administração segura de medicamentos exige a articulação entre conhecimentos teóricos, habilidades técnicas e experiências práticas desenvolvidas em ambientes de aprendizagem protegidos. Este relato de experiência descreve uma estratégia pedagógica desenvolvida com estudantes de um curso técnico em enfermagem a partir da identificação de dificuldades relacionadas à reconstituição e à diluição de medicamentos durante a prática hospitalar. As estudantes haviam participado anteriormente de atividades práticas em laboratório, porém ainda não tinham vivenciado situações específicas envolvendo reconstituição e diluição de medicamentos antes de iniciarem a experiência hospitalar. Durante o acompanhamento das atividades práticas, foram observadas dificuldades no reconhecimento das etapas do preparo, na escolha e no manuseio dos insumos e na organização do procedimento. Diante dessa necessidade, foi elaborado um material didático sobre reconstituição e diluição de medicamentos, posteriormente utilizado em nova atividade no laboratório. A intervenção pedagógica envolveu demonstrações, utilização de insumos, exploração de diferentes situações de preparo, orientação individual, coletiva e repetição dos procedimentos. Após o retorno das estudantes às atividades práticas, observou-se maior familiaridade com os procedimentos e maior organização durante o preparo dos medicamentos. A experiência reforçou a importância de aproximar situações vivenciadas no campo de prática das atividades desenvolvidas no laboratório, favorecendo a integração entre teoria e prática e a construção gradual da segurança para o desempenho de procedimentos relacionados à administração de medicamentos.

Palavras-chave: Educação em Enfermagem; Administração de Medicamentos; Reconstituição e Diluição de Medicamentos.

1 INTRODUÇÃO

A administração de medicamentos constitui uma das atividades de maior responsabilidade no processo de trabalho da enfermagem, uma vez que envolve diferentes etapas e exige conhecimentos relacionados à farmacologia, à prescrição, às características dos medicamentos, às vias de administração, aos cálculos e ao preparo adequado. Nesse contexto, falhas durante o processo de preparo e administração podem contribuir para a ocorrência de incidentes e comprometer a segurança do paciente. O Protocolo de Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos destaca a necessidade de práticas sistematizadas e

seguras durante todo o processo de utilização dos medicamentos (Brasil; Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2013).

Na formação em enfermagem, o desenvolvimento da competência para administrar medicamentos não depende exclusivamente da aquisição de conhecimentos teóricos. É necessário que o estudante tenha oportunidades para relacionar o conteúdo aprendido às situações concretas de cuidado, desenvolvendo habilidades técnicas, raciocínio clínico, organização e capacidade de reconhecer possíveis riscos. Estudos recentes apontam que estudantes de enfermagem apresentam desafios na aquisição da competência para administração segura de medicamentos, reforçando a necessidade de estratégias educacionais que articulem conhecimento, prática e segurança (Irvine; Whiteing; Andrew, 2025).

A utilização de atividades práticas e de simulação no processo de ensino pode contribuir para essa articulação. Santana, Paiva e Magro (2020), em revisão integrativa sobre o uso da simulação para a administração segura de medicamentos, identificaram evidências favoráveis à utilização de estratégias simuladas para o desenvolvimento de conhecimentos, habilidades e atitudes necessárias à segurança do paciente. Da mesma forma, Craig et al. (2021) verificaram que estratégias estruturadas de simulação voltadas à segurança na administração de medicamentos podem favorecer o desenvolvimento da competência dos estudantes.

A simulação e as atividades práticas em laboratório possibilitam que o estudante experimente procedimentos em um ambiente controlado, no qual é possível interromper a atividade, esclarecer dúvidas, repetir etapas e corrigir condutas antes que essas experiências sejam realizadas diretamente no paciente. Pol-Castañeda, Carrero-Planells e Moreno-Mulet (2022) destacam que atividades de simulação podem aproximar o estudante da realidade do cuidado e contribuir para a aquisição de habilidades relacionadas à administração segura de medicamentos.

Entretanto, a experiência pedagógica demonstra que a simples presença do estudante no laboratório não garante, por si só, o domínio de todos os procedimentos necessários à prática profissional. A aprendizagem pode exigir retomadas, demonstrações, repetição e adequação das estratégias utilizadas pelo docente às dificuldades identificadas durante a prática. Nesse sentido, a observação do estudante em situação real de cuidado pode revelar necessidades que não haviam sido percebidas anteriormente no ambiente educacional.

Foi a partir dessa situação que surgiu a experiência aqui relatada. Durante a prática hospitalar de estudantes de um curso técnico em enfermagem, foram percebidas dificuldades relacionadas especificamente ao preparo de medicamentos que exigiam reconstituição e diluição. A partir dessa observação, buscou-se retornar ao laboratório e transformar a dificuldade identificada no campo de prática em uma oportunidade de aprendizagem, utilizando um material didático elaborado especificamente para apoiar o desenvolvimento desses procedimentos (Cipriano, 2026).

Assim, este relato tem como objetivo descrever a experiência pedagógica desenvolvida a partir da identificação de dificuldades de estudantes de enfermagem no preparo de medicamentos durante a prática hospitalar, destacando a utilização do laboratório, de insumos e de material didático como estratégias para aproximar o conhecimento teórico das demandas concretas do cuidado.

2 RELATO DE EXPERIÊNCIA

A experiência ocorreu no contexto da formação de estudantes de um curso técnico em enfermagem que participavam de atividades práticas em laboratório e, posteriormente, foram inseridas na prática hospitalar. Antes da ida ao campo de prática, as estudantes já haviam participado de atividades laboratoriais relacionadas aos procedimentos de enfermagem. Entretanto, ainda não tinham vivenciado, de forma específica, situações envolvendo a reconstituição e a diluição de medicamentos.

Com a inserção das estudantes no ambiente hospitalar, foi possível acompanhar mais de perto as situações relacionadas ao preparo de medicamentos. Nesse momento, foram percebidas dificuldades que ultrapassavam a simples execução mecânica do procedimento. As estudantes demonstravam insegurança diante de determinadas apresentações medicamentosas, dificuldades para compreender a sequência das etapas de reconstituição e diluição, além de dúvidas relacionadas aos insumos utilizados e à organização necessária para a realização segura do preparo.

A situação observada provocou uma reflexão sobre o processo de ensino. A dificuldade apresentada pelas estudantes não foi compreendida como falta de interesse ou incapacidade individual, mas como uma necessidade pedagógica que precisava ser retomada. A experiência no hospital revelou uma lacuna que não havia sido percebida com a mesma intensidade durante as atividades anteriores de laboratório.

Diante disso, optou-se por retornar ao ambiente laboratorial e desenvolver uma atividade direcionada às necessidades identificadas. Para apoiar essa retomada, foi elaborado um material didático intitulado "Medicamentos apresentados em aula prática: Reconstituição e Diluição", produzido com o objetivo de organizar informações e situações de preparo de medicamentos de maneira acessível às estudantes (Cipriano, 2026).

O material contemplou diferentes medicamentos e situações de reconstituição e diluição, possibilitando trabalhar não apenas a informação escrita, mas também a interpretação das diferentes apresentações e a necessidade de atenção às particularidades de cada medicamento. Foram abordados exemplos envolvendo cefazolina sódica, piperacilina associada ao tazobactam, ceftriaxona, hidrocortisona, omeprazol sódico e fenitoína sódica, considerando as informações pertinentes ao preparo e à administração.

No laboratório, a atividade foi conduzida de diferentes formas. Inicialmente, foram retomadas as informações relacionadas aos medicamentos e às etapas envolvidas no preparo. Em seguida, foram realizadas demonstrações utilizando os insumos disponíveis para a prática, permitindo que as estudantes visualizassem concretamente aquilo que anteriormente havia sido apresentado de maneira predominantemente teórica.

A utilização de materiais concretos foi importante para aproximar a atividade da realidade encontrada no ambiente hospitalar. Foram utilizados insumos relacionados ao preparo de medicamentos, possibilitando trabalhar a organização do material, a identificação dos elementos necessários e a sequência das ações. As estudantes puderam observar novamente o procedimento, esclarecer dúvidas e realizar as etapas sob supervisão.

A estratégia também envolveu diferentes formas de abordagem. Alguns procedimentos foram demonstrados pela docente; em outros momentos, as estudantes foram estimuladas a explicar o que fariam antes de executar a ação. As dúvidas foram discutidas durante o próprio procedimento e as etapas que apresentavam maior dificuldade foram retomadas quantas vezes foram necessárias.

A repetição teve papel importante nesse processo. O objetivo não era simplesmente fazer com que as estudantes reproduzissem uma sequência, mas possibilitar que compreendessem a lógica envolvida no preparo e desenvolvessem maior familiaridade com os materiais e com as etapas do procedimento. Dessa forma, o laboratório tornou-se um espaço para experimentar, errar, corrigir, perguntar e tentar novamente, sem que a dificuldade resultasse em risco direto para o paciente.

Após a retomada das atividades no laboratório, as estudantes retornaram à prática hospitalar. Nesse momento, foi possível perceber uma mudança qualitativa na forma como se aproximavam dos procedimentos relacionados ao preparo de medicamentos. Observou-se maior familiaridade com as etapas, maior organização na utilização dos insumos e maior segurança aparente diante das situações que anteriormente haviam provocado dúvidas.

DOI: 10.51161/iv-conasus/90426

É importante destacar que essas percepções foram decorrentes da observação pedagógica da docente durante o acompanhamento das estudantes. Não foram aplicados instrumentos específicos de avaliação, questionários, escalas ou testes antes e depois da atividade. Portanto, não se pretende afirmar que a estratégia produziu um efeito mensurável sobre o desempenho das estudantes. O que se relata é a experiência vivenciada e a percepção docente decorrente do acompanhamento das atividades.

A experiência também possibilitou compreender que a prática hospitalar pode funcionar como importante fonte de identificação das necessidades de aprendizagem. O contato com situações reais permitiu reconhecer uma dificuldade que, posteriormente, orientou a reorganização da atividade pedagógica. Assim, o movimento entre hospital e laboratório deixou de ser apenas uma sequência de etapas da formação e passou a constituir um processo de retroalimentação do ensino: a prática revelou a necessidade, o laboratório possibilitou a retomada e a prática posterior permitiu observar a familiarização das estudantes com o procedimento.

Nesse processo, o material didático produzido passou a desempenhar uma função complementar à atividade prática, organizando informações e servindo como suporte para a retomada dos conteúdos. Sua utilização não substituiu a supervisão docente, a prescrição, os protocolos institucionais ou as informações oficiais dos fabricantes, mas constituiu um recurso pedagógico para apoiar a aprendizagem e a discussão dos procedimentos.

A experiência evidenciou, portanto, que o ensino de preparo de medicamentos pode exigir estratégias flexíveis e responsivas às necessidades apresentadas pelos estudantes. Mais do que repetir conteúdos, foi necessário identificar a dificuldade, reorganizar a abordagem pedagógica, aproximar teoria e prática e oferecer novas oportunidades de exercício supervisionado.

3 DISCUSSÃO

A experiência relatada encontra respaldo na literatura que discute a formação de estudantes de enfermagem para a administração segura de medicamentos. A complexidade dessa atividade exige que o estudante desenvolva conhecimentos e habilidades de maneira progressiva, articulando conteúdos teóricos às situações práticas. Irvine, Whiteing e Andrew (2025) destacam que a aquisição da competência para administração de medicamentos permanece um desafio na formação de estudantes de enfermagem e apontam a importância de estratégias educacionais diversificadas para reduzir dificuldades e favorecer a competência.

Nesse sentido, a situação vivenciada no presente relato demonstra a importância de considerar a prática como espaço de aprendizagem e também como fonte de identificação de necessidades educacionais. A dificuldade apresentada pelas estudantes no ambiente hospitalar permitiu reconhecer que determinados conteúdos necessitavam ser retomados de forma mais concreta. O movimento de retorno ao laboratório representou, portanto, uma estratégia pedagógica baseada na necessidade real observada durante o processo formativo.

A literatura também sustenta a utilização da simulação e de práticas estruturadas como recursos para o ensino da administração segura de medicamentos. Santana, Paiva e Magro (2020) identificaram, em revisão integrativa, predominância de evidências favoráveis à simulação quando comparada a metodologias tradicionais em diferentes contextos de ensino de administração de medicamentos. Para os autores, estratégias com diferentes níveis de fidelidade podem favorecer a aquisição de conhecimentos, habilidades e atitudes essenciais à segurança do paciente.

A experiência relatada, embora não tenha utilizado simulação de alta fidelidade ou instrumentos formais de avaliação, compartilha princípios presentes nesse campo: a criação de um ambiente protegido, a possibilidade de repetição, a demonstração de procedimentos, a

utilização de materiais concretos e a correção das dificuldades antes da exposição direta do estudante a situações reais de cuidado. Craig et al. (2021) também destacam a relevância de estratégias estruturadas de simulação para o desenvolvimento da competência de estudantes na administração segura de medicamentos. A existência de oportunidades de prática supervisionada é particularmente importante porque o ambiente clínico pode limitar as possibilidades de aprendizagem, seja pela dinâmica do serviço, seja pela necessidade de priorizar a segurança do paciente.

A experiência também se aproxima dos achados de Pol-Castañeda, Carrero-Planells e Moreno-Mulet (2022), que identificaram a simulação como recurso capaz de aproximar estudantes da realidade do cuidado e favorecer a aquisição de competências relacionadas à administração de medicamentos. Essa aproximação entre teoria e prática foi justamente uma das características mais relevantes da experiência aqui descrita.

Outro aspecto importante é a possibilidade de trabalhar a aprendizagem a partir do erro e da dúvida em um ambiente protegido. Estudos recentes têm discutido estratégias que permitem aos estudantes reconhecer erros e aprender com eles sem colocar pacientes em risco. Shahzeydi et al. (2025), por exemplo, identificaram que estratégias de treinamento voltadas ao reconhecimento de erros e a simulação de baixa fidelidade podem contribuir para o desenvolvimento do conhecimento e da competência relacionada à segurança na administração de medicamentos.

Essa perspectiva ajuda a compreender o laboratório não apenas como um local destinado à reprodução de procedimentos, mas como espaço pedagógico de experimentação e reflexão. A estudante pode apresentar uma dúvida, interromper a ação, receber orientação, repetir o procedimento e compreender as consequências de determinada escolha antes de vivenciar situação semelhante no cuidado real.

A revisão sistemática de Shahzeydi, Dianati e Kalhor (2024) reforça essa compreensão ao apontar que a simulação clínica pode contribuir para melhorar conhecimentos relacionados à segurança dos medicamentos e a competência para sua administração. Os autores ressaltam a importância de estratégias educacionais que preparem os estudantes para lidar com os riscos envolvidos no processo de administração de medicamentos.

Por outro lado, a literatura também chama atenção para o fato de que estudantes podem cometer erros mesmo em etapas avançadas da formação. Schroers, Ross e Moriarty (2022) observaram a ocorrência de erros durante situações simuladas de administração de medicamentos e destacaram a influência de fatores como interrupções e pouca experiência de prática independente. Esses achados reforçam que a construção da competência não ocorre de maneira automática com a progressão do estudante no curso, exigindo oportunidades sistemáticas de prática e acompanhamento.

No relato apresentado, a dificuldade foi percebida ainda durante a formação técnica e antes que a estudante assumisse responsabilidade profissional pelo procedimento. A identificação dessa necessidade possibilitou uma intervenção pedagógica preventiva, voltada para o fortalecimento da aprendizagem antes da consolidação de práticas inseguras.

Outro elemento relevante foi a utilização de um material didático elaborado a partir da necessidade observada. O material “Medicamentos apresentados em aula prática: Reconstituição e Diluição” foi construído especificamente para apoiar a retomada de conteúdos relacionados aos medicamentos trabalhados em laboratório (Cipriano, 2026). Nesse sentido, o recurso funcionou como mediador entre o conhecimento teórico e a prática, permitindo que as estudantes revisassem informações antes, durante e após as atividades.

Entretanto, é necessário reconhecer os limites da experiência. Por se tratar de um relato de experiência, não foram realizados procedimentos destinados à mensuração formal da aprendizagem. Não houve grupo de comparação, aplicação de instrumento validado ou análise estatística. A percepção de maior familiaridade e segurança após a atividade corresponde à

observação da docente no contexto da prática e não deve ser interpretada como evidência quantitativa de eficácia.

Essa delimitação é importante porque preserva a natureza do relato e, ao mesmo tempo, valoriza sua contribuição pedagógica. A experiência não pretende demonstrar que uma determinada estratégia é universalmente eficaz, mas compartilhar uma situação concreta na qual uma dificuldade identificada no campo de prática orientou a reorganização do ensino.

A principal contribuição da experiência está, portanto, na valorização de uma prática docente sensível às necessidades apresentadas pelos estudantes. O professor, nesse contexto, não atua apenas como transmissor de informações, mas como observador do processo de aprendizagem, identificando dificuldades e reorganizando as estratégias para favorecer o desenvolvimento progressivo das competências profissionais.

4 CONCLUSÃO

A experiência relatada evidenciou a importância da articulação entre laboratório e prática hospitalar na formação de estudantes de enfermagem para o preparo seguro de medicamentos. A dificuldade observada durante a prática hospitalar, especialmente em situações envolvendo reconstituição e diluição, permitiu identificar uma necessidade pedagógica que demandava retomada e aprofundamento.

O retorno ao laboratório possibilitou trabalhar novamente os procedimentos por meio de demonstrações, utilização de insumos, diferentes formas de abordagem, orientação docente e repetição das etapas. A utilização de material didático elaborado especificamente para a experiência contribuiu como recurso complementar para organizar os conteúdos e aproximá-los das situações vivenciadas pelas estudantes.

Após a retomada das atividades, observou-se maior familiaridade, organização e segurança aparente das estudantes diante dos procedimentos, embora essas percepções não tenham sido submetidas a instrumentos formais de avaliação. Dessa forma, a experiência não permite estabelecer relações causais ou mensurar quantitativamente os efeitos da estratégia, mas evidencia seu valor enquanto prática pedagógica.

Conclui-se que situações identificadas no campo de prática podem e devem retroalimentar o processo de ensino, permitindo ao docente reconhecer dificuldades e criar oportunidades de aprendizagem mais contextualizadas. No ensino do preparo e da administração de medicamentos, a integração entre teoria, laboratório, materiais concretos e prática supervisionada pode constituir importante caminho para favorecer a construção progressiva de competências e contribuir para uma formação comprometida com a segurança do paciente.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde; AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.

CIPRIANO, Patrícia de Jesus. **Medicamentos apresentados em aula prática: reconstituição e diluição**. 2026. Material didático. eduCAPES. Disponível em: http://educapes.capes.gov.br/handle/capes/1190583. Acesso em: 7 set. 2026.

CRAIG, Sarah J.; KASTELLO, Jennifer C.; CIESLOWSKI, Bethany J.; ROVNYAK, Virginia. Simulation strategies to increase nursing student clinical competence in safe

medication administration practices: a quasi-experimental study. **Nurse Education Today**, v. 96, 104605, 2021. DOI: https://doi.org/10.1016/j.nedt.2020.104605.

IRVINE, Susan; WHITEING, Nicola; ANDREW, Sharon. Assessment of undergraduate nursing students' medication administration competency: a systematic review. **Nurse Education Today**, v. 151, 106744, 2025. DOI: https://doi.org/10.1016/j.nedt.2025.106744.

POL-CASTAÑEDA, Sandra; CARRERO-PLANELLS, Alba; MORENO-MULET, Cristina. Use of simulation to improve nursing students' medication administration competence: a mixed-method study. **BMC Nursing**, v. 21, 117, 2022. DOI: https://doi.org/10.1186/s12912-022-00897-z.

SANTANA, Breno de Sousa; PAIVA, Alberto Augusto Martins; MAGRO, Marcia Cristina da Silva. Skill acquisition of safe medication administration through realistic simulation: an integrative review. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, supl. 5, e20190880, 2020. DOI: https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0880.

SCHROERS, Ginger; ROSS, Jennifer Gunberg; MORIARTY, Helene. Medication administration errors made among undergraduate nursing students: a need for change in teaching methods. **Journal of Professional Nursing**, v. 42, p. 26-33, 2022. DOI: https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2022.05.012.

SHAHZEYDI, Amir; DIANATI, Mansour; KALHOR, Faramarz. Clinical simulation in nursing students' safe medication administration: a systematic review. **Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research**, v. 29, n. 5, p. 522-529, 2024. DOI: https://doi.org/10.4103/ijnmr.ijnmr_323_23.

SHAHZEYDI, Amir; FARZI, Sedigheh; REZAZADEH, Meysam; TARRAHI, Mohammad Javad; FARZI, Saba; HOSSEINI, Seyyed Abbas. Comparison of the effects of medication error encouragement training and low-fidelity simulation on the medication safety competence and knowledge of nursing students: a quasi-experimental study. **Nurse Education Today**, v. 149, 106676, 2025. DOI: https://doi.org/10.1016/j.nedt.2025.106676.

PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO DAS HEPATITES VIRAIS NO BRASIL

VANIA DE SOUZA EMILIANO

Introdução: As hepatites virais são doenças infecciosas que atingem principalmente o fígado e são causadas pelos vírus A, B, C, D e E. Podem apresentar quadros assintomáticos e sintomáticos. Os sintomas mais comuns apresentados são o cansaço, febre, mal-estar, enjoo, vômitos, dor abdominal e icterícia, até formas crônicas graves, especialmente as hepatites B e C, que podem evoluir para cirrose, carcinoma hepatocelular e óbito. No Brasil as hepatites virais mais comuns são A, B e C, onde persistem como um problema de saúde pública brasileira. **Objetivo:** Analisar por meio de revisões bibliográficas e dados estatísticos, os aspectos epidemiológicos das hepatites virais A, B, C, D e E no Brasil, considerando os casos quanto os óbitos registrados entre os anos 2000 a 2025. **Metodologia:** Foi realizada análise descritiva de dados nacionais disponíveis no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) e no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), referentes aos anos de 2000 a 2025. Foram analisados os casos confirmados de acordo com o tipo de hepatite e a distribuição regional dos óbitos, com base nas informações do Boletim Epidemiológico de Hepatites Virais em 2026. **Resultados:** Foram notificados 863.097 casos confirmados de hepatites virais. A hepatite C apresentou 361.419 casos (41,9%), seguida da hepatite B, com 315.074 (36,5%), hepatite A, com 179.789 (20,8%), hepatite D, com 4.831 (0,6%), e hepatite E, com 1.984 (0,2%). Foram registrados 98.941 óbitos por hepatites A, B, C e D como causa principal do óbito ou complicações associadas ao vírus. **Conclusão:** As hepatites virais permanecem relevantes para a saúde pública brasileira, principalmente as hepatites A, B e C. Os resultados reforçam a necessidade de fortalecer o incentivo à vacinação, prevenção, diagnóstico precoce, tratamento e vigilância epidemiológica. Contribuindo para a redução da morbimortalidade e para o alcance das metas de eliminação das hepatites virais.

Palavras-chave: **HEPATITES VIRAIS; EPIDEMIOLOGIA; SAÚDE PÚBLICA**

DOI: 10.51161/iv-conasus/90427

REVISAO BIBLIOGRAFICA: SUS, ONCOLOGIA E EDUCACAO PERMANENTE

SILVANA TEIXEIRA IZIDORO; ROLF FRANCISCO ALVES; ARIANE INNECCO PEREIRA DE CARVALHO; MARCELO PEREIRA VELOSO

Introdução: O câncer constitui um importante problema de saúde pública e exige ações de prevenção, diagnóstico, tratamento e cuidados paliativos. No Sistema Único de Saúde (SUS), a assistência oncológica deve ocorrer de forma integral e humanizada. Nesse contexto, a educação permanente em saúde é fundamental para qualificar os profissionais e melhorar a assistência prestada aos usuários. Essa revisão bibliográfica foi realizado por enfermeiros de um Hospital Universitário do Rio de Janeiro que se atentaram na importância dessa temática no contexto atual. **Objetivo:** Analisar a importância da educação permanente na qualificação dos profissionais que atuam na atenção oncológica no SUS. **Metodologia:** Foi realizada uma revisão bibliográfica, com consulta a documentos oficiais do Ministério da Saúde e publicações do Instituto Nacional de Câncer (INCA) relacionadas ao SUS, à oncologia e à educação permanente em saúde. Foram selecionados materiais que abordassem a formação profissional, a organização da assistência e a qualidade do cuidado oncológico. **Resultados:** A literatura demonstra que a educação permanente contribui para a atualização dos conhecimentos, o desenvolvimento de habilidades e a melhoria das práticas profissionais. Na oncologia, essa estratégia favorece a identificação precoce, o cuidado integral, a humanização e a continuidade da assistência. A Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer também destaca a formação e a qualificação dos trabalhadores como elementos importantes para a qualidade do cuidado. **Conclusão:** Conclui-se que a educação permanente é essencial para fortalecer a assistência oncológica no SUS, contribuindo para profissionais mais preparados e para um atendimento qualificado, integral e humanizado.

Palavras-chave: **EDUCACAO PERMANENTE; SUS; ONCOLOGIA**

DOI: 10.51161/iv-conasus/90449

A LEITURA COMO RECURSO COMPLEMENTAR NO CUIDADO DE PESSOAS COM TRANSTORNOS MENTAIS

MARIANA XAVIER LIMA

Introdução: Os transtornos mentais podem estar associados a diversas dificuldades no funcionamento e na qualidade de vida do indivíduo, incluindo prejuízos nas relações interpessoais, sofrimento emocional, baixa autoestima e dificuldades relacionadas ao manejo das próprias experiências. Nesse contexto, a leitura pode constituir um recurso potencialmente benéfico para a saúde mental, ao possibilitar que o indivíduo reflita sobre sua própria forma de ser e estar no mundo a partir da identificação com personagens e as diferentes experiências apresentadas nas obras. Esse processo pode favorecer o autoconhecimento e a elaboração de sentimentos e vivências. Além disso, a leitura pode proporcionar experiências positivas e momentos de prazer, especialmente quando relacionada aos interesses e às preferências do leitor, bem como contribuir para o desenvolvimento da concentração e da criatividade. **Objetivos**: Analisar as contribuições da leitura para o enfrentamento dos impactos associados aos transtornos mentais e para a promoção da saúde mental. **Metodologia**: Foi desenvolvida uma revisão integrativa da literatura, de abordagem qualitativa e caráter exploratório. Foram consultados artigos científicos disponíveis nas bases Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), considerando estudos publicados em português entre os anos de 2020 e 2024. Para a busca, foram utilizados os descritores “leitura”, “saúde mental” e “transtornos”, combinados por meio do operador booleano AND. Foram excluídos os estudos que não contemplavam os critérios de inclusão previamente estabelecidos, resultando em cinco estudos selecionados e relacionados à temática investigada. **Resultados**: Os estudos analisados apontam que a leitura apresenta potencial terapêutico, especialmente pela possibilidade de o indivíduo se identificar com as vivências dos personagens, favorecendo a expressão de aspectos pessoais e o autoconhecimento. Ademais, a leitura pode estimular outras formas de expressão artística e contribuir para a expressão e elaboração de sentimentos. **Conclusão**: Os achados evidenciam que o contato com a leitura pode ultrapassar a função de entretenimento, constituindo-se como uma experiência capaz de ampliar perspectivas e favorecer novas formas de compreender as próprias vivências. Assim, sua utilização no contexto do cuidado em saúde mental apresenta-se como uma possibilidade complementar para o enfrentamento das dificuldades relacionadas aos transtornos mentais.

Palavras-chave: **LEITURA; SAÚDE MENTAL; TRANSTORNOS MENTAIS**

DOI: 10.51161/iv-conasus/90456

O USO DE INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL COMO FERRAMENTA PARA REDUÇÃO DAS DESIGUALDADES NO ACESSO À SAÚDE NO SUS

BÁRBARA ANGÉLICA CASTRO COELHO; FERNANDA REZENDE SACCHETTO; MARIA CLARA VECCHI FERREIRA; RAFAEL RODRIGUES SILVA

RESUMO

A incorporação da Inteligência Artificial (IA) aos serviços de saúde tem ampliado as possibilidades de diagnóstico, monitoramento, gestão e planejamento, apresentando potencial para contribuir com a universalidade e a equidade previstas no Sistema Único de Saúde (SUS). Entretanto, os benefícios decorrentes da transformação digital não são automaticamente distribuídos de maneira igualitária, uma vez que limitações de infraestrutura, conectividade, disponibilidade de dados, formação profissional e vieses algorítmicos podem reproduzir ou intensificar desigualdades preexistentes. Este estudo teve como objetivo analisar o potencial da IA como ferramenta para redução das desigualdades no acesso à saúde no SUS, considerando suas aplicações, benefícios, limitações e implicações éticas. Foi realizada uma revisão integrativa da literatura, fundamentada principalmente nas publicações científicas e documentos acadêmicos encontrados nas bases de dados pesquisadas, complementada pela verificação bibliográfica de estudos relevantes, onde 10 artigos foram selecionados. A análise identificou que aplicações de aprendizado de máquina e aprendizado profundo podem contribuir para previsão de riscos, diagnóstico precoce, estratificação de pacientes, monitoramento de condições de saúde, apoio à decisão clínica, organização de fluxos assistenciais e alocação de recursos. Na Atenção Primária à Saúde, também foram identificadas possibilidades relacionadas à ampliação do acesso e à otimização dos recursos disponíveis. Em regiões remotas ou com escassez de profissionais especializados, a integração da IA à telemedicina pode auxiliar processos de triagem e encaminhamento. Entretanto, a literatura evidencia que a IA, isoladamente, não supera desigualdades estruturais relacionadas à conectividade, equipamentos, acesso aos serviços e qualidade dos dados. Além disso, algoritmos desenvolvidos a partir de bases de dados incompletas ou enviesadas podem produzir decisões menos adequadas para populações historicamente sub-representadas. Conclui-se que a IA pode constituir importante instrumento de redução das desigualdades em saúde no SUS, desde que sua implementação seja orientada pela equidade, inclusão digital, qualidade dos dados, transparência, proteção de informações e supervisão humana. Assim, a transformação tecnológica deve estar associada a políticas públicas capazes de enfrentar as desigualdades estruturais que condicionam o acesso à saúde.

Palavras-chave: atenção primária à saúde; equidade em saúde; inclusão digital.

1 INTRODUÇÃO

A transformação digital vem modificando diferentes setores da sociedade e, particularmente no campo da saúde, tem ampliado a utilização de tecnologias capazes de processar grandes volumes de informações, apoiar decisões e reorganizar processos

DOI: 10.51161/iv-conasus/90458

assistenciais e administrativos. Entre essas tecnologias, destaca-se a Inteligência Artificial (IA), cuja aplicação tem alcançado áreas como diagnóstico, tratamento, monitoramento, vigilância epidemiológica, gestão dos serviços e planejamento em saúde. No contexto brasileiro, a incorporação dessas ferramentas ocorre em um sistema caracterizado pela universalidade, integralidade e equidade, o Sistema Único de Saúde (SUS), tornando necessário avaliar não apenas a capacidade tecnológica da IA, mas também suas repercussões sobre o acesso e as desigualdades em saúde.

A utilização da IA pode contribuir para a melhoria da eficiência dos serviços por meio da análise de grandes volumes de dados e da identificação de padrões que seriam difíceis de reconhecer por métodos convencionais. Na Atenção Primária à Saúde (APS), estudos apontam aplicações relacionadas à previsão de riscos, apoio à tomada de decisão clínica, diagnóstico, monitoramento de pacientes e otimização da utilização de recursos. A revisão de escopo realizada por Torres, Wermelinger e Ferreira (2025), sobre a utilização da IA na APS brasileira, identificou 27 estudos entre 981 registros inicialmente recuperados, com aplicações de aprendizado de máquina e aprendizado profundo voltadas à estimativa e previsão de riscos, ao rastreamento e diagnóstico de condições de saúde e à análise de determinantes da cobertura universal. Entre os benefícios identificados estavam a otimização de recursos, o diagnóstico precoce, a estratificação de riscos e a facilitação do acesso.

Nesse sentido, a IA apresenta possibilidades particularmente relevantes para populações que enfrentam barreiras geográficas ou escassez de profissionais especializados. A integração de ferramentas de apoio à decisão clínica com plataformas de telemedicina e sistemas automatizados de triagem pode ampliar a capacidade de atendimento em regiões remotas. Além disso, modelos preditivos podem auxiliar a organização das filas, a previsão da demanda, a alocação de recursos e o planejamento dos serviços.

Entretanto, a associação entre inovação tecnológica e redução das desigualdades não é automática. A disponibilidade limitada de internet, equipamentos e dados de qualidade constitui importante barreira à implementação da IA, especialmente em áreas periféricas e rurais. A literatura também evidencia que os dados utilizados por sistemas algorítmicos carregam marcas de desigualdades históricas e padrões de exclusão social. Quando essas características não são adequadamente consideradas, os algoritmos podem reproduzir ou ampliar desigualdades existentes.

Outro aspecto fundamental refere-se ao viés algorítmico. Sistemas treinados predominantemente com dados de determinados grupos populacionais podem apresentar desempenho inferior em populações sub-representadas, comprometendo a equidade na assistência. Por esse motivo, a implementação responsável da IA requer mecanismos de avaliação, auditoria e mitigação de vieses, além da participação de diferentes grupos sociais no desenvolvimento das tecnologias.

Dessa forma, o presente trabalho tem como objetivo analisar o potencial da Inteligência Artificial como ferramenta para redução das desigualdades no acesso à saúde no Sistema Único de Saúde, considerando suas aplicações, benefícios, limitações e implicações éticas e estruturais.

2 MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, de caráter descritivo e abordagem qualitativa, objetivando analisar as evidências científicas sobre o uso da inteligência artificial (IA) na saúde e suas contribuições para mitigar as desigualdades no acesso ao Sistema Único de Saúde (SUS). A busca bibliográfica ocorreu nas bases Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), PubMed e Scientific Electronic Library Online (SciELO), utilizando descritores e palavras-chave relacionados a “inteligência artificial”, “saúde”, “desigualdade” e “equidade”,

integrados por operadores booleanos e adaptados a cada plataforma, sendo considerados somente estudos disponíveis em português.

Adotaram-se como critérios de inclusão artigos originais e de revisão, publicados em português e inglês, que abordassem a aplicação de IA na saúde pública, atenção primária, regulação tecnológica, ética e impacto da transformação digital em populações vulneráveis. Excluíram-se estudos duplicados, editoriais, notas prévias e produções desalinhadas ao objetivo da pesquisa. A seleção deu-se em duas etapas: triagem por leitura crítica de títulos e resumos, seguida da avaliação do texto na íntegra. Ao final, 10 artigos atenderam aos critérios e compuseram a amostra do estudo.

Os dados foram analisados qualitativamente mediante síntese narrativa comparativa. Essa abordagem permitiu mapear e categorizar benefícios, viabilidade técnica, limitações estruturais e diretrizes éticas, confrontando convergências e divergências na literatura. Dessa forma, a análise viabilizou compreender sob quais condições a IA pode atuar como ferramenta estratégica para promover a equidade e aprimorar o acesso à saúde no SUS.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A busca e seleção nas bases de dados resultou na inclusão de 10 artigos científicos que atenderam a todos os critérios de elegibilidade. As principais caracterizações desses estudos, abrangendo autoria, ano de publicação, periódico, título e temática abordada, encontram-se sintetizadas no **Quadro 1**.

Autor(es) e Ano	Título do Artigo	Periódico	Temática Principal / Abordagem
Ribeiro & Costa (2026)	O Marco Legal de Ciência, Tecnologia e Inovação e seu papel na transformação digital do Sistema Único de Saúde	Cad. Ibero-Amer. Dir. Sanit.	Inovação regulatória, arcabouço legal e saúde digital no SUS.
Nunes & Nunes (2026)	Inteligência artificial na medicina	Rev. Bioética	Implicações éticas e bioéticas do uso da IA na prática médica.
Glória & Fragelli (2026)	Inteligência artificial e tradução do conhecimento em saúde: uma revisão de escopo	Ciênc. Saúde Colet.	Tradução do conhecimento e aplicação de IA no contexto da saúde pública.
Torres, Wermelinger & Ferreira (2025)	Aplicação da Inteligência Artificial na Atenção Primária à Saúde: revisão de escopo e avaliação crítica	Saúde em Debate	Aplicações, viabilidade e desafios da IA na Atenção Primária à Saúde (APS).
Nunes & Nunes (2025)	Inteligência artificial: uma ponte para o futuro da medicina	Rev. Bioética	Perspectivas futuras, transformações tecnológicas e ética em saúde.

DOI: 10.51161/iv-conasus/90458

Botero *et al.* (2025)	Inteligência artificial na Atenção Primária à Saúde brasileira: revisão de escopo	Rev. Bras. Enferm.	Mapeamento do uso da IA na APS brasileira e impacto nos cuidados de enfermagem/saúde.
Soares & Chiavegatto Filho (2026)	Inteligência artificial na saúde pública brasileira: potenciais, desafios e implicações éticas para o Sistema Único de Saúde	Rev. Bras. Epidemiol.	Oportunidades, vieses algorítmicos e desafios ético-estruturais da IA no SUS.
Bright & Norris (2026)	Inteligência Artificial e Equidade em Saúde	Annu. Rev. Med.	IA, equidade em saúde e mitigação de disparidades em populações vulneráveis.
Joseph (2025)	Viés algorítmico na IA em saúde pública: uma ameaça silenciosa à equidade em cenários de recursos limitados	Front. Public Health	Vieses algorítmicos e ameaças à equidade em cenários com escassez de recursos.
Borges *et al.* (2026)	Revisão de escopo assistida por LLM sobre inteligência artificial na saúde pública brasileira: lições de aprendizado de transferência e federado para cenários de recursos limitados	Int. J. Environ. Res. Public Health	Aprendizado federado, LLMs e IA para a saúde pública em cenários de recursos limitados.

A análise da literatura evidencia que a IA apresenta diferentes possibilidades de aplicação capazes de contribuir para a ampliação e qualificação do acesso aos serviços de saúde. Na APS, os estudos identificam aplicações relacionadas à previsão e estratificação de riscos, diagnóstico de doenças, acompanhamento de condições crônicas e análise de determinantes da cobertura universal. A revisão de escopo realizada no contexto brasileiro identificou, além dessas aplicações, potencial para otimização de recursos, diagnóstico precoce e facilitação do acesso (BOTERO et al., 2025)

Esse potencial decorre, em parte, da capacidade dos sistemas de IA de processar grandes volumes de informações em alta velocidade. Na gestão dos serviços, essa característica pode ser utilizada para estimar demanda, organizar filas, controlar estoques, planejar a logística de insumos e apoiar a alocação de recursos humanos e materiais. Dessa forma, a IA não precisa estar restrita ao atendimento individual para produzir efeitos sobre o acesso: sua utilização na organização dos serviços também pode interferir na eficiência e na capacidade de resposta do sistema.

Segundo Nunes e Nunes (2026), um dos campos de maior relevância para a redução das desigualdades territoriais é a utilização da IA associada à telemedicina. Em regiões onde há menor disponibilidade de profissionais especializados, ferramentas de apoio à decisão clínica, triagem automatizada e plataformas de atendimento remoto podem auxiliar o encaminhamento dos pacientes e ampliar a capacidade de atendimento. A literatura base aponta que essas estratégias vêm sendo consideradas especialmente relevantes em regiões brasileiras com escassez de profissionais e maiores dificuldades de acesso.

A possibilidade de apoiar a formulação de políticas públicas também constitui uma contribuição importante. A IA pode ser utilizada na construção de modelos populacionais, identificação de iniquidades e priorização de ações segundo características epidemiológicas e

sociais. Essa capacidade pode favorecer um planejamento mais direcionado às necessidades dos diferentes territórios, em vez da adoção de estratégias uniformes para populações que apresentam necessidades distintas.

Entretanto, os benefícios potenciais precisam ser interpretados considerando as limitações estruturais do sistema. A revisão sobre IA na APS brasileira identificou como desafios a disponibilidade de dados e as dificuldades relacionadas ao acesso ao tratamento. No material analisado, também são destacadas limitações de conectividade e acesso a equipamentos em áreas remotas ou pouco favorecidas. A implementação seletiva da IA em locais que já possuem infraestrutura adequada pode criar um processo de exclusão digital, fazendo com que justamente as populações que apresentam maiores necessidades permaneçam afastadas dos benefícios da inovação (TORRES; WERMELINGER; FERREIRA, 2025).

Esse aspecto demonstra que a IA não constitui, por si só, uma solução para as desigualdades de acesso. Sua efetividade depende de condições materiais e institucionais que permitam sua utilização de maneira abrangente. Assim, disponibilizar algoritmos sofisticados em um território no qual parte da população não dispõe de conexão adequada, equipamentos ou acesso regular aos serviços de saúde não necessariamente produz maior equidade. Pelo contrário, a adoção desigual da tecnologia pode aprofundar diferenças já existentes.

Outro resultado importante da análise refere-se à qualidade e representatividade dos dados. Os sistemas de IA aprendem a partir de conjuntos de dados que podem refletir desigualdades sociais, institucionais e históricas. Quando determinadas populações estão sub-representadas nesses bancos de dados, os sistemas podem apresentar desempenho diferente entre grupos populacionais. O problema é relevante na saúde, pois decisões algorítmicas podem influenciar no diagnóstico, classificação de risco e definição de condutas. Nesse contexto, a discussão sobre equidade precisa ultrapassar a ideia de que basta desenvolver algoritmos tecnicamente eficientes. A literatura enfatiza a necessidade de considerar aspectos éticos, transparência, proteção de dados, autonomia humana e não discriminação. De acordo com o estudo de Nunes e Nunes (2025), a adoção responsável da IA exige governança, ética, transparência e preservação da agência humana.

A participação de grupos historicamente vulnerabilizados no desenvolvimento e avaliação dessas tecnologias também pode contribuir para identificar problemas que não seriam percebidos por equipes compostas exclusivamente por grupos que já possuem maior representação nos dados. A literatura apresentada no material de referência destaca a participação das comunidades potencialmente afetadas pelo viés algorítmico como uma medida para favorecer maior equidade no desenvolvimento da IA (PAULA, 2024).

Outro ponto de convergência identificado é a necessidade de formação dos profissionais de saúde. A adoção de tecnologias digitais exige trabalhadores capazes de compreender suas possibilidades e limitações, interpretar seus resultados e manter a supervisão humana sobre decisões relevantes. A ausência dessa formação pode constituir obstáculo à utilização adequada da tecnologia e dificultar sua incorporação aos processos assistenciais.

A literatura recente sobre saúde pública brasileira reforça essa perspectiva ao discutir a incorporação da IA à luz dos princípios do SUS e das implicações éticas relacionadas à sua utilização. Segundo o estudo de Soares e Chiavegatto Filho, publicado em 2026, aborda justamente as potencialidades, os desafios e as implicações éticas da IA na saúde pública brasileira, articulando aplicações tecnológicas com questões político-epistemológicas da Saúde Coletiva.

Portanto, observa-se uma relação simultaneamente promissora e complexa entre IA e equidade. De um lado, a tecnologia pode ampliar a capacidade de análise, melhorar a organização dos serviços, apoiar diagnósticos, antecipar riscos e favorecer o atendimento de

populações residentes em regiões com menor disponibilidade de profissionais. De outro, sem infraestrutura adequada, dados representativos, formação profissional e mecanismos de controle dos vieses, a mesma tecnologia pode reproduzir desigualdades. Essa dualidade é particularmente importante no SUS, cuja dimensão territorial e heterogeneidade socioeconômica tornam inadequada uma implementação homogênea da IA.

A principal contribuição identificada na literatura, portanto, não consiste na substituição da assistência convencional pela tecnologia, mas na possibilidade de utilizar a IA como instrumento complementar para ampliar a capacidade do sistema. Seu valor para a equidade dependerá menos da sofisticação isolada dos algoritmos e mais da forma como eles forem incorporados às políticas públicas, aos serviços e às necessidades concretas da população.

4 CONCLUSÃO

A análise da literatura demonstra que a Inteligência Artificial apresenta potencial relevante para contribuir com a redução das desigualdades no acesso à saúde no Sistema Único de Saúde. Suas aplicações podem favorecer o diagnóstico precoce, a estratificação de riscos, o monitoramento de pacientes, a organização dos fluxos assistenciais, a alocação de recursos, a formulação de políticas públicas e a ampliação do atendimento em regiões com escassez de profissionais.

Entretanto, a tecnologia não é capaz de superar isoladamente as desigualdades estruturais que condicionam o acesso à saúde. Limitações de conectividade, infraestrutura, equipamentos, disponibilidade e qualidade dos dados e capacitação profissional podem restringir seus benefícios. Além disso, vieses presentes nos dados podem ser reproduzidos pelos algoritmos e resultar em decisões menos equitativas para populações historicamente sub-representadas.

Conclui-se, portanto, que a IA pode atuar como ferramenta estratégica para a promoção da equidade no SUS, desde que sua implementação seja acompanhada de políticas de inclusão digital, fortalecimento da infraestrutura, qualificação profissional, melhoria da qualidade e representatividade dos dados, proteção da privacidade e mecanismos contínuos de identificação e redução de vieses algorítmicos. A supervisão humana e a governança ética também permanecem indispensáveis.

A principal limitação deste estudo é sua natureza de revisão integrativa, baseada na análise qualitativa das fontes selecionadas, sem produção de dados primários ou avaliação direta de sistemas de IA implementados no SUS. Pesquisas futuras devem avaliar empiricamente os efeitos dessas tecnologias sobre o acesso aos serviços, considerando diferentes regiões e grupos populacionais, bem como investigar de maneira sistemática se sua implementação efetivamente reduz desigualdades ou, quando realizada sem critérios de equidade, contribui para ampliá-las.

REFERÊNCIAS

DOURADO, Davi de Araújo; AITH, Fernando Mussa Abujamra. A regulação da inteligência artificial na saúde no Brasil começa com a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 56, p. 80, 2022.

GLÓRIA, Herbert Nunes Batista; FRAGELLI, Thaís Branquinho Oliveira. Inteligência artificial e tradução do conhecimento em saúde: uma revisão de escopo. **Ciência & Saúde**

Coletiva, Rio de Janeiro, v. 31, n. 5, 2026.

HADDAD, Ana Estela; LIMA, Nísia Trindade. Saúde Digital no Sistema Único de Saúde (SUS). **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 28, e230597, 2024.

MINISTÉRIO DA CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INOVAÇÃO (MCTI). **IA para o Bem de Todos: Estratégia Brasileira de Inteligência Artificial – 2024**. Brasília, DF: Governo Federal do Brasil, 2024.

MORALES BOTERO, Dany Alexandra; BONFIM, Rafaele; FONSECA, Karina; ANDRADE-GONÇALVES, Rubia Laine de Paula; MONROE, Aline Aparecida; MORALES, Fátima. Inteligência artificial na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão de escopo.
Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v. 78, supl. 3, 2025.

NUNES, Rui; NUNES, Sofia B. Inteligência artificial: uma ponte para o futuro da medicina. **Revista Bioética**, Brasília, v. 33, 2025.

NUNES, Sofia B.; NUNES, Rui. Inteligência artificial na medicina. **Revista Bioética**, Brasília, v. 34, 2026.

PAULA, M. IA na saúde pública: avanços, lacunas e oportunidades do Plano Brasileiro de Inteligência Artificial. **Instituto Brasileiro de Inovação em Saúde**, 2024.

RIBEIRO, Mariana Hamú; COSTA, José Rafael Cutrim. O Marco Legal de Ciência, Tecnologia e Inovação e seu papel na transformação digital do Sistema Único de Saúde. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, Brasília, v. 15, e2026002, 2026.

SOARES, Marcela Quaresma; CHIAVEGATTO FILHO, Alexandre Dias Porto. Inteligência artificial na saúde pública brasileira: potencialidades, desafios e implicações éticas para o Sistema Único de Saúde. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 29, e260006, 2026.

TOMAZ, Lucas Carvalho. **Inteligência artificial chega à saúde**. Brasília, DF: Conselho Federal de Enfermagem, 2024.

TORRES, Douglas Rodrigues; WERMELINGER, Eduardo Dias; FERREIRA, Aldo Pacheco. Aplicação da Inteligência Artificial na Atenção Primária à Saúde: revisão de escopo e avaliação crítica. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 49, n. 145, 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global diffusion of eHealth: making universal health coverage achievable: report of the third global survey on eHealth**. Geneva: WHO, 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Ethics and governance of artificial intelligence for health**. Geneva: WHO, 2021.

IMUNOWAR: SOBREVIVA A INFECÇÃO - DESENVOLVIMENTO DE UM BARALHO EDUCATIVO PARA O ENSINO DE IMUNOLOGIA

FERNANDO BICOCCHI CANOVA; ERIKA YAMASHITA MARCELINO; ALINEAPARECIDADE SOUZA

Introdução: O ensino de imunologia apresenta desafios devido à complexidade dos mecanismos de defesa, à diversidade das células e moléculas envolvidas e à dinâmica das respostas imunológicas. A compreensão desses processos é relevante para a formação em saúde e para a promoção de práticas de prevenção, educação e cuidado no âmbito do Sistema Único de Saúde. Nesse contexto, metodologias ativas, especialmente os jogos educativos, podem favorecer o protagonismo dos participantes, o engajamento e a aprendizagem significativa. Recursos lúdicos e interativos também podem facilitar a compreensão de conteúdos científicos e contribuir para ações de educação em saúde e educação permanente. **Objetivo:** Desenvolver um baralho de cartas como ferramenta didática para auxiliar o ensino de imunologia, abordando componentes do sistema imunológico e seus principais mecanismos de defesa, com potencial de aplicação em processos formativos e ações de educação em saúde no contexto do SUS. **Metodologia:** Foram definidos os conteúdos, objetivos pedagógicos e elementos constituintes do jogo. Elaboradas categorias de cartas contemplando células imunológicas, patógenos, anticorpos e eventos, além de mecânicas inspiradas em jogos de RPG, como progressão, habilidades, turnos e estratégias de ataque e defesa. Posteriormente, foram desenvolvidos o design, as regras e a organização do baralho, buscando assegurar clareza, equilíbrio, jogabilidade e coerência científica. Considerou-se ainda a possibilidade de adaptação da ferramenta para diferentes públicos e contextos de educação em saúde. **Resultados:** Como produto educacional, foi desenvolvido o baralho *ImunoWar: Sobreviva à Infecção*, composto por 60 cartas distribuídas entre células imunológicas, patógenos, anticorpos e eventos. Os participantes assumem o papel do sistema imunológico e utilizam estratégias para combater ameaças infecciosas, buscando controlar a infecção e preservar a homeostase. As regras contemplam distribuição inicial, turnos e mecanismos de ataque e defesa fundamentados nas interações imunológicas. Sua estrutura possibilita adaptações para atividades acadêmicas, capacitações profissionais, ações de educação permanente e práticas educativas desenvolvidas em serviços de saúde. **Conclusão:** O desenvolvimento do *ImunoWar* evidencia o potencial dos jogos de cartas como tecnologia educacional inovadora para o ensino de imunologia. Sua utilização pode favorecer aprendizagem ativa, interdisciplinar e significativa, além de apresentar potencial para apoiar ações de educação em saúde e educação permanente no SUS.

Palavras-chave: **SISTEMA IMUNE; IMUNOLOGIA; GAMIFICAÇÃO**

DOI: 10.51161/iv-conasus/90479

CUIDADOS EM SAÚDE DE CRIANÇAS E ACOLESCENTES EM ACOLHIMENTO INSTITUCIONAL

MIGUEL CLEMENTE LOHMEYER

Introdução: O presente trabalho propõe-se a apresentar os resultados de uma pesquisa de mestrado sobre os cuidados em saúde de crianças e adolescentes em acolhimento institucional. A pesquisa foi desenvolvida no ano de 2025 com crianças, adolescentes e profissionais de dois serviços de acolhimento da zona norte de São Paulo.

Objetivos: Descrever a produção dos cuidados em saúde de crianças e adolescentes em acolhimento institucional (SAICA) na região norte da cidade de São Paulo. Caracterizar o dia a dia de dois serviços de acolhimento institucional da região norte da cidade de São Paulo.

Métodos: Um estudo qualitativo, do tipo pesquisa participante com orientação da cartografia. Crianças, adolescentes, gestores e educadores do serviço de acolhimento foram acompanhados por um período de três meses. A produção de dados foi realizada sob três modalidades: diário de campo, entrevistas com gestoras(es) dos SAICAS, roda de conversa com crianças, adolescentes, profissionais dos serviços de acolhimento.

Resultados: Os principais achados desta pesquisa foram: A) A importância do protagonismo das crianças e adolescentes no seu processo de cuidados; B) A necessidade de articulação da rede SUAS/SUS e da qualificação dos equipamentos dessas duas políticas; C) O mesmo processo de qualificação da relação entre as UBS de referência não acontece com os serviços de atenção especializada não territorializados ou sem relação previa; D) A prática das crianças, adolescentes e profissionais dos SAICAs em naturalizar o desconforto em relação aos atendimentos em saúde.

Conclusões: As estórias de vidas das crianças e adolescentes acolhidos, bem como de suas famílias, são marcadas pelo abandono, violência e situações de vulnerabilidade e precisam ser consideradas na produção dos cuidados em saúde. A naturalização da fragmentação dos atendimentos em saúde, do descuido e da exclusão das crianças e adolescentes dos seus processos de cuidado. O serviço de saúde parecia ser vivido por eles como um lugar de exercício de poder dos seus profissionais. A situação de acolhimento institucional para as crianças e adolescentes amplificou a dificuldade de acesso aos serviços de saúde, já presentes para o conjunto da população. A vida precisa invadir o cuidado.

Palavras-chave: **CUIDADO EM SAÚDE; CRIANÇAS E ADOLESCENTES ACOLHIDOS; VIOLÊNCIA**

DOI: 10.51161/iv-conasus/90489

HUMANIZAÇÃO E MEDICINA CENTRADA NA PESSOA NOS SERVIÇOS DE SAÚDE: PERCEPÇÕES DE USUÁRIOS: UMA REVISÃO DE LITERATURA

AMELIA BERTOLINI BAUMGARTEN BAIÃO; MANUELA MENDES ARAÚJO; ISABELLA PRIETO DE PAULA MACHADO; MARIA FERNANDA DOS SANTOS LOBO; BEATRIZ ELIZABETH LOUZADO FACCHINI; LAURA C PEREIRA MAIA; ERICO FILEV MAIA

Introdução: A qualidade da atenção à saúde depende fundamentalmente da experiência e percepção do usuário. A Política Nacional de Humanização (PNH) e a Medicina Centrada na Pessoa (MCCP) estabelecem princípios estruturantes para o Sistema Único de Saúde, orientando práticas de acolhimento, escuta qualificada e construção de vínculo terapêutico. Apesar do avanço normativo, persiste lacuna sobre como os usuários percebem a operacionalização desses princípios nos serviços de saúde brasileiros. **Objetivo:** Sintetizar evidências da literatura brasileira sobre as percepções de usuários acerca de humanização e MCCP nos serviços de saúde, identificando elementos que fortalecem ou fragilizam o vínculo terapêutico e a satisfação com o cuidado. **Metodologia:** Busca sistemática em bases de dados (LILACS, SciELO, BVS) com descritores: "humanização em saúde", "medicina centrada na pessoa", "percepção do usuário", "vínculo terapêutico", "experiência do paciente". Incluídos estudos primários qualitativos, quantitativos e mistos, em português, publicados entre 2019 e 2024. Análise por síntese temática. **Resultados:** Identificados 10 estudos de acordo com os objetivos do estudo. Percepções positivas de humanização associam-se consistentemente à escuta ativa qualificada, continuidade do cuidado ao longo do tempo, reconhecimento da singularidade e história de vida do usuário, e participação ativa nas decisões terapêuticas. Barreiras identificadas incluem sobrecarga de trabalho dos profissionais, falta de treinamento específico em comunicação clínica, modelo assistencial ainda fortemente centrado na doença, e insuficiente tempo de consulta. Usuários com condições crônicas apresentam avaliações mais estruturadas e críticas sobre a qualidade do vínculo. A tomada de decisão compartilhada emerge como determinante central da satisfação e engajamento terapêutico. **Conclusão:** Evidências indicam que humanização e MCCP são reconhecidas pelos usuários como fundamentais à experiência positiva de cuidado. Investimentos sustentados em formação profissional, redimensionamento de processos de trabalho e política institucional são essenciais para operacionalizar efetivamente esses princípios, fortalecendo o vínculo terapêutico e a qualidade dos serviços de saúde brasileiros.

Palavras-chave: **HUMANIZAÇÃO; EXPERIÊNCIAT DO CUIDADO.; VÍNCULO TERAPÊUTICO**

DOI: 10.51161/iv-conasus/90492

PERFIL NUTRICIONAL DA POPULAÇÃO ACOMPANHADA PELO SISTEMA DE VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL EM UM MUNICÍPIO DE SANTA CATARINA

CRISTIANE EMILIA GROSMANN; GABRIELE FEUSER; JAINE DA SILVA

Introdução: O Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) constitui uma importante ferramenta para o monitoramento do estado nutricional (EN) da população e para o planejamento de ações de promoção da saúde e enfrentamento dos agravos nutricionais no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). O acompanhamento dos indicadores nutricionais permite identificar grupos e situações prioritárias para a organização das ações na Atenção Primária à Saúde (APS). **Objetivo:** Descrever o perfil nutricional da população acompanhada pelo SISVAN em um município de Santa Catarina. **Métodos:** Estudo epidemiológico descritivo, realizado a partir de dados secundários consolidados do SISVAN de um município do Médio Vale do Itajaí, Santa Catarina. Foram analisados 22.475 registros de indivíduos adultos avaliados quanto ao EN no ano de 2025. Os dados foram organizados segundo as categorias de classificação do EN, sendo realizada análise descritiva das frequências relativas. **Resultados:** Entre os indivíduos avaliados, 1,27% apresentaram baixo peso, 27,48% eutrofia, 34,80% sobrepeso, 21,79% obesidade grau I, 9,66% obesidade grau II e 5,00% obesidade grau III. Dessa forma, 71,25% dos indivíduos avaliados apresentaram excesso de peso, considerando as categorias de sobrepeso e obesidade. Esse percentual foi semelhante ao observado no cenário nacional, de 70,83%. A obesidade, considerando conjuntamente os diferentes graus, correspondeu a 36,45% dos registros. Os resultados evidenciam elevada frequência de excesso de peso entre os adultos acompanhados, destacando a magnitude do agravo no contexto da APS. **Conclusão:** Observou-se elevada prevalência de excesso de peso entre os indivíduos avaliados pelo SISVAN, com destaque para a expressiva frequência de obesidade. Os achados reforçam a importância da vigilância alimentar e nutricional como ferramenta para identificação das necessidades da população e subsídio ao planejamento de ações de promoção da saúde, prevenção e manejo do excesso de peso no SUS.

Palavras-chave: **SISVAN; ESTADO NUTRICIONAL; ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

DOI: 10.51161/iv-conasus/90505

GESTÃO E TRABALHO EM EQUIPE NA ÁREA DA SAÚDE: CONTRIBUIÇÕES PARA A QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA

ELIETE GARCIA DE MELLO

RESUMO

A gestão dos serviços de saúde e o trabalho em equipe constituem elementos fundamentais para a organização dos processos de trabalho e para a oferta de uma assistência qualificada. A complexidade das demandas de saúde exige a atuação integrada de diferentes profissionais, favorecendo a troca de conhecimentos, a comunicação e a tomada de decisões compartilhadas. Nesse contexto, uma gestão eficiente e participativa pode contribuir para a valorização dos trabalhadores, a melhoria do ambiente organizacional e o fortalecimento das práticas assistenciais. Objetivo: Analisar as contribuições da gestão e do trabalho em equipe para a qualidade da assistência nos serviços de saúde. Material e métodos: Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, realizada por meio de buscas nas bases Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE/PubMed), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Base de Dados de Enfermagem (BDENF). Foram utilizados descritores relacionados à gestão em saúde, trabalho em equipe, comunicação, liderança e qualidade da assistência, selecionados nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e Medical Subject Headings (MeSH). Foram considerados artigos disponíveis na íntegra, publicados em português, inglês e espanhol, conforme período estabelecido. Resultados e discussão: A literatura evidencia que a colaboração entre profissionais pode favorecer a organização das práticas, a comunicação e alguns resultados relacionados ao cuidado, embora os efeitos das intervenções interprofissionais apresentem evidências de baixa a muito baixa certeza. A gestão participativa, a liderança, a educação permanente e a valorização dos trabalhadores constituem estratégias relevantes para o fortalecimento das equipes e dos processos de trabalho. Entretanto, sobrecarga de trabalho, falhas de comunicação, escassez de recursos e dificuldades nas relações interpessoais podem comprometer a atuação integrada. Conclusão: A gestão qualificada e o trabalho em equipe apresentam potencial para contribuir para a qualidade da assistência, especialmente quando associados à comunicação efetiva, participação dos trabalhadores e educação permanente. O fortalecimento dessas estratégias deve considerar as condições concretas de trabalho e as necessidades dos usuários e profissionais.

Palavras-chave: Gestão em Saúde; Trabalho em Equipe; Qualidade da Assistência.

DOI: 10.51161/iv-conasus/90506

1 INTRODUÇÃO

A assistência à saúde apresenta crescente complexidade, exigindo dos serviços uma organização capaz de responder às diferentes necessidades da população. Nesse cenário, a gestão dos processos de trabalho e a atuação integrada dos profissionais constituem aspectos essenciais para garantir a continuidade, a segurança e a qualidade do cuidado. A organização do trabalho em saúde envolve não apenas recursos materiais e tecnológicos, mas também a qualificação, a distribuição e a valorização dos trabalhadores que atuam diretamente na assistência (BRASIL, 2024).

O trabalho em saúde caracteriza-se pela participação de diferentes categorias profissionais, com conhecimentos, competências e responsabilidades específicas. A atuação conjunta possibilita uma abordagem ampliada das necessidades dos usuários, permitindo que diferentes perspectivas sejam consideradas no planejamento e na execução das ações assistenciais. A Organização Mundial da Saúde destaca a colaboração interprofissional como uma estratégia relevante para o fortalecimento dos sistemas de saúde e para a articulação entre diferentes profissionais e áreas de conhecimento (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010).

O trabalho em equipe, entretanto, não se limita à presença de diferentes profissionais em um mesmo serviço. É necessário que exista comunicação efetiva, cooperação, definição de responsabilidades, respeito às competências profissionais e construção compartilhada das decisões. A colaboração interprofissional envolve interação entre profissionais e pode ser prejudicada por dificuldades de comunicação, diferenças relacionadas às responsabilidades e limites entre as profissões e problemas na organização dos processos de trabalho (REEVES et al., 2017).

Nesse contexto, a gestão possui papel relevante na organização das equipes e na criação de condições favoráveis ao desenvolvimento do trabalho. Uma gestão participativa pode estimular a comunicação entre trabalhadores, favorecer a identificação de problemas e possibilitar a construção coletiva de estratégias para enfrentá-los. No Sistema Único de Saúde (SUS), a gestão do trabalho e da educação na saúde tem sido fortalecida por iniciativas direcionadas à qualificação e à valorização dos trabalhadores, incluindo o Programa de Valorização da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (ValorizaGTES-SUS), instituído em 2023 (BRASIL, 2023).

A valorização dos trabalhadores constitui aspecto importante para o funcionamento dos serviços. Condições adequadas de trabalho, reconhecimento profissional, oportunidades de qualificação e participação nos processos decisórios podem favorecer relações de trabalho mais colaborativas. O Ministério da Saúde destaca a centralidade dos trabalhadores para o funcionamento do SUS e aponta a gestão do trabalho e a educação na saúde como áreas estratégicas para a qualificação das práticas e o fortalecimento do sistema (BRASIL, 2024).

A comunicação também ocupa posição central na dinâmica das equipes de saúde. A troca adequada de informações permite maior articulação entre os profissionais e favorece a continuidade das ações assistenciais. Quando existe comunicação clara, os integrantes da equipe conseguem compreender melhor suas responsabilidades, compartilhar informações relevantes e participar de decisões de maneira mais organizada. Em contrapartida, falhas na comunicação podem contribuir para problemas nos processos de trabalho e comprometer a segurança do cuidado (REEVES et al., 2017; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2021).

Outro aspecto importante é a atuação interprofissional. A integração de diferentes saberes permite uma compreensão ampliada do processo saúde-doença e das necessidades apresentadas pelos usuários. Essa perspectiva contribui para superar práticas isoladas e fortalecer uma assistência baseada na integralidade do cuidado. Entretanto, é importante considerar que a colaboração entre profissionais, embora apresente potencial para melhorar

práticas e processos, não produz resultados uniformes em todos os contextos. Revisão sistemática conduzida por Reeves et al. (2017) identificou resultados variados entre diferentes intervenções destinadas à colaboração interprofissional, reforçando a necessidade de considerar as características de cada serviço.

Dessa forma, compreender a relação entre gestão, trabalho em equipe e qualidade da assistência é fundamental para identificar estratégias que contribuam para o aprimoramento dos serviços e para a construção de um cuidado centrado nas necessidades dos usuários.

2 MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, abordagem que possibilita reunir e analisar conhecimentos produzidos sobre determinada temática, permitindo uma compreensão ampliada do fenômeno estudado.

A busca bibliográfica foi realizada nas bases Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE/PubMed), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Base de Dados de Enfermagem (BDENF).

Para a estratégia de busca, foram utilizados descritores identificados nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e no Medical Subject Headings (MeSH), relacionados aos termos "Gestão em Saúde", "Trabalho em Equipe", "Comunicação", "Liderança" e "Qualidade da Assistência".

Foram considerados artigos científicos disponíveis na íntegra, que apresentassem relação direta com a temática proposta, priorizando estudos recentes. Foram excluídos artigos duplicados, publicações sem relação direta com o objetivo do estudo e trabalhos sem acesso ao texto completo.

Após a identificação dos estudos, foi realizada a leitura dos títulos e resumos para seleção inicial. Posteriormente, os artigos potencialmente elegíveis foram analisados na íntegra. Os dados relevantes foram organizados e sintetizados de acordo com os principais aspectos encontrados na literatura, considerando especialmente as contribuições da gestão, liderança, comunicação, valorização profissional e trabalho colaborativo para a qualidade da assistência.

A análise foi realizada de forma descritiva, buscando identificar os principais pontos de convergência e divergência encontrados nos estudos selecionados. Os resultados foram organizados de acordo com os aspectos relacionados à organização do trabalho, atuação interprofissional, comunicação, liderança, segurança do paciente, educação permanente e valorização dos trabalhadores.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise da literatura demonstra que a gestão e o trabalho em equipe apresentam relação importante com a organização dos serviços de saúde e com o desenvolvimento das práticas assistenciais. A atuação articulada dos profissionais possibilita o compartilhamento de conhecimentos, experiências e responsabilidades, contribuindo para uma compreensão mais ampla das necessidades dos usuários. A Organização Mundial da Saúde reconhece a colaboração interprofissional como uma possibilidade de fortalecimento dos sistemas de saúde, especialmente diante da complexidade das demandas contemporâneas (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010).

Entretanto, a colaboração entre profissionais deve ser compreendida como um processo que depende das condições organizacionais e das relações estabelecidas entre os integrantes das

equipes. Reeves et al. (2017), ao analisarem intervenções destinadas à melhoria da colaboração interprofissional, encontraram-se resultados variados. Os autores observaram que determinadas intervenções podem produzir pequenas melhorias em alguns resultados relacionados à prática profissional e aos processos de cuidado, mas destacaram que a certeza das evidências disponíveis era baixa ou muito baixa. Assim, embora o trabalho colaborativo apresente potencial, sua efetividade depende das características do contexto em que é implementado.

Um dos aspectos mais relevantes identificados na literatura é a comunicação entre os integrantes da equipe. A comunicação adequada possibilita a transmissão de informações relevantes, facilita a tomada de decisões e contribui para a continuidade do cuidado. No cotidiano dos serviços de saúde, diferentes profissionais participam de etapas distintas do atendimento, tornando necessária a existência de mecanismos que favoreçam o compartilhamento de informações. Falhas nesse processo podem gerar descontinuidade, retrabalho e dificuldades na coordenação das ações (REEVES et al., 2017).

A comunicação também está diretamente relacionada à segurança do paciente. O Plano de Ação Global para a Segurança do Paciente 2021–2030 estabelece a segurança como componente fundamental da qualidade dos cuidados e propõe ações voltadas à redução de danos evitáveis nos serviços de saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2021). Nesse sentido, equipes que desenvolvem processos de comunicação mais organizados podem apresentar melhores condições para identificar riscos, compartilhar informações e desenvolver estratégias preventivas.

Importante destacar que a gestão dos serviços apresenta papel fundamental nesse processo. O gestor não deve estar restrito às funções administrativas, sendo também responsável por favorecer condições para que os profissionais desenvolvam suas atividades de maneira organizada e colaborativa. A gestão do trabalho envolve planejamento, organização das equipes, desenvolvimento dos trabalhadores e construção de condições adequadas para o desempenho das atividades. No SUS, essas dimensões foram reforçadas pelo ValorizaGTES-SUS, cujo objetivo inclui fortalecer as áreas de gestão do trabalho e da educação na saúde e contribuir para a melhoria das condições e relações de trabalho (BRASIL, 2023).

A gestão participativa destaca-se como estratégia capaz de estimular o envolvimento dos trabalhadores nos processos decisórios. Quando os profissionais são ouvidos e participam da identificação dos problemas e da construção das soluções, torna-se possível desenvolver estratégias mais próximas da realidade vivenciada nos serviços.

A valorização profissional constitui outro aspecto relevante. Condições adequadas de trabalho, reconhecimento, oportunidades de desenvolvimento e participação nas decisões podem influenciar a motivação e o comprometimento dos trabalhadores. O Ministério da Saúde destaca a importância dos trabalhadores para o funcionamento do SUS e aponta a qualificação e a valorização do trabalho como elementos estratégicos para o desenvolvimento das melhores práticas de saúde (BRASIL, 2024).

O trabalho interprofissional também se apresenta como importante estratégia para superar a fragmentação da assistência. A integração entre diferentes áreas possibilita que o usuário seja compreendido em suas dimensões físicas, psicológicas e sociais, favorecendo um cuidado mais abrangente. A Organização Mundial da Saúde aponta a educação interprofissional e a prática colaborativa como estratégias relacionadas ao fortalecimento da capacidade dos profissionais para trabalhar de maneira integrada (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010).

Entretanto, a construção de equipes efetivamente integradas enfrenta desafios. A sobrecarga de trabalho, o dimensionamento inadequado de profissionais, a escassez de recursos, a deficiência na comunicação e os conflitos interpessoais podem prejudicar o funcionamento das equipes. Esses fatores podem dificultar a participação dos trabalhadores, reduzir oportunidades de diálogo e comprometer a continuidade das ações.

A liderança exercida pelos gestores também se apresenta como fator relevante para o funcionamento das equipes. Uma liderança baseada no diálogo, na escuta qualificada e na valorização das competências individuais pode favorecer relações profissionais mais respeitosas e colaborativas. Nesse contexto, o gestor atua como articulador dos processos de trabalho, estimulando a participação e buscando alternativas para os problemas identificados no cotidiano.

A gestão de conflitos constitui outro aspecto importante para a qualidade do trabalho em equipe. As diferenças de formação, experiências profissionais, responsabilidades e perspectivas podem gerar divergências no cotidiano dos serviços. Entretanto, os conflitos podem também revelar dificuldades presentes na organização do trabalho. Quando são conduzidos por meio do diálogo e da mediação, podem favorecer a identificação de problemas e a construção de soluções coletivas.

A mediação realizada pelos gestores, associada à comunicação aberta e ao respeito entre os profissionais, pode contribuir para reduzir tensões e fortalecer a cooperação. A colaboração interprofissional exige interação contínua entre profissionais e pode ser afetada por problemas relacionados às relações de autoridade, à compreensão dos papéis profissionais e às fronteiras entre diferentes categorias (REEVES et al., 2017).

A educação permanente em saúde constitui outra estratégia relevante para o fortalecimento das equipes. A formação contínua permite que os profissionais reflitam sobre situações vivenciadas no cotidiano e desenvolvam competências relacionadas à comunicação, liderança, resolução de conflitos e trabalho colaborativo. O Ministério da Saúde destaca a educação permanente como uma das pautas estratégicas relacionadas à gestão do trabalho e da educação na saúde (BRASIL, 2024).

Diferentemente de ações educativas centradas exclusivamente na transmissão de conteúdos, a educação permanente pode utilizar problemas reais dos serviços como elementos para reflexão e aprendizagem. Reuniões de equipe, discussão de casos, avaliação de processos e atividades de capacitação podem contribuir para aproximar o conhecimento teórico das necessidades práticas dos trabalhadores e usuários.

Destaca-se que a segurança do paciente também depende da existência de processos de trabalho organizados. O Plano de Ação Global para a Segurança do Paciente destaca a necessidade de desenvolver sistemas de saúde capazes de reduzir riscos e danos evitáveis e enfatiza a importância de políticas, educação, competências dos trabalhadores e melhoria contínua dos processos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2021). Assim, a gestão deve incorporar a segurança como dimensão permanente do planejamento e da avaliação das práticas.

Outro elemento relacionado à qualidade da assistência é a humanização das relações de trabalho e do cuidado. Ambientes nos quais existe respeito, reconhecimento e possibilidade de participação podem favorecer relações profissionais mais colaborativas. A valorização dos trabalhadores e a melhoria das condições de trabalho estão relacionadas ao fortalecimento da gestão do trabalho no SUS (BRASIL, 2023; BRASIL, 2024).

A integração entre os diferentes profissionais possibilita ainda uma compreensão mais ampla das necessidades apresentadas pelos usuários. A atuação interprofissional favorece a complementaridade dos saberes e permite que as decisões sejam construídas considerando diferentes dimensões do processo saúde-doença. Essa perspectiva é especialmente relevante em situações complexas, nas quais a atuação isolada de uma única categoria pode não ser suficiente para responder às necessidades apresentadas.

A construção de equipes colaborativas depende, portanto, não apenas da disposição individual dos profissionais, mas também das condições oferecidas pela organização. É necessário que existam espaços para reuniões, planejamento, discussão de casos, avaliação das

atividades e compartilhamento de informações. Esses espaços podem favorecer a identificação de problemas e a construção de soluções adequadas à realidade dos serviços.

Nesse sentido, gestão e trabalho em equipe devem ser compreendidos como elementos interdependentes. Uma gestão que estimula a participação, a comunicação, a educação permanente e a valorização profissional pode criar condições mais favoráveis para o desenvolvimento de equipes integradas. Ao mesmo tempo, equipes comprometidas e colaborativas podem contribuir para aperfeiçoar os processos de trabalho e identificar necessidades que devem ser consideradas pela gestão.

Portanto, os achados discutidos indicam que a qualidade da assistência não depende exclusivamente da disponibilidade de recursos materiais ou tecnológicos, mas também da forma como os processos de trabalho são organizados e como os profissionais se relacionam no cotidiano dos serviços. A articulação entre gestão participativa, liderança, comunicação, educação permanente, valorização profissional, segurança do paciente e colaboração interprofissional apresenta potencial para fortalecer os serviços de saúde.

Nessa perspectiva, a gestão deve ser compreendida como um processo contínuo de planejamento, organização, participação, avaliação e transformação das práticas. O fortalecimento da gestão do trabalho e da educação na saúde, associado à criação de ambientes colaborativos, pode contribuir para melhorar as condições de atuação dos profissionais e favorecer um cuidado mais seguro, integral e centrado nas necessidades da população.

4 CONCLUSÃO

A gestão e o trabalho em equipe constituem elementos importantes para a organização dos serviços de saúde e para o desenvolvimento de práticas assistenciais qualificadas. A análise da literatura evidencia que comunicação, liderança, cooperação, participação dos profissionais, educação permanente e valorização dos trabalhadores são aspectos relevantes para o fortalecimento das equipes.

A colaboração interprofissional apresenta potencial para favorecer a integração entre diferentes áreas e melhorar determinados processos de trabalho. Entretanto, as evidências disponíveis não permitem afirmar que todas as intervenções de colaboração produzam resultados positivos de maneira uniforme, sendo necessário considerar as características dos serviços, das equipes e das necessidades dos usuários (REEVES et al., 2017).

A gestão participativa pode favorecer a construção coletiva de soluções e ampliar a participação dos trabalhadores nos processos decisórios. Da mesma forma, políticas de valorização profissional e educação permanente podem contribuir para o desenvolvimento de competências e para a melhoria das relações de trabalho.

Apesar dos desafios relacionados à sobrecarga profissional, limitações estruturais, falhas de comunicação e conflitos interpessoais, o fortalecimento da gestão e das práticas colaborativas apresenta potencial para contribuir para uma assistência mais segura, integral, humanizada e resolutiva.

Dessa forma, investir na gestão das equipes e na valorização dos profissionais representa não apenas uma estratégia organizacional, mas também uma importante ferramenta para oferecer um cuidado de qualidade à população. A construção de ambientes de trabalho baseados no diálogo, respeito, participação e cooperação pode favorecer tanto os trabalhadores quanto os usuários dos serviços de saúde.

DOI: 10.51161/iv-conasus/90506

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2.168, de 5 de dezembro de 2023. Institui o Programa de Valorização da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde – ValorizaGTES-SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Trabalho e Educação no Ministério da Saúde: SGTES 20 anos. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 772, de 13 de fevereiro de 2025. Dispõe sobre a publicação das diretrizes, propostas e moções aprovadas pelas Pessoas Delegadas da 4ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde (4ª CNGTES). Brasília, DF: Conselho Nacional de Saúde, 2025.

REEVES, S.; PELONE, F.; HARRISON, R.; GOLDMAN, J.; ZWARENSTEIN, M. Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes. Cochrane Database of Systematic Reviews, v. 6, n. 6, CD000072, 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Framework for action on interprofessional education & collaborative practice. Geneva: World Health Organization, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global patient safety action plan 2021–2030: towards eliminating avoidable harm in health care. Geneva: World Health Organization, 2021.

PROGRAMA NACIONAL DE IMUNIZAÇÕES: ENTRE CONQUISTAS HISTÓRICAS E OS NOVOS DESAFIOS DA PROTEÇÃO COLETIVA

DANIELA MELO REIS; EMILLY CREMASCO MEDEIROS; ANA CLARA SALOMÃO DE CARVALHO; GUILHERME AUGUSTO NUNES CORREIA LIMA

Introdução: A vacinação constitui uma das intervenções de maior impacto na saúde pública, e o Programa Nacional de Imunizações (PNI) representa um dos pilares dessa estratégia no Brasil. Desde sua criação, o programa transformou o cenário epidemiológico nacional ao ampliar o acesso às vacinas e contribuir para o controle de doenças imunopreveníveis. No entanto, em um contexto marcado pela reemergência de agravos, desigualdades sociais, queda das coberturas vacinais e expansão da desinformação, preservar as conquistas alcançadas exige novas estratégias de mobilização e vigilância. **Objetivo:** Analisar a relevância contemporânea do PNI na proteção da saúde coletiva, enfatizando suas contribuições para a prevenção de doenças imunopreveníveis e os desafios relacionados à recuperação das coberturas vacinais no Brasil. **Metodologia:** Realizou-se uma revisão narrativa, de caráter descritivo e exploratório, fundamentada em literatura científica recente e documentos técnicos de órgãos nacionais e internacionais relacionados às políticas de imunização. Foram priorizadas publicações referentes à cobertura vacinal, vigilância epidemiológica, hesitação vacinal, estratégias de ampliação do acesso e enfrentamento da desinformação. **Resultados:** Os achados evidenciam que o PNI permanece essencial para a redução da morbimortalidade e para a prevenção de surtos e epidemias, constituindo importante mecanismo de equidade ao garantir vacinação gratuita e universal pelo Sistema Único de Saúde. Entretanto, a redução das coberturas vacinais observada nos últimos anos demonstra que a disponibilidade das vacinas, isoladamente, não garante adesão. A recuperação da confiança da população demanda integração entre atenção primária, vigilância em saúde, educação, comunicação científica e busca ativa de indivíduos não vacinados. Estratégias descentralizadas e ações extramuros podem ampliar o alcance da vacinação, especialmente entre populações em situação de maior vulnerabilidade. **Conclusão:** O PNI transcende a oferta de imunobiológicos, configurando-se como uma política estratégica de proteção coletiva, equidade e preparação diante de ameaças epidemiológicas. Seu fortalecimento requer inovação, comunicação baseada em evidências e aproximação permanente entre serviços de saúde e comunidade. Em uma sociedade atravessada pela velocidade da informação, vacinar também significa comunicar, educar e reconstruir confiança. Assim, proteger o futuro da saúde pública brasileira depende de transformar a imunização em um compromisso coletivo e contínuo.

Palavras-chave: **PNI; DESAFIOS; VACINAS**

DOI: 10.51161/iv-conasus/90521

ESCASSEZ DE RECURSOS, REGULAÇÃO PÚBLICA E O PAPEL DA ECONOMIA DA SAÚDE NA REGULAÇÃO E REGIONALIZAÇÃO DO SUS

DIANE DOS SANTOS MOURA

Introdução: O setor de saúde opera sob uma lógica econômica singular na qual as forças de mercado revelam-se incapazes de assegurar equidade e mitigar os vazios assistenciais estruturais, como os observados na Amazônia. No Brasil, a garantia do direito universal à saúde exige a atuação direta do Estado no planejamento e na regulação da rede assistencial, de forma a descentralizar serviços e mitigar os vazios assistenciais na Amazônia. Todavia, sob o pretexto de contornar restrições orçamentárias, a expansão de parcerias com Organizações Sociais de Saúde (OSS) ocorreu com frequente opacidade e fragilidade nos mecanismos públicos de fiscalização sobre o fundo público. Objetivo: Analisar a tomada de decisão alocativa e a necessidade de intervenção e regulação estatal no SUS sob a ótica da Economia da Saúde, destacando o papel do planejamento público regional e o fortalecimento do controle sobre as OSS. Metodologia: Trata-se de uma reflexão teórica de abordagem qualitativa, fundamentada na literatura da Economia da Saúde, na teoria das falhas de mercado e na análise crítica sobre financiamento público, regionalização e regulação estatal no SUS. Resultados: A análise esclareceu que a superação das desigualdades territoriais em saúde exige investimento estatal planejado e descentralizado, insuscetível à lógica do lucro. A alocação eficiente dos recursos públicos requer a interiorização de estruturas assistenciais estratégicas aliada à implementação de mecanismos rigorosos de avaliação e controle sobre a gestão delegada. A literatura apontou que a sustentabilidade do SUS depende da preservação do papel do Estado como garantidor de direitos, coibindo ineficiências e assegurando a transparência na aplicação das verbas públicas. Conclusão: A Economia da Saúde consolida-se como ferramenta indispensável para fundamentar a intervenção do Estado na organização regional do SUS e fornecer ao gestor público o instrumental necessário para exercer uma fiscalização severa e transparente sobre a gestão contratualizada, preservando a essência pública e universal do sistema.

Palavras-chave: **ALOCAÇÃO DE RECURSOS; REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE; EQUIDADE EM SAÚDE**

DOI: 10.51161/iv-conasus/90522

PERSPECTIVAS DOS USUÁRIOS NA SALA DE ESPERA DA UBS RAIMUNDO HORIZONTINO

Denise Aparecida Alves[1]; Evelin Trindade Dias[2]; Joseli Maria Brandão[3]; Regina Lucia de Souza[4]

RESUMO

Este estudo investigou a vivência subjetiva de dez usuários em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) em Monte Sião-MG, visando confrontar o modelo biomédico com as diretrizes de humanização do SUS. O objetivo geral foi compreender a influência das condições socioculturais na percepção do cuidado na sala de espera. Especificamente, buscou-se: mapear o perfil sociodemográfico e os motivos da busca pelo serviço; identificar as manifestações emocionais e de sofrimento psíquico presentes no ambiente; e analisar a dinâmica da "empatia invisível" e do apoio mútuo como estratégias de enfrentamento. Metodologicamente, adotou-se abordagem mista, descritiva-exploratória, com questionários estruturados aplicados a cinco homens e cinco mulheres, além de diário de campo com observação participante realizada entre abril e maio de 2025. Os resultados revelaram predominância de demandas curativas, forte presença de ansiedade, medo e tristeza, e dificuldades no autocuidado, contrabalanceadas por microconexões de acolhimento espontâneo entre os pacientes. Conclui-se que o tempo de espera transborda a passividade, constituindo um espaço vital para a escuta qualificada e a integralidade na Atenção Primária, embora o recorte amostral restrito limite a generalização dos achados.

Palavras-chave: UBS; Sala de espera; Acolhimento.

1. INTRODUÇÃO

A atenção primária à saúde, conforme preconiza a Política Nacional de Atenção Básica (Brasil, 2017), fundamenta-se nos princípios de universalidade, integralidade e equidade do Sistema Único de Saúde (SUS).

Nesse viés observa-se que práticas influenciadas por um modelo biomédico e hospitalocêntrico tendem a reduzir o cuidado à dimensão técnica, subestimando o ser humano em sua complexidade e enfraquecendo o vínculo entre usuários e profissionais (Campos, 2021; Minayo, 2006; Donnangelo, 1983).

É diante deste cenário, que tem-se a sala de espera, que emerge não apenas como um espaço físico e funcional, mas como um ambiente dinâmico onde se entrelaçam expectativas, afetos, silêncios e demandas subjetivas, revelando sentidos sobre o viver, o adoecer e o cuidar, compreende-se também, que próprio tempo de espera constitui uma forma de comunicação não verbal que denota aspirações de acolhimento, reconhecimento e escuta ativa (Paim, 2018).

Mediante ao binômio entre o ideal normativo do SUS e a realidade fragmentada vivida cotidianamente nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), surge a necessidade de compreender como os usuários vivenciam subjetivamente esse período.

Por isso, este estudo justifica-se pela relevância social e teórica de investigar as necessidades socioculturais e manifestações subjetivas que ocorrem durante a espera, visando subsidiar reflexões sobre a humanização do cuidado e o fortalecimento do autocuidado. Diante disso, o objetivo deste trabalho foi compreender como as condições socioculturais dos usuários influenciam na percepção sobre o cuidado recebido na sala de espera de uma UBS.

DOI: 10.51161/iv-conasus/90524

2. MATERIAL E MÉTODO

A presente pesquisa de campo é abordagem mista, qualitativa e quantitativa, de caráter descritivo e exploratório, realizado na Unidade Básica Raimundo Horizontino Tavares da Silva, localizada na Rua Alto da Santa Cruz, 132, Centro, Monte Sião - Minas Gerais. A coleta de dados e a observação participante ocorreram entre os meses de Abril e Maio de 2025 no período da manhã (período de maior fluxo de usuários). Afirma-se que a escolha por este turno fundamentou-se no fato de este período caracterizar-se historicamente pelo maior fluxo de usuários nos serviços da atenção primária (Hafemann; Nunes, 2023).

A pesquisa contou com a participação de dez usuários selecionados de forma aleatória enquanto aguardavam atendimento na sala de espera, sendo 5 do sexo masculino e 5 do sexo feminino, neste viés, os critérios de inclusão contemplaram os usuários presentes que aceitaram participar voluntariamente, vale ressaltar que não havia nenhum caso de pessoa com deficiência (PCD) entre os abordados, e para dar prioridade à voz da comunidade usuária, os profissionais de saúde e demais colaboradores da Unidade de Saúde foram excluídos da amostra, valorizando as percepções dos usuários sobre a ambiência e alinhando-se aos pressupostos de protagonismo, acolhimento e corresponsabilidade previstos na Política Nacional de Humanização (PNH) do Sistema Único de Saúde (SUS), já os usuários participaram mediante assinatura do Termo de Consentimento, conforme as diretrizes Resolução CNS nº 510/2016 (Brasil, 2017; Brasil, 2016).

Como instrumentos de coleta, utilizou-se um questionário estruturado elaborado em consonância com a Abordagem Biopsicossocial conforme Straub (2021). Composto por perguntas fechadas de perfil sociodemográfico e avaliação escalar da atmosfera, além de questões abertas desenvolvidas para apreender sentimentos, interações silenciosas, manifestações de apoio social emocional implícito e estratégias de enfrentamento no ambiente.

O segundo instrumento consistiu em um diário de campo e roteiro de observação participante, focado no registro sistemático e não intrusivo da linguagem não verbal, trocas de olhares de cumplicidade, expressões corporais e fenômenos de co-regulação emocional na sala de espera. Ademais, o diário permitiu contemplar a dinâmica da "empatia invisível" no acolhimento, compreendida à luz do autor como um elemento regulador que alivia o estado emocional e a ansiedade dos pacientes enquanto aguardavam o atendimento.

Para organizar os dados, as informações quantitativas foram tratadas com contas simples de frequência para mostrar o perfil de quem participou, enquanto as respostas abertas do questionário e as anotações do diário de campo passaram por uma análise temática baseada nos passos de Braun e Clarke (2006) e na análise de conteúdo de Bardin (1977).

Evidencia-se, o agrupamento das pessoas que mais falaram e demonstraram interesse em participar da pesquisa, com isso, os resultados foram interpretados usando a Psicologia da Saúde de Straub (2021), focando em conceitos como apoio social, proteção, efeito direto e as formas de enfrentamento diante do estresse.

O estudo foi conduzido em estrita conformidade com as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, em consonância com a Resolução CNS nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 2016). Assegurou-se de forma estrita o sigilo absoluto dos dados coletados, bem como a preservação do anonimato dos participantes em todas as etapas de divulgação dos resultados, por fim, a concordância e a formalização da participação voluntária dos sujeitos deram-se por meio da leitura conjunta, esclarecimento de dúvidas e assinatura individual do Termo de Consentimento Livre perante o pesquisador.

3. RESULTADO E DISCUSSÃO

Os resultados obtidos a partir da aplicação do questionário com 10 usuários da UBS Raimundo Horizontino Tavares da Silva, evidenciaram que a experiência na sala de espera envolve aspectos que ultrapassam a dimensão exclusivamente clínica.

Em relação à finalidade da busca pelo serviço, observou-se predominância de usuários que procuravam a unidade para consulta médica (80%), enquanto 20% buscavam atendimento para realização de exames, sugerindo a permanência de uma compreensão mais centrada no atendimento curativo e na resolução de demandas imediatas, aspecto que pode ser relacionado aos modelos biologicista e hospitalocêntrico discutidos por Donnangelo (1983) e Minayo (2006). Compreende-se que a Atenção Básica seja definida como porta de entrada do SUS e deva desenvolver ações de promoção, prevenção e cuidado integral, os dados indicam a necessidade de ampliar a compreensão dos usuários sobre as possibilidades de cuidado oferecidas pela UBS (Straub, 2021; Paim, 2018).

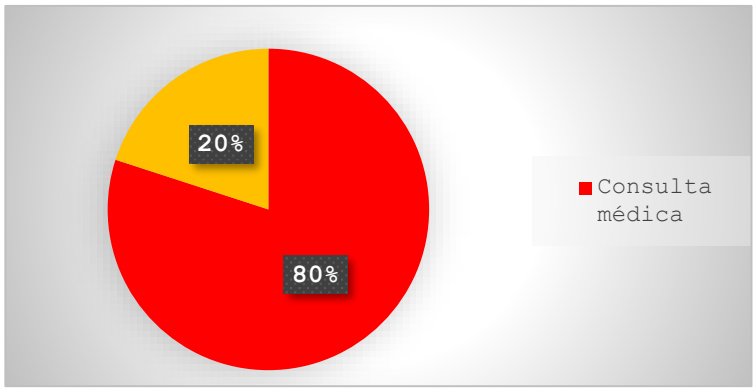


Grafico 1: Finalidade da busca por atendimento na UBS. **Fonte:** Pesquisa realizada na UBS Raimundo Horizontino Tavares da Silva, 2025.

No que se refere aos aspectos emocionais identificados durante a pesquisa, foram observadas manifestações de solidão, tristeza, medo, raiva e dificuldades para verbalizar sentimentos, além de queixas relacionadas à dor física. Sabe-se que a presença dessas manifestações demonstra que o processo de adoecimento não pode ser compreendido somente pelo aspecto biológico, uma vez que fatores emocionais, sociais e relacionais também interferem na percepção de saúde.

Morin (2016) diz que tal compreensão, aproxima-se da perspectiva para quem o cuidado deve considerar a complexidade do sujeito, integrando diferentes dimensões da experiência humana. Minayo (2006) converge ao destacar que as condições de saúde são atravessadas por fatores sociais, culturais e afetivos, isto é, a sala de espera mostrou-se um espaço relevante para identificar demandas que, muitas vezes, não são verbalizadas diretamente durante o atendimento.

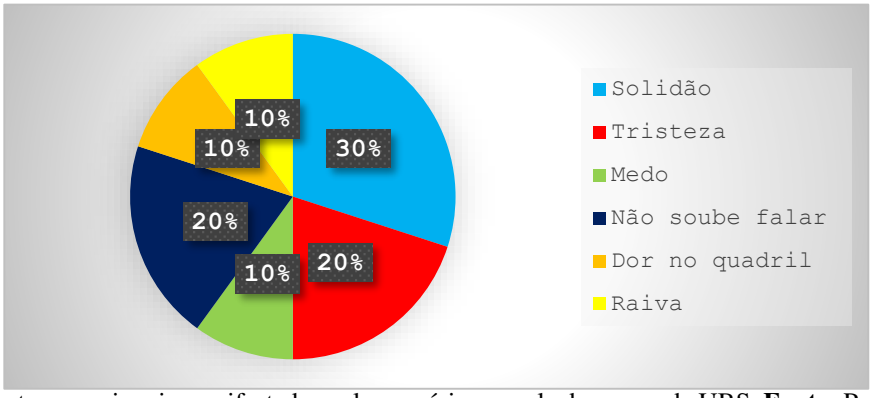


Gráfico 2: Aspectos emocionais manifestados pelos usuários na sala de espera da UBS. **Fonte:** Pesquisa realizada na UBS Raimundo Horizontino Tavares da Silva, 2025.

Outro resultado identificado, foi a dificuldade apresentada pelos participantes em identificar o que poderia contribuir para sua saúde e bem-estar, cerca de 60% responderam que não sabiam o que poderia ajudá-los, enquanto as demais respostas envolveram elementos como fé, esporte, aposentadoria e desejo de possuir um espaço próprio. Campos (2021) atenta que

isso pode indicar fragilidade na identificação das próprias necessidades e na participação ativa no cuidado. Por outro lado, o resultado identificado reforça a importância de estabelecer uma relação de diálogo na qual o profissional não se limite à identificação de sintomas, mas auxilie o usuário na construção compartilhada de possibilidades de cuidado.

A pesquisa também identificou manifestações relacionadas à saúde mental, com registros de ansiedade e depressão entre os participantes, reforçando a necessidade de que essas demandas sejam reconhecidas e acolhidas no cotidiano da Atenção Básica, isto é, os resultados apontam que a escuta qualificada e o vínculo constituem elementos fundamentais para uma assistência mais humanizada e resolutiva (Straub, 2021; Paim; 2018; Merhy *et al.*, 2016).

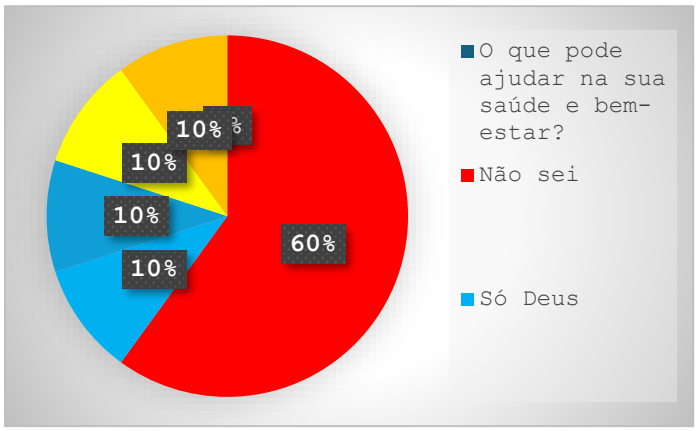


Gráfico 3: Percepções dos usuários sobre o que poderia ajudá-los na UBS. **Fonte:** Pesquisa realizada na UBS Raimundo Horizontino Tavares da Silva, 2025.

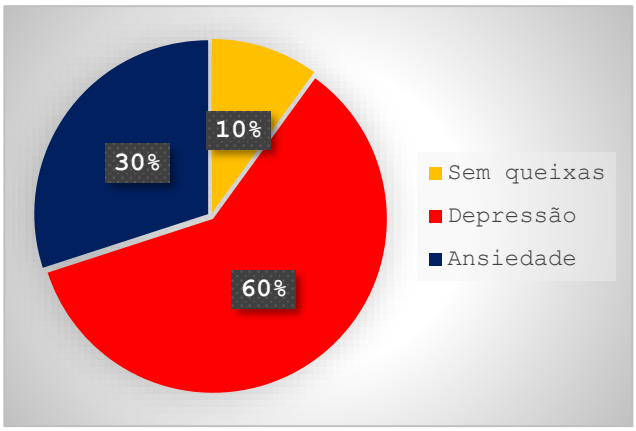


Gráfico 4: Frequência das queixas emocionais relatadas pelos usuários. **Fonte:** Pesquisa realizada na UBS Raimundo Horizontino Tavares da Silva, 2025

Nesse pressuposto, a principal contribuição do estudo está em demonstrar que a sala de espera pode ser ressignificada como espaço de escuta, identificação de necessidades e promoção da saúde, e não apenas como local de espera pelo atendimento, porém os resultados aqui apresentados, devem ser interpretados considerando-se a principal limitação da pesquisa: o número reduzido de participantes, composto por apenas dez usuários de uma única UBS, o que impossibilita generalizar os achados para outras populações ou serviços.

Disto isto, os dados permitem evidenciar a importância de práticas que valorizem a subjetividade, a participação e a integralidade do cuidado, aproximando a realidade cotidiana dos princípios de humanização, integralidade e equidade propostos pelo SUS.

4. CONCLUSÃO

Concluiu-se que a sala de espera da UBS transborda a passividade, revelando-se um espaço dinâmico atravessado por demandas emocionais como ansiedade e medo, mas também por microconexões de suporte mútuo denominadas 'empatia invisível'.

O trajeto metodológico permitiu alcançar os objetivos propostos, evidenciando que a escuta ativa e o acolhimento funcionam como potentes reguladores emocionais para os pacientes, compreende-se que o estudo avançou ao expor vulnerabilidades que escapam ao modelo biomédico tradicional, embora apresente limitações devido ao recorte amostral restrito a dez usuários de uma única unidade, o que restringe a generalização dos achados.

Como perspectiva futura, sugere-se a ampliação de investigações empíricas e a implementação institucional de estratégias de humanização que transformem o tempo de espera em uma oportunidade efetiva de cuidado integral e promoção da saúde na atenção primária.

DOI: 10.51161/iv-conasus/90524

REFERÊNCIAS

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Tradução de Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://atencaoprimaria.rs.gov.br/upload/arquivos/201710/03112610-portaria-gm-2-436-2017-nova-pnab.pdf. Acesso em: 06 set. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016**. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos envolvam a utilização de dados de participantes de pesquisas. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, n. 98, p. 44-46, 24 maio 2016. Disponível em: https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/atos-normativos/resolucoes/2016/resolucao-no-510.pdf/view. Acesso em: 07 set. 2026.

BRAUN, V.; CLARKE, V. *Using thematic analysis in psychology.* ***Qualitative Research in Psychology***, v. 3, n. 2, p. 77-101, 2006. Disponível em: https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1191/1478088706qp063oa. Acesso em: 07 set. 2026.

CAMPOS, G. W. S. **Tratado de Saúde Coletiva**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2021.

CAMPOS, G. W. S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições. 4. ed. São Paulo: Hucitec, 2021.

DONNANGELO, M. C. F. **A medicina e a sociedade médica**. São Paulo: Pioneira, 1983.

HAFEMANN, E. A.; NUNES, C. R. O. *Primary care users' perceptions of waiting room ambience.* **Revista de Atenção à Saúde**, v. 21, e20238966, 2023. Disponível em: https://www.semanticscholar.org/paper/Primary-care-users'-perceptions-of-waiting-room-Hafemann-Roberto/b6f95cf04231dafb605e5e6ef3c33cea3e5d1259. Acesso em: 07 set. 2026.

MERHY, E. E. *et al.* (org.). **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde**: surpreendendo o instituído nas redes. Rio de Janeiro: Hexis, 2016. Disponível em: https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/int-5126. Acesso em: 07 set. 2026.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 9. ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

MORIN, E. **Ensinar a viver**: manifesto para mudar a educação. 2. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2016.

PAIM, J. S. **O que é o SUS**?. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2018. Disponível em: https://portolivre.fiocruz.br/o-que-e-o-sus. Acesso em: 06 set. 2026.

STRAUB, R. O. **Psicologia da saúde**: uma abordagem biopsicossocial. 7° ed. Porto Alegre: Artmed, 2021.

DIREITO AO ACESSO A MEDICAMENTOS PARA PACIENTES ONCOLÓGICOS: DESAFIOS E GARANTIAS JURÍDICAS NO SISTEMA DE SAÚDE (SUS)

LAURINALDO FÉLIX NASCIMENTO; M. ROBERTA FEIJÓ DE MELO FARIAS SILVA

RESUMO

O direito à saúde, salvaguardado pelo texto constitucional brasileiro de 1988 como postulado fundamental, impõe ao Estado a garantia de acesso universal e equitativo aos serviços públicos de assistência. No âmbito da oncologia, a efetivação desse direito ganha especial relevância em virtude da complexidade dos tratamentos e do alto impacto na sobrevida e qualidade de vida dos pacientes submetidos ao Sistema Único de Saúde (SUS). O presente trabalho tem como objetivo investigar os obstáculos institucionais e burocráticos enfrentados por pacientes oncológicos no acesso a medicamentos e terapias antineoplásicas, analisando os mecanismos de tutela jurídica disponíveis no ordenamento pátrio. A fundamentação teórica orienta-se pelos princípios constitutivos da seguridade social, pelas diretrizes das políticas públicas de atenção de alta complexidade e pelo fenômeno da judicialização da saúde enquanto via extraordinária de vindicação de direitos. Metodologicamente, adotou-se uma abordagem qualitativa, pautada em pesquisa documental e bibliográfica mediante o exame analítico de diplomas legislativos, diretrizes do Ministério da Saúde e precedentes jurisprudenciais do Supremo Tribunal Federal, com ênfase na tese de repercussão geral fixada no Tema 1.234. Os resultados apontam que, a despeito do arcabouço normativo protetivo e das garantias de assistência integral, a prestação efetiva do serviço de saúde é severamente mitigada por entraves operacionais, morosidade administrativa, restrições orçamentárias e falhas na distribuição logístico-farmacêutica. Conclui-se que, embora a intervenção do Poder Judiciário atue como salvaguarda essencial do direito fundamental à vida e à saúde, a superação das barreiras no tratamento oncológico exige um aprimoramento na governança federativa, a otimização dos fluxos de incorporação tecnológica pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (Conitec) e o fortalecimento de políticas públicas continuadas capazes de harmonizar a sustentabilidade financeira do sistema com a equidade no atendimento sanitário. A presente pesquisa é afeta ao eixo temático Tecnologias em saúde e inovação no SUS

Palavras-chave: Direito à saúde; Judicialização; Tecnologias em saúde e inovação no SUS.

1 INTRODUÇÃO

A tutela dogmática do direito à saúde exige uma compreensão sistemática e integrada com os postulados da vida e da dignidade da pessoa humana, vetores estruturantes da ordem constitucional brasileira. Sob a égide do artigo 196 da Carta Magna de 1988, a saúde é qualificada como direito fundamental e dever do Estado, a ser efetivado mediante políticas públicas sociais e econômicas orientadas pelos princípios da universalidade e da equidade, visando ao bem-estar físico, mental e social da coletividade.

Nesse cenário, a presente investigação circunscreve seu objeto de estudo à vulnerabilidade dos pacientes oncológicos, os quais recorrentemente se deparam com entraves no acesso a protocolos terapêuticos e fármacos de alto custo no âmbito do Sistema Único de

DOI: 10.51161/iv-conasus/90525

Saúde (SUS). As omissões na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) e a insuficiência das políticas assistenciais vigentes fomentam a expansão da judicialização da saúde, fenômeno que reflete tanto o déficit de efetividade das prestações estatais ordinárias quanto a atuação imprescindível do Poder Judiciário na salvaguarda de garantias fundamentais.

A tutela sanitária encontra-se intrinsicamente vinculada ao princípio da dignidade da pessoa humana, fundamento da República inscrita no artigo 1º, inciso III, da Carta Magna, projetando-se como pressuposto indispensável à fruição do direito à vida e à igualdade, sem os quais os demais direitos fundamentais restam esvaziados. Sob a perspectiva doutrinária, sobressai a tese de Sarlet (2012) sobre a natureza complexa do direito à saúde, cuja efetivação exige prestações estatais positivas de dimensão transindividual e subjetiva. Tal entendimento alinha-se à jurisprudência do Supremo Tribunal Federal, que consolidou a responsabilidade solidária dos entes federativos na prestação de serviços de saúde, estendendo a tutela a fármacos não contemplados nas listas oficiais do Sistema Único de Saúde (SUS), a exemplo do precedente firmado no Tema 1.234 de Repercussão Geral (RE 1.366.243). Conquanto a judicialização exsurge como mecanismo de salvaguarda ante as omissões estatais, o fenômeno engendra complexidades operacionais, assimetrias no acesso à justiça e expressivo impacto orçamentário, impondo-se às decisões judiciais o encargo de equacionar a preservação do mínimo existencial às exigências técnicas, éticas e de sustentabilidade do sistema coletivo.

Instituído pelo texto constitucional e regulamentado pelas Leis nº 8.080/1990 e nº 8.142/1990, o SUS é norteado pelos princípios da universalidade, integralidade, equidade e controle social. Sua arquitetura institucional organiza-se de forma descentralizada e hierarquizada, estruturando a assistência desde a atenção primária até os procedimentos de alta complexidade, no bojo do qual a integralidade do cuidado se reveste de centralidade para o manejo do tratamento oncológico.

2 RELATO DE CASO

A expansão do contencioso judicial na saúde pública brasileira intensificou-se com o advento da Constituição Federal de 1988, que positivou o direito à saúde como garantia fundamental e encargo estatal indeclinável. Todavia, a inoperância ou morosidade da gestão pública em assegurar atendimento célere e adequado — mormente em quadros críticos como o câncer — compele os cidadãos a provocarem o Poder Judiciário para viabilizar a tutela jurisdicional desse direito. Nas palavras de Sarlet (2012), a elevação do direito à saúde ao status constitucional conferiu-lhe plena exigibilidade jurídica, revelando-se imperativa especialmente em cenários emergenciais que ameacem a vida e o princípio da dignidade humana.

Perante as omissões do Poder Público, o Judiciário assumiu protagonismo na concretização da assistência antineoplásica, consolidando a tese de que restrições orçamentárias não legitimam o indeferimento de tratamentos vitais. Essa orientação é endossada pela jurisprudência do Supremo Tribunal Federal, na qual se assentou que a cláusula da reserva do possível não pode ser oposta para obstar o fornecimento de terapias essenciais. Sob a ótica de Barroso (2009), tal intervenção jurisprudencial não malfere o princípio da separação dos poderes, configurando instrumento legítimo de controle sobre omissões inconstitucionais da administração. Ademais, a Corte Suprema fixou balizas objetivas para o deferimento de fármacos não integrados às listas oficiais do SUS, exigindo a comprovação da urgência clínica, a ineficácia dos insumos padronizados e o devido registro sanitário na ANVISA. A atividade jurisdicional busca, dessa forma, conciliar a proteção do direito individual com a coerência das políticas públicas coletivas, coibindo arbítrios e resguardando a dignidade humana como valor supremo do ordenamento (CNJ, 2025).

DOI: 10.51161/iv-conasus/90525

Paralelamente ao debate jurídico, os indivíduos diagnosticados com neoplasias malignas vivenciam um severo quadro de vulnerabilidade física, psíquica e social. O sofrimento decorrente da evolução cancerígena e dos efeitos colaterais inerentes às abordagens quimioterápicas e radioterápicas transcende a dimensão biológica, impactando a higidez mental e a capacidade de enfrentamento da enfermidade. As transformações na imagem corporal, caracterizadas por alopecia, procedimentos cirúrgicos mutilantes e expressiva perda ponderal, comprometem profundamente a autoimagem e a qualidade de vida dos pacientes.

3 DISCUSSÃO

O julgamento do Tema 1.234 de Repercussão Geral (RE 1.366.243), conduzido pelo Supremo Tribunal Federal (STF), marcou um divisor de águas na organização e na racionalização da judicialização da saúde no Brasil. O principal objetivo da Corte foi por fim às incertezas jurídicas e ao impacto orçamentário desordenado que afetavam os entes federativos no fornecimento de medicamentos e tratamentos de saúde pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

A solução adotada abandonou o modelo de solidariedade irrestrita sem critérios organizacionais e instituiu um arranjo focado no valor do tratamento, na padronização/incorporação da tecnologia no SUS e na repartição clarificada de competências, com destaque para as particularidades da assistência oncológica.

Na conclusão do julgado foi definido que, os medicamentos oncológicos eram submetidos integralmente às regras da Justiça Federal ou a diretrizes gerais. No entanto, para adequar a jurisprudência à estrutura e aos fluxos operacionais do SUS, o STF refinou e atualizou os parâmetros do Tema 1.234, estabelecendo critérios para o contencioso envolvendo medicamentos oncológicos incorporados:

a) Medicamentos Oncológicos de Aquisição Centralizada (Ministério da Saúde):
   Atuação/Responsabilidade: União.
   Competência: Justiça Federal.
   Medicamentos Oncológicos de Negociação Nacional:
b) Atuação/Responsabilidade: Compra coordenada pelo Ministério da Saúde, mas executada pelos Estados e pelo Distrito Federal.
   Competência: Justiça Estadual.
   Medicamentos Oncológicos de Aquisição Descentralizada:
   Atuação/Responsabilidade: A aquisição e a execução cabem diretamente aos serviços de saúde e às Secretarias de Saúde dos Estados/Municípios.
   Competência: Justiça Estadual.

Com a decisão no Tema 1.234, o STF migrou de um modelo de pulverização e incerteza para um paradigma de governança e cooperação federativa. A fixação clara dos limites entre a Justiça Federal e a Justiça Estadual, aliada aos fluxos diferenciados para medicamentos oncológicos, garantiu maior racionalidade no orçamento público do SUS, preservando a sustentabilidade do sistema de tratamento oncológico e assegurando maior previsibilidade e segurança jurídica na tutela do direito à saúde.

DOI: 10.51161/iv-conasus/90525

4 CONCLUSÃO

A pacificação jurisprudencial promovida pelo Supremo Tribunal Federal no julgamento do Tema 1.234 reconfigurou a arquitetura jurídica e administrativa da saúde pública no Brasil, estabelecendo novos balizadores para o fornecimento de tratamentos antineoplásicos de alto custo pelo Sistema Único de Saúde (SUS). O novo arranjo, centrado na racionalização federativa e em critérios objetivos de competência jurisdicional, traz contornos ambivalentes ao cenário sanitário nacional.

Por um lado, sob a perspectiva dos aspectos positivos, a decisão fortalece a governança e o princípio da sustentabilidade econômica do SUS. A delimitação clara de papéis entre União, Estados e Municípios, respaldada por regras de ressarcimento interfederativo e pelo uso da Medicina Baseada em Evidências (MBE), reduz a pulverização orçamentária e mitiga a imprevisibilidade fiscal que sobrecarregava as finanças públicas. Ademais, ao privilegiar a via da incorporação tecnológica via Conitec e unificar a jurisprudência, a decisão busca garantir a equidade na distribuição dos recursos, preservando a coerência do sistema universal de saúde para que a tutela de demandas individuais de custo elevado não inviabilize o atendimento à coletividade.

Por outro lado, evidenciam-se aspectos negativos atrelados ao enrijecimento procedimental e ao potencial aumento da burocracia para o cidadão. A imposição de novas etapas de comprovação técnica, a divisão estrita de competências entre a Justiça Estadual e a Justiça Federal com base em pisos salariais ou na forma de aquisição do fármaco e a centralização de fluxos administrativos podem criar barreiras operacionais adicionais para pacientes em situação de extrema vulnerabilidade. No contexto das neoplasias malignas, em que o fator tempo é determinante para o prognóstico e a sobrevida, o eventual prolongamento do percurso administrativo e judicial pode acarretar morosidade na entrega do medicamento, aprofundando o sofrimento biopsicossocial do paciente e retardando o início da terapia indispensável.

Em suma, o julgamento do Tema 1.234 representa um esforço institucional relevante para transicionar do modelo individualista e desordenado de judicialização para um paradigma de cooperação federativa e equilíbrio orçamentário. O desafio remanescente consiste em evitar que a necessária racionalização jurídica do sistema se converta em entrave burocrático, assegurando que os mecanismos de gestão respeitem a celeridade e a urgência inerentes ao direito fundamental à vida e ao tratamento da saúde oncológica.

REFERÊNCIAS

BARROSO, Luís Roberto. **Controle jurisdicional das omissões inconstitucionais e proteção dos direitos fundamentais.** Supremo Tribunal Federal, 2009.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 19 set. 1990.

BRASIL. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990.** Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 28 dez. 1990.

DOI: 10.51161/iv-conasus/90525

BRASIL. **Lei nº 12.401, de 28 de abril de 2011.** Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologias em saúde no âmbito do SUS. Cria a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC). Diário Oficial da União, Brasília, 29 abr. 2011.

BRASIL. **Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012.** Dispõe sobre o início do tratamento oncológico no Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, 22 nov. 2012.

BRASIL. **Lei nº 14.313, de 21 de março de 2022.** Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre o prazo para início da disponibilização dos medicamentos incorporados ao SUS. Diário Oficial da União, Brasília, 22 mar. 2022.

CNJ. Conselho Nacional de Justiça. **Guia prático para os Temas 6 e 1.234 : fluxos para apreciação de concessão de medicamentos em face do Sistema único de Saúde** [recurso eletrônico] Conselho Nacional de Justiça– Brasília: CNJ, 2025.

SARLET, Ingo Wolfgang. **Direito constitucional e direitos fundamentais.** 2. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2012.

DOI: 10.51161/iv-conasus/90525

VIVENCIAR O TERRITÓRIO PARA COMPREENDER O SUS: RELATO DE EXPERIÊNCIA NO VERSUS PAI D'ÉGUA

CAMYLE PAIVA JACAUNA; WESLY KAUÃ PEREIRA CARVALHO; PEDRO LUCAS DO NASCIMENTO SOARES; THAMYLE COSTA DE QUEIROZ; GABRIELA MENDES RIBEIRO

Introdução: Iniciativas voltadas à formação multiprofissional em saúde, alinhadas à realidade do Sistema Único de Saúde (SUS), buscam contribuir para a implementação da saúde como direito social, formando profissionais capazes de identificar e intervir de maneira integral, considerando os determinantes sociais do processo saúde-doença. **Objetivo:** Relatar a experiência vivenciada no VERSUS Pai D'égua, em Santarém, destacando suas contribuições para a formação acadêmica e para a compreensão do cuidado em saúde nos diferentes territórios. **Relato de experiência:** As atividades ocorreram em diferentes cenários de prática, no período de 13 a 19 de abril de 2026 em Santarém no Pará, incluindo serviços de saúde e territórios de populações tradicionais, possibilitando a aproximação com distintas realidades do SUS. A experiência se baseou em estratégias de ensino-aprendizagem ativas, por meio de vivências nos territórios, visitas aos serviços de saúde e interação com as comunidades. Como forma de avaliação e reflexão, foram realizadas rodas de conversa entre os subgrupos ao final de cada dia, nas quais os participantes compartilhavam suas experiências, percepções e aprendizados. Além disso, ocorreram plenárias formativas com convidados, ampliando o debate sobre as temáticas vivenciadas e contribuindo para a construção de um olhar crítico e reflexivo acerca da realidade da saúde coletiva. **Conclusão:** Durante a vivência, foi possível conhecer diferentes territórios e realidades no município de Santarém, incluindo o território indígena Borari, em Alter do Chão, o quilombo Tiningu e uma comunidade ribeirinha em Arapixuna, além da própria dinâmica urbana da cidade. As experiências permitiram compreender, na prática, o funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS) em diferentes contextos, evidenciando suas potencialidades e desafios, bem como a importância da Atenção Primária à Saúde na organização do cuidado.

Palavras-chave: **EDUCAÇÃO EM SAÚDE; SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE; ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

DOI: 10.51161/iv-conasus/90526

MEDICAMENTOS E TRATAMENTOS DE ALTO CUSTO NO SUS: O JULGAMENTO DOS TEMAS 6 E 1.234 NO SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL

LAURINALDO FÉLIX NASCIMENTO; M. ROBERTA FEIJÓ DE MELO FARIAS SILVA

RESUMO

O fornecimento de medicamentos não incorporados às listas oficiais do Sistema Único de Saúde (SUS) representa um dos principais gargalos da judicialização da saúde no Brasil, impondo desafios orçamentários e operacionais à administração pública. Diante desse cenário, este estudo analisa a fixação de teses e parâmetros pelo Supremo Tribunal Federal (STF) nos Temas 6 (RE 566.471) e 1.234 (RE 1.366.243) da Repercussão Geral. O objetivo do trabalho consiste em examinar os impactos jurídicos e institucionais do julgamento conjunto de ambos os temas, compreendendo como as novas diretrizes do STF reestruturam o direito à saúde e a atuação jurisdicional. Metodologicamente, adotou-se uma pesquisa qualitativa, bibliográfica e documental, pautada na análise crítico-compreensiva dos acórdãos do STF, acordos interfederativos homologados pela Corte e normas do SUS. Os resultados demonstram que, no Tema 6, o STF estabeleceu a regra geral do não fornecimento de fármacos não incorporados, excepcionada sob requisitos cumulativos rigorosos: prévio esgotamento administrativo, inexistência de alternativas no SUS, indispensabilidade respaldada pela Medicina Baseada em Evidências (MBE) e comprovada incapacidade financeira do requerente. Por sua vez, o Tema 1.234 definiu a repartição de competências judiciais e o ressarcimento entre entes federativos, vinculando a presença da União na Justiça Federal a critérios de valor de custo anual e registro na Anvisa, além de chancelar termos de cooperação federativa para otimização do sistema. Conclui-se que o STF buscou um ponto de equilíbrio entre a proteção do direito fundamental individual à vida e a preservação do orçamento público e da equidade coletiva no SUS, transicionando de uma tutela jurisprudencial individualizada para um modelo mais pragmático, técnico e sustentável de governança federativa na saúde. O estudo aborda o eixo temático de judicialização da saúde.

Palavras-chave: Direito à saúde; Judicialização; Repartição de competências

1 INTRODUÇÃO

O direito à saúde, elevado à categoria de direito fundamental pela Constituição Federal de 1988, impõe ao Estado a garantia de acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde. Contudo, o aumento vertiginoso da judicialização da saúde no Brasil — sobretudo no que tange ao fornecimento de medicamentos não incorporados às listas oficiais do Sistema Único de Saúde (SUS) — passou a gerar graves distorções orçamentárias e operacionais no planejamento da gestão pública.

A relevância do tema intensificou-se com a recente pacificação da matéria pelo Supremo Tribunal Federal (STF) no julgamento conjunto do Tema 6 dos Recursos Extraordinários (RE 566.471) em setembro de 2024 e do Tema 1.234 (RE 1.366.243) em outubro do mesmo ano, fixando as teses de repercussão geral. Enquanto o Tema 6 fixou os requisitos cumulativos e indispensáveis para a concessão excepcional de fármacos fora do SUS com base na Medicina

DOI: 10.51161/iv-conasus/90527

Baseada em Evidências (MBE), o Tema 1.234 reestruturou a repartição de competências jurisdicionais e os mecanismos de ressarcimento interfederativo entre União, Estados e Municípios. A literatura jurídica e sanitária atualizada destaca que esse novo arranjo jurisprudencial busca transicionar de um modelo individualista de tutela judicial para um paradigma de governança federativa, prevendo maior previsibilidade orçamentária e a sustentabilidade econômica do SUS.

Diante desse cenário de reestruturação normativa, o presente trabalho tem como objetivo geral analisar os impactos jurídicos, institucionais e orçamentários da fixação das teses nos Temas 6 e 1.234 do STF, compreendendo como os novos parâmetros de modulação e cooperação federativa redefinem a concretização do direito à saúde no Brasil.

2 RELATO DE CASO

O conceito de "Temas" no Supremo Tribunal Federal (STF) refere-se à organização e ao agrupamento de Recursos Extraordinários (REs) que discutem uma mesma questão constitucional sob o regime da repercussão geral (STF, 2025).

O sentido semântico da repercussão geral significa que o STF, agindo como guardião da Constituição, visa a diminuir a insegurança jurídica advinda de decisões diferentes para casos repetitivos. Assim sendo, também o STF deve se pautar por parâmetros precisos para admitir ou rejeitar a presença da repercussão geral em cada caso concreto (De Vasconcelos, 2019).

O caso concreto é o qual a corte constitucional examina se a matéria é relevante sobre os aspectos social, jurídico, político ou econômico e se tem transcendência, ou seja, se a decisão pretendida alcançará regular mais que os interesses subjetivos postos em determinada causa (Ferraz, 2011).

Na ocasião, no mês de setembro de 2024 era discutido o Tema 6, oriundo do recurso extraordinário (RE 566.471), nesse recurso repetitivo a discussão era dever do Estado de fornecer medicamento de alto custo a portador de doença grave que não possui condições financeiras para comprá-lo (STF, 2016).

Nos antecedentes ao julgamento, observou-se um aumento vertiginoso das ações judiciais que pleiteavam tratamentos médicos e medicamentos em busca de efetivar as garantias de vida e dignidade humana, obrigando o Judiciário a estabelecer novos mecanismos para processar esse expressivo volume diário de litígios (Ferreira Santos; Pinheiro, 2018).

Assim, a União Estados e Municípios eram demandados judicialmente, em razão desses medicamentos e procedimentos, alguns não existentes no Brasil, ou seja, experimentais e não sujeitos ou homologados pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) ou pelas vigilâncias sanitárias locais.

A problemática do caso residia no fornecimento de medicamentos e cirurgias, em geral, que são de alta técnica médica, e, por abordarem questões de elevada complexidade clínica que extrapolam o domínio jurídico do magistrado, as ações que pleiteiam fármacos e procedimentos cirúrgicos exigem, na prática, o suporte de conhecimento técnico especializado para fundamentar as decisões do Juízo.

Era este o cenário jurídico, procedimentos e remédio de alto custo, juízes, sem conhecimento técnico adequado, mas motivados por questões sociais e de repercussão da opinião pública concedendo liminares, que obrigavam o Entes federativos a fornecerem os tratamentos e medicamentos

Não menos importante, no mês seguinte, entrou na pauta o tema 1.234, oriundo do recurso extraordinário (RE 1.366.243), este também não era menos importante, pois era justamente pertinente ao pacto federativo em saúde define de quem é a responsabilidade financeira e qual é a Justiça (Federal ou Estadual) competente para julgar ações de pacientes que pedem remédios pelo Sistema SUS.

O conflito de origem decorreu de um cidadão que entrou com uma ação judicial contra o estado exigindo o fornecimento de um medicamento de alto custo aprovado pela ANVISA, mas fora das listas do SUS. O Estado de Santa Catarina recorreu argumentando que a União deveria fazer parte da ação judicial por se tratar de verba pública federal e alta complexidade financeira.

A motivação do STF, afetou o tema diante do caos orçamentário causado pela "judicialização da saúde". Municípios e estados pequenos vinham sofrendo bloqueios de verbas para pagar remédios caríssimos de forma desordenada. O relator, Ministro Gilmar Mendes, convocou uma Comissão Especial com representantes da União, estados e municípios para criar um modelo de conciliação administrativa e divisão justa de conta (Almeida, 2025)

O relato desse caso residia no que se considera medicamentos não incorporados aqueles que não constam na política pública do SUS; medicamentos previstos nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) para outras finalidades; medicamentos sem registro na ANVISA; e medicamentos *off label*, que são aqueles prescritos para usos diferentes daqueles aprovados originalmente pela Anvisa - Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Tenorio, 2024).

Como exemplos de aplicação, é o uso de um medicamento que consta na bula o uso acima de 12 anos, mas a prescrição é para uma criança de 8 anos - É considerado off label. Um medicamento que consta na bula indicação para a doença A, mas está sendo pedido para a doença B que não consta na bula.

Também o relato do caso envolvia medicamento incorporados ao SUS, neste caso para medicamentos incorporados ao SUS, o Supremo Tribunal Federal definiu no Tema 1.234 que a responsabilidade pelo fornecimento e a competência para julgar as ações seguem as regras de divisão de atribuições já estabelecidas pelo próprio SUS (CNJ, 2025).

A competência e o financiamento ficou a cargo do Ente federativo responsável (União, Estado ou Município) é aquele definido pelas normas oficiais do SUS conforme o componente da assistência farmacêutica (Básico, Estratégico ou Especializado).

A ação judicial deve ser proposta contra o ente específico que tem o dever de fornecer o item na rede pública. Sendo a Justiça Competente:

a) Se o fornecimento pertencer à União (como em alguns grupos do Componente Especializado), o processo vai para a Justiça Federal**.**

b) Se pertencer aos Estados, Distrito Federal ou Municípios, o processo tramita na Justiça Estadual

A solução encontrada foi uma divisão entre a União e os Estados

3 DISCUSSÃO

Na análise da corte do STF o Estado não pode ser obrigado por decisão judicial a fornecer medicamentos e procedimento médicos que não foram incorporados às listas oficiais do Sistema Único de Saúde (SUS), independentemente do custo.

A discussão no Tema 6 ficou decidido que medicamento nas listas de distribuição do Sistema Único de Saúde (SUS), na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), na Relação Estadual de Medicamentos Essenciais (RESME) e na Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME), entre outras impede o fornecimento do fármaco por decisão judicial, independentemente do custo.

Excepcionalmente, é possível a concessão judicial de medicamento registrado na ANVISA, mas não incorporado às listas do SUS. Para isso, é ônus probatório do autor da ação comprovar, cumulativamente, os seguintes requisitos:

DOI: 10.51161/iv-conasus/90527

Quadro 1 – Requisitos cumulativos para a concessão judicial de medicamentos não incorporados ao SUS (Tema 6/STF)

Nº	Critério	Descrição e Ônus Probatório do Autor
1	Negativa Administrativa Prévia	Demonstração de indeferimento do pedido pelo SUS ou ausência de resposta em prazo razoável.
2	Inexistência de Alternativa no SUS	Comprovação de inexistência de tratamento ou medicamento alternativo incorporado às políticas públicas.
3	Ineficácia dos Tratamentos do SUS	Evidência da inexistência, inadequação ou ineficácia dos fármacos/procedimentos padronizados fornecidos pelo SUS.
4	Medicina Baseada em Evidências (MBE)	Comprovação de eficácia, acurácia, efetividade e segurança do fármaco pleiteado com base em evidências científicas de alto nível.
5	Imprescindibilidade do Tratamento	Indispensabilidade do medicamento para a saúde ou sobrevivência do paciente, atestada por laudo médico fundamentado.
6	Incapacidade Financeira	Comprovação de incapacidade econômica do requerente e de sua família para custear o tratamento pleiteado sem comprometer a subsistência.

Fonte: Elaborado pelo autor com base na tese de Repercussão Geral fixada pelo Supremo Tribunal Federal no RE 566.471 (Tema 6).

Na discussão no Tema 1.234 ficou decidido:

A divisão de quem deve responder à ação e pagar pelo tratamento de medicamentos não incorporados baseia-se no valor anual do tratamento:

- Tratamentos a partir de 210 salários-mínimos anuais: A competência é da Justiça Federal, devendo a União constar obrigatoriamente no polo passivo e arcar integralmente com o custo (CNJ,2025).
- Tratamentos abaixo de 210 salários-mínimos anuais: A competência permanece com a Justiça Estadual**.** A ação corre contra o Estado ou Município, e a União fará o ressarcimento posterior na proporção de 65% do valor que exceder o patamar fixado no acordo (CNJ,2025).

Quanto aos critérios para a análise judicial: No julgamento do Tema 1.234 o STF definiu o que deve ser obrigatoriamente analisado pelo magistrado ao apreciar pedido de medicamento não incorporado ao SUS, ressaltando a necessidade de análise do ato administrativo de não incorporação, comissivo ou omissivo. A análise limita-se ao exame da regularidade do procedimento e da legalidade do ato, sendo vedado ingressar no mérito do ato administrativo, ressalvada a cognição do ato administrativo discricionário, o qual se vincula à existência, à veracidade e à legitimidade dos motivos apontados como fundamentos para a sua adoção, a sujeitar o ente público aos seus termos (CNJ,2025).

4 CONCLUSÃO

As Súmulas Vinculantes (SV) são enunciados aprovados pelo STF que reúnem um entendimento obrigatório sobre matérias constitucionais, com força de cumprimento exigido para todos os demais órgãos do Poder Judiciário e da administração pública direta e indireta**.**

Com relação ao Tema 6 foi construída a SV 61 “A concessão judicial de medicamento registrado na ANVISA, mas não incorporado às listas de dispensação do Sistema Único de Saúde, deve observar as teses firmadas no julgamento do Tema 6 da Repercussão Geral (RE 566.471).”

Com relação ao Tema 1.234 foi construída a SV 60 “O pedido e a análise administrativos de fármacos na rede pública de saúde, a judicialização do caso, bem ainda seus desdobramentos (administrativos e jurisdicionais), devem observar os termos dos 3 (três) acordos

interfederativos (e seus fluxos) homologados pelo Supremo Tribunal Federal, em governança judicial colaborativa, no tema 1.234 da sistemática da repercussão geral (RE 1.366.243)."

Pacificando assim o Tema no Poder Judiciário e nos Entes federativos que viram um enorme entrave para que novas ações judiciais sejam propostas contra o os Entes federativos.

Contudo a decisão apenas criou uma forte camada de burocracia para advogados médicos e os grandes interessados que são os usuários do SUS, que em sua maioria não dispõem dec condições de contratar especialistas nessas ações fazendo com que haja mais exclusão do SUS de pessoas de baixa renda com doenças graves e necessitado de medicamentos de alto custo, a segurança jurídica foi para o lado do Estado, que *lato sensu*, tem maiores formas de controle social, tem melhor posição nos processo judiciais.

A análise aprofundada dos julgamentos dos Temas 6 e 1.234 pelo Supremo Tribunal Federal revela um retrocesso na máxima efetividade do direito fundamental à saúde, ao priorizar a contenção orçamentária em detrimento das necessidades vitais do indivíduo. Sob o pretexto de organizar a gestão pública e combater os excessos do contencioso sanitário, a fixação de exigências cumulativas e burocráticas no Tema 6 impôs um ônus probatório desproporcional ao paciente, afastando, na prática, o cidadão hipossuficiente da tutela jurisdicional do Estado. A exigência de esgotamento das vias administrativas e a rígida demonstração de Medicina Baseada em Evidências fecham as portas do Sistema Único de Saúde (SUS) para pacientes com patologias raras ou atípicas, que muitas vezes não encontram amparo no tempo de resposta burocrático da administração.

Além disso, a delimitação de competências e dos parâmetros econômicos estabelecida no Tema 1.234 gerou um entrave processual e institucional que penaliza diretamente o cidadão em situação de vulnerabilidade. Ao condicionar o foro de tramitação do processo e o dever de custeio a faixas de valor e a acordos interfederativos complexos, a decisão judicial acabou por erigir barreiras de acesso à Justiça Federal e Estadual, fragmentando o atendimento e retardando a entrega da medicação. Em vez de consolidar o SUS como um sistema universal e integral — conforme preconiza o artigo 196 da Constituição Federal de 1988 —, a orientação do STF burocratizou e restringiu o acesso aos tratamentos de saúde.

Conclui-se, portanto, que a recente jurisprudência da Corte Suprema falhou em equilibrar a sustentabilidade financeira com a dignidade da pessoa humana. Ao afastar o usuário do SUS no momento de maior desamparo clínico e financeiro, o Judiciário transformou o direito universal à saúde em uma garantia condicional e restritiva, esvaziando o núcleo essencial da proteção constitucional à vida e à saúde e submetendo a tutela da dignidade humana à frieza da lógica fiscal e orçamentária.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Luísa Ferreira Lima. O julgamento do tema 1.234 pelo STF e a evolução do tratamento judicial conferido ao tema da judicialização da saúde no brasil: análise crítica acerca dos novos limites da cognição judicial e suas potenciais repercussões à luz da efetividade dos direitos sociais. **Revista DCS**, *[S. l.]*, v. 22, n. 79, p. e138, 2025. DOI: 10.54899/dcs.v22i79.138. Disponível em: https://ojs.revistadcs.com/index.php/revista/article/view/138. Acesso em: 7 set. 2026.

CNJ. Conselho Nacional de Justiça. **Guia prático para os Temas 6 e 1.234 : fluxos para apreciação de concessão de medicamentos em face do Sistema único de Saúde** [recurso eletrônico] Conselho Nacional de Justiça– Brasília: CNJ, 2025.

DE VASCONCELLOS, Juliano Ricardo Costa Couto. A REPERCUSSÃO GERAL COMO CONCEITO JURÍDICO INDETERMINADO E OS PARÂMETROS DE

DWORKIN. **Caderno Virtual**, *[S. l.]*, v. 3, n. 45, 2019. Disponível em: https://www.portaldeperiodicos.idp.edu.br/cadernovirtual/article/view/3936. Acesso em: 7 set. 2026.

FERRAZ, Taís Schilling. "**Repercussão geral – muito mais que um pressuposto de admissibilidade"**. *in* **Repercussão Geral no Recurso Extraoridinário. Estudos em homenagem à Ministra Ellen Gracie.** Porto Alegre: LIVRARIA DO ADVOGADO. 2011.

FERREIRA DOS SANTOS, L. F.; PINHEIRO, B. O. Acesso universal e gratuito à saúde e o julgamento do RE 566.471/RN. **Revista da Defensoria Pública da União**, v. 1, n. 11, p. 129-150, 4 dez. 2018.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Informativo nº 839**. Brasília, 2016. Disponível em: <https://www.stf.jus.br/arquivo/informativo/documento/informativo839.htm>. Acesso em: 7 set. 2026.

STF. Supremo Tribunal Federal. **Entenda repercussão geral**. Brasília, DF: STF, 2025. Disponível em: https://cms.stf.jus.br/post-estatisticas/entenda-repercussao-geral/. Acesso em: 7 set. 2026.

TENORIO, Evilasio. Medicamentos off-label: o que são, e quando seu uso é possível. **Migalhas**, 15 jun. 2024. Disponível em: https://www.migalhas.com.br/depeso/409372/medicamentos-off-label-o-que-sao-e-quando-seu-uso-e-possivel. Acesso em: 7 set. 2026.

QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE: O NOVO ESTATUTO DOS DIREITOS DO PACIENTE

LAURINALDO FÉLIX NASCIMENTO; M. ROBERTA FEIJÓ DE MELO FARIAS SILVA

RESUMO

O estudo aborda o eixo temático da qualidade e Segurança do paciente no contexto do novo Estatuto dos Direitos do Paciente, instituído pela Lei nº 15.378/2026. O objetivo do trabalho consiste em analisar os impactos jurídicos, assistenciais e institucionais trazidos pelo novo marco normativo na garantia da dignidade humana, no fortalecimento da autonomia do cidadão e no aprimoramento da gestão de riscos em serviços de saúde públicos e privados. Metodologicamente, adotou-se uma pesquisa de abordagem qualitativa, do tipo bibliográfica e documental, pautada na análise exegética da nova legislação, em doutrina especializada do Direito Sanitário e da Bioética, além da apreciação de diretrizes nacionais e internacionais de segurança do paciente. Os resultados indicam que a consolidação legislativa do Estatuto formaliza direitos fundamentais, como o consentimento verdadeiramente informado, a privacidade dos dados de saúde e as diretivas antecipadas da vontade, autonomia e decisão sobre o próprio corpo, transparência e acesso à informação pois proporciona acesso facilitado ao prontuário médico ao mesmo tempo em que estabelece parâmetros rígidos de conformidade para as instituições de saúde, fomentando práticas transparentes, o dever de notificação de eventos adversos e a redução de danos evitáveis. Na conclusão apontar-se-á que a lei representa um avanço civilizatório para a saúde no Brasil, transicionando de uma cultura assistencial baseada no paternalismo hipocrático, para um modelo centrado no paciente, onde a promoção da qualidade e da segurança do cuidado passa a constituir um dever jurídico irrenunciável e um instrumento essencial para a proteção da vida e da integridade física no Sistema de Único de Saúde (SUS).

Palavras-chave: Direito à saúde; Humanização; Dignidade humana.

1 INTRODUÇÃO

Historicamente, a relação médico-paciente no Brasil caracterizou-se por uma assimetria de poder pautada na postura paternalista das instituições e dos profissionais de saúde, na qual o paciente assumia papel majoritariamente passivo diante das decisões terapêuticas. A gradual consolidação dos princípios da Bioética e a consolidação do Direito Sanitário impulsionaram a transição para um modelo centrado no paciente, exigindo maior transparência, segurança assistencial e respeito à dignidade humana. Sancionada em 6 de abril de 2026, a Lei nº 15.378/2026 instituiu formalmente o Estatuto dos Direitos do Paciente, unificando e elevando a patamar normativo nacional prerrogativas fundamentais que, até então, encontravam-se dispersas em resoluções administrativas, portarias e códigos de ética profissional (Bandeira, 2026).

A justificativa para a edição deste novo marco regulatório ampara-se no imperativo ético e jurídico de garantir a efetividade da autonomia individual e a mitigação de danos evitáveis nos serviços de saúde públicos e privados. A literatura especializada ressalta que a

DOI: 10.51161/iv-conasus/90528

fragmentação jurisprudencial e a ausência de uma codificação única sobre as garantias do paciente geravam insegurança jurídica e vulnerabilizavam a autodeterminação dos usuários do sistema. A promulgação da Lei nº 15.378/2026 preenche essa lacuna histórica ao regulamentar de forma cogente o consentimento livre e esclarecido, a legitimidade das diretivas antecipadas de vontade, a representação decisória, a confidencialidade de dados, a garantia de acompanhante e o direito irrestrito de acesso ao prontuário, alinhando a legislação brasileira aos mais elevados padrões internacionais de bioética e segurança do paciente (Brasil, 2026a).

Paralelamente, a incorporação de diretrizes rígidas sobre a qualidade e a segurança da assistência impõe uma reformulação na governança das instituições de saúde. A legislação reforça o dever de transparência nas informações clínicas, o acesso à segunda opinião e o direito do paciente de questionar ativamente práticas técnicas como dosagens de fármacos, procedência de insumos e processos de higienização (Brasil, 2026), estimulando uma cultura de engajamento e redução de eventos adversos no ambiente nosocomial (Reis, 2019).

Diante dessa transformação paradigmática na tutela jurídica da saúde, o presente trabalho tem como objetivo geral analisar os impactos normativos, bioéticos e institucionais advindos da promulgação do Estatuto dos Direitos do Paciente (Lei nº 15.378/2026), examinando como as novas garantias legais reconfiguram a autonomia do cidadão e reestruturam as práticas de gestão da qualidade e segurança da assistência à saúde no Brasil.

2 RELATO DE CASO

A promulgação do Estatuto dos Direitos do Paciente, formalizado pela Lei nº 15.378/2026, marca uma etapa de transição para o direito sanitário brasileiro ao unificar a proteção da dignidade humana no ambiente assistencial. O texto legislativo é composto por 25 artigos estruturados em quatro capítulos principais, estabelecendo um conjunto abrangente de garantias individuais, deveres de transparência e diretrizes de gestão de risco. A implementação desses preceitos na rede pública do Sistema Único de Saúde (SUS), contudo, enfrenta desafios operacionais e orçamentários, exigindo transformações institucionais significativas na administração pública (Brasil, 2026).

No Capítulo I estão as disposições gerais e dos princípios fundamentais (Arts. 1º ao 5º). O capítulo inaugural consagra os pilares da dignidade, autodeterminação, igualdade de acesso, qualidade e segurança no cuidado em saúde. Fica estabelecida a vedação expressa a qualquer forma de discriminação, além de reforçar o dever de humanização do atendimento nos estabelecimentos públicos e privados. No âmbito do SUS, o grande ponto de melhoria reside na padronização nacional desses direitos, garantindo ao usuário um amparo legal uniforme em todas as esferas federativas. Todavia, a dificuldade prática de implementação consiste em superar a cultura paternalista arraigada nas rotinas médicas e adequar o tempo de atendimento nas unidades públicas superlotadas, onde o diálogo detalhado e a escuta qualificada frequentemente colidem com a alta demanda assistencial (Jusbrasil, 2026).

Com efeito no Capítulo II, tem-se uma parte mais dogmática e principialista dos direitos fundamentais do paciente (Arts. 6º ao 14). Este núcleo normativo elenca os direitos essenciais do indivíduo, como o recebimento de informações claras sobre o diagnóstico e prognóstico, a recusa informada a tratamentos, o acesso irrestrito ao prontuário médico, a garantia de acompanhante e a privacidade dos dados clínicos.

A legislação traz um avanço notável ao blindar o consentimento livre e esclarecido, exigindo que a equipe de saúde assegure a perfeita compreensão do paciente. Na rede pública, a principal barreira operacional envolve a transição de prontuários físicos fragmentados para sistemas eletrônicos integrados que garantam a rastreabilidade e o acesso imediato pelo

cidadão, conforme exigido pelas diretrizes do governo federal e normas correlatas de proteção de dados (Migalhas, 2026).

Por avanço legal no Capítulo III, estão as Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV) e da Representação Decisória (Arts. 15 ao 19). O terceiro capítulo regulamenta a validade jurídica do testamento vital e a nomeação de procuradores de saúde, permitindo que o cidadão previamente expresse suas recusas terapêuticas para cenários de incapacidade deliberativa. O avanço institucional reflete a descentralização do poder de decisão médica, valorizando a ortotanásia, um avanço sobre o tema sensível de terminalidade da vida e o cuidado paliativo. Contudo, a aplicação prática na rede pública esbarra na carência de treinamento específico das equipes multidisciplinares e na ausência de um sistema ou banco de dados nacional unificado de consulta rápida pelas emergências do SUS, o que pode gerar dúvidas jurídicas e insegurança aos profissionais no momento do atendimento crítico (Consultor Jurídico, 2026).

Por fim, no Capítulo IV, está a governança, segurança do paciente e disposições finais (arts. 20 ao 24) Este capítulo final trata do dever de notificação de eventos adversos, da implementação obrigatória dos Núcleos de Segurança do Paciente (NSP) e das sanções pelo descumprimento dos preceitos legais. O ponto forte reside no estímulo à cultura de notificação não punitiva para prevenir falhas operacionais. Por outro lado, a principal dificuldade de implementação do Capítulo IV reside na escassez de recursos orçamentários de pequenos municípios para adequar estruturas físicas, adquirir tecnologia de ponta e manter equipes dedicadas exclusivamente à gestão de risco sanitário, agravando a disparidade regional na qualidade do cuidado (Jota, 2026).

No Quadro é possível analisar justamente que as melhorias vêm acompanhadas de desafios no SUS

Quadro - Pontos de Melhoria vs. Desafios de Implementação na Rede Pública do SUS

Capítulo / Eixo Normativo	Pontos de Melhoria no Atendimento	Desafios e Barreiras de Implementação no SUS
Cap. I: Princípios e Diretrizes	Unificação nacional das garantias; fortalecimento da humanização e equidade no SUS.	Mudança da cultura paternalista e escassez de tempo nas consultas de alta demanda.
Cap. II: Direitos do Paciente	Amparo do consentimento esclarecido; garantia de acesso ao prontuário e acompanhante.	infraestrutura tecnológica defasada para Prontuário Eletrônico e gargalos de privacidade.
Cap. III: Diretivas Antecipadas	Respeito à autonomia terminal; incentivo a cuidados paliativos integrados.	Ausência de cadastro nacional unificado de voluntades e receio de responsabilização médica.
Cap. IV: Governança e Segurança	Notificação de eventos adversos; criação de Núcleos de Segurança do Paciente obrigatoriedade.	estrições orçamentárias municipais e limitação de contingente para gestão contínua de risco.

Fonte: Elaborado pelo Autor.

A operacionalização da Lei nº 15.378/2026 no SUS exige a reorganização das instâncias de gestão. O Ministério da Saúde, em articulação com as Secretarias Estaduais e Municipais, precisará estabelecer parâmetros claros para a administração das novas exigências, sob pena de a legislação converter-se em mais um elemento indutor de judicialização da saúde (Brasil, 2026).

A garantia de autonomia do paciente, ao mesmo tempo em que eleva a qualidade da medicina, demanda investimentos em governança clínica e educação continuada dos profissionais de saúde, assegurando que os 24 artigos do Estatuto se transformem em realidade nas unidades básicas de saúde, UPAs e hospitais terciários em todo o território nacional.

DOI: 10.51161/iv-conasus/90528

3 DISCUSSÃO

Para efeito desta pesquisa em razão da mitigação da extensão da discussão de toda lei, mas sem prejuízo do entendimento precípuo do sua normas optou-se pela análise dos incisos I a IV do Artigo 2º sob a ótica da Bioética Principialista, estruturada por Tom Beauchamp e James Childress (2019), revela uma profunda convergência entre a dogmática jurídica e os quatro pilares éticos fundamentais: Autonomia, Beneficência, Não Maleficência e Justiça.

O Conselho Federal de Medicina (CFM), por meio do Código de Ética Médica (CEM), e a doutrina especializada em Direito Sanitário corroboram como essa codificação transforma vetores éticos em obrigações jurídicas estritas, começa a demonstrar a consolidação de uma nova cultura em relação ao tratamento do paciente como uma condição que necessita igualmente ser humanizada e acompanhada pelo ato médico, não resistida e postergada pela obstinação terapêutica, mas sim compatibilizada enquanto continuação e parte dos cuidados necessários (Fürst, 2019).

Análise dos incisos I a IV do Art. 2º sob a ótica da bioética:

a) I – Autodeterminação e os princípios bioéticos - o princípio da Autonomia encontra no conceito de autodeterminação sua expressão máxima, garantindo a titularidade do paciente sobre seu próprio corpo e destino assistencial (Beauchamp; Childress, 2019). Sob o prisma da Não Maleficência, vetar qualquer "coerção externa ou influência subjugante" impede o dano moral e psicológico decorrente da imposição de tratamentos não consentidos (Jusbrasil, 2026). Em termos de Beneficência, a autodeterminação ressignifica o "bem" do paciente, estabelecendo que o benefício real de uma intervenção só existe se estiver alinhado com a escala de valores e crenças do próprio indivíduo, rompendo com o paternalismo médico tradicional respaldado historicamente. Por fim, sob a perspectiva da Justiça, o direito de autodeterminar-se garante a equidade no ecossistema de saúde, assegurando que nenhum cidadão tenha sua vontade anulada por assimetria de poder técnico ou status socioeconômico (Brasil, 2026).

b) II – Diretivas antecipadas de vontade e os princípios bioéticos - as diretivas antecipadas de vontade projetam o princípio da Autonomia para momentos futuros de incapacidade deliberativa do enfermo. Esse instrumento encontra pleno amparo na Resolução CFM nº 1.995/2012, que já priorizava as vontades prévias do paciente sobre qualquer outro parecer não médico (CFM, 2012). No eixo da não maleficência, o respeito às diretivas evita a distanásia, o prolongamento obstinado e doloroso do processo de morte por meio de futilidades terapêuticas (Consultor Jurídico, 2026). A beneficência se manifesta ao assegurar ao paciente o conforto de ter seus desejos atendidos na fase final da vida, reduzindo também a angústia dos familiares. Quanto à justiça, a exigência do documento escrito uniformiza o tratamento e protege o indivíduo incapaz de ingerências arbitrárias ou decisões heterônomas das instituições de saúde (Brasil, 2026).

c) III – Representante do Paciente e os Princípios Bioéticos - a figura do representante legal, que não precisa ser uma parente, estende a autonomia do paciente por meio da delegação expressa, garantindo que suas escolhas continuem sendo a bússola das decisões clínicas mesmo na ausência de sua capacidade de manifestação (Beauchamp; Childress, 2019).

Sob o foco da beneficência, o representante atua como o guardião dos melhores interesses do paciente, auxiliando a equipe médica a interpretar o que o enfermo consideraria benéfico. O princípio da não maleficência é ativado para blindar o paciente vulnerável contra procedimentos desnecessários ou contrários ao seu histórico de vida, além de mitigar os conflitos éticos da equipe de saúde. Segundo a doutrina de Penna, *et. al* (2012), hierarquizou os princípios, tendo considerado a não maleficência (ao lado da Justiça), como princípio primário ou absoluto, sendo que sua primazia em relação à autonomia e beneficência viria do fato de serem princípios do bem público.

d) viria do fato de ser um princípio do bem público (. Em relação à justiça, a designação formal do representante estabelece uma cadeia clara de responsabilidade e segurança jurídica no processo decisório, alinhando-se aos ditames do Código Civil e das diretrizes de governança clínica (Brasil, 2002; Migalhas, 2026).

e) IV – Consentimento Informado e os Princípios Bioéticos - o consentimento informado é o elemento operacional que concretiza a Autonomia no cotidiano assistencial, exigindo que o paciente receba informações claras, acessíveis e detalhadas para delinear suas escolhas (Migalhas, 2026). Do ponto de vista da beneficência, o dever de informação qualificada capacita o cidadão a aderir ativamente ao plano terapêutico, potencializando os resultados do tratamento. No âmbito da não maleficência, a informação transparente sobre os riscos do diagnóstico e prognóstico previne o dano decorrente de intervenções intempestivas ou indesejadas, cumprindo o que estipula o Capítulo IV do Código de Ética Médica ao vedar procedimentos sem o assentamento livre do paciente (CFM, 2018). Sob a ótica da justiça, a acessibilidade da informação reduz a assimetria informativa entre médico e paciente, promovendo a democratização da relação terapêutica e a equidade na tomada de decisão (Jota, 2026).

V – Cuidados Paliativos e os Princípios Bioéticos - a conceituação dos cuidados paliativos harmoniza de forma exemplar os princípios da beneficência e da não maleficência, ao redirecionar o foco da cura impossível para a promoção do bem-estar e o alívio do sofrimento físico, psíquico, social e espiritual (Beauchamp; Childress, 2019). A não maleficência ganha destaque absoluto pela prevenção de tratamentos invasivos e inútil dor em patologias sem possibilidade de cura. A autonomia é preservada ao incluir o paciente e sua família na elaboração do plano de cuidados centrados na qualidade de vida e na dignidade do processo de finitude, evitando os cuidados meramente paliativos (D'Alessandro, *et. el.*). Por fim, o princípio da justiça impõe ao Estado e ao sistema de saúde o dever de disponibilizar equipes multidisciplinares e acesso equitativo ao controle da dor para todos os cidadãos, consagrando o cuidado paliativo como um direito humano fundamental (Brasil, 2026).

A incidência plena das normas nos serviços públicos de saúde expõe o descompasso entre a garantia normativa abstrata e as limitações materiais da gestão pública, pois o SUS é diferente do setor privado, depende de imposições legais como orçamento, licitações, treinamento e contratação de pessoal qualificado, contudo ainda pode-se apontar algumas facilidades e outras dificuldades na implementação da norma de emparo aos pacientes, assim, o descompasso entre a promessa constitucional e as limitações financeiras da gestão do SUS gera uma crise de efetividade na saúde pública (Barroso 2010).

3.1 Facilidades de Implementação no SUS:

Alinhamento com Diretrizes Existentes: O SUS já dispõe de marcos como a Política Nacional de Humanização (PNH), a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e as diretrizes do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP - Portaria MS nº 529/2013), o que facilita a recepção na norma (Brasil, 2013).

Também há no SUS uma cultura de acompanhamento e equidade. A cultura de acolhimento e o respeito ao nome social já possuem normativas consolidadas no SUS, simplificando a adequação aos requisitos legais.

3.2 Desafios e gargalos estruturais na rede pública.

A infraestrutura e privacidade para garantir exames em ambientes estritamente privados e leitos adequados colide com a superlotação sistemática de prontos-socorros e com a arquitetura obsoleta de hospitais públicos.

DOI: 10.51161/iv-conasus/90528

Logística de Transferências e Regulação. A transferência em tempo oportuno esbarra na escassez de leitos de UTI, em grandes vazios assistenciais regionais e no represamento das filas de regulação estaduais/municipais.

Digitalização de prontuários e confidencialidade. A entrega gratuita e célere de cópias de prontuários esbarra na falta de interoperabilidade do prontuário eletrônico do cidadão (PEC/e-SUS) em municípios vulneráveis e na vulnerabilidade do armazenamento físico de papéis.

O cumprimento no tratamento de dados de saúde no Sistema Único de Saúde (SUS) deve seguir rigorosamente as regras da Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD), já que informações sobre atendimento médico, exames e diagnósticos são consideradas dados pessoais sensíveis (LGPD, 2018).

Capacitação profissional e consentimento. Obter o consentimento verdadeiramente informado em consultas ambulatoriais de curta duração exige uma mudança cultural que demanda tempo, treinamento contínuo e dimensionamento adequado de pessoal.

Rede de cuidados paliativos. O acesso a analgesia de alta complexidade (como opióides) e o suporte multidisciplinar para a escolha do local de morte encontram forte assimetria no território nacional, sendo restritos quase exclusivamente a grandes centros urbanos.

4 CONCLUSÃO

A promulgação do Estatuto dos Direitos do Paciente (Lei nº 15.378/2026) consolida um avanço histórico para a saúde pública brasileira, representando um marco legal transformador no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Embora a concretização plena dos seus 24 artigos enfrente desafios operacionais, orçamentários e infraestruturais inerentes à dimensão e complexidade do sistema público, o balanço normativo é eminentemente positivo, erigindo um paradigma assistencial centrado na dignidade, transparência e segurança do cidadão.

A principal contribuição da legislação para a rede pública reside na unificação e positivação de garantias fundamentais, como o consentimento livre e esclarecido, o acesso gratuito ao prontuário, o fortalecimento das diretivas antecipadas de vontade e o direito irrestrito a acompanhante e cuidados paliativos, a lei impulsiona a melhoria contínua da gestão de riscos e a redução de danos evitáveis nos hospitais e unidades de atendimento de todo o país.

Além disso, o Estatuto democratiza a relação entre os usuários e as equipes multidisciplinares, superando a herança paternalista da medicina para instituir uma cultura de engajamento comunitário e corresponsabilidade no plano terapêutico. O respeito expresso à identidade, à diversidade cultural e ao nome de preferência fortalece os princípios constitucionais de equidade e universalidade que regem o SUS, garantindo proteção especial a grupos historicamente vulnerabilizados.

Diante desse cenário, conclui-se que o Estatuto dos Direitos do Paciente atua como um potente vetor de humanização e aprimoramento institucional. Superadas as barreiras graduais de implementação por meio de capacitação profissional e governança clínica, a Lei nº 15.378/2026 se reafirma como um instrumento indispensável para elevar a qualidade do cuidado prestado, consolidando a saúde não apenas como um dever do Estado, mas como o exercício pleno do direito à vida digna.

REFERÊNCIAS

BANDEIRA, Gustavo. O novo Estatuto dos Direitos do Paciente. **Migalhas**, [*S. l.*], 2026. Coluna Migalhas Notariais e Registrais. Disponível em: migalhas.com.br. Acesso em: 9 set. 2026.

BARROSO, Luís Roberto. Da falta de efetividade à judicialização excessiva: o direito à saúde no Brasil. ***Revista de Direito Administrativo***, Rio de Janeiro, v. 250, p. 13-39, jan./abr. 2010.

BEAUCHAMP, Tom L.; CHILDRESS, James F. **Principles of Biomedical Ethics**. 8. ed. New York: Oxford University Press, 2019.

BRASIL. **Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002**. Institui o Código Civil. Brasília, DF: Presidência da República, 2002.

BRASIL. **Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018**. Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD). Brasília, DF: Presidência da República, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013**. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. **Lei nº 15.378, de 6 de abril de 2026**. Institui o Estatuto dos Direitos do Paciente e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 2026.

BRASIL. Senado Federal. **Sancionado, Estatuto dos Direitos do Paciente entra em vigor**. Brasília: Agência Senado, 7 abr. 2026a. Disponível em: https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2026/04/07/sancionado-estatuto-dos-direitos-do-paciente-entra-em-vigor. Acesso em: 9 set. 2026.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). **Código de Ética Médica**: Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018. Brasília, DF: CFM, 2018.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). **Resolução CFM nº 1.995/2012**. Dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes. Brasília, DF: CFM, 2012.

CONSULTOR JURÍDICO. **Os desafios jurídicos e práticos na implementação do Estatuto dos Direitos do Paciente**. ConJur, 2026. Disponível em: https://www.conjur.com.br. Acesso em: 7 set. 2026.

D'ALESSANDRO, Maria Perez Soares, *et al*. (ed.). **Manual de cuidados paliativos**. 2. ed. São Paulo: Hospital Sírio-Libanês; Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: saude.gov.br. Acesso em: 10 set. 2026.

FÜRST, Henderson. As Principais Alterações no Novo Código de Ética Médica Brasileiro – Parte 2. **GEN Jurídico**, 30 abr. 2019. Disponível em: https://blog.grupogen.com.br/juridico/postagens/artigos/as-principais-alteracoes-no-novo-codigo-de-etica-medica-brasileiro-parte-2/. Acesso em: 10 set. 2026.

JOTA. **A nova Lei nº 15.378/2026 e o impacto orçamentário no Sistema Único de Saúde**. Jota Info, 2026. Disponível em: https://www.jota.info. Acesso em: 7 set. 2026.

JUSBRASIL. **Direitos do paciente e a responsabilidade civil do Estado após o novo estatuto**. Jusbrasil, 2026. Disponível em: https://www.jusbrasil.com.br. Acesso em: 7 set. 2026.

MIGALHAS. **O consentimento informado e a gestão do prontuário sob a Lei 15.378/2026**. Migalhas, 2026. Disponível em: https://www.migalhas.com.br. Acesso em: 7 set. 2026.

REIS, A. M. et al. Cultura de segurança do paciente e notificação de eventos adversos no ambiente hospitalar. ***Revista Brasileira de Enfermagem***, v. 72, n. 2, p. 450-457, 2019

PERFIL DA MORTALIDADE POR COLECISTITE NA REGIÃO NORTE DO BRASIL ENTRE 2021 E 2025: UM ESTUDO ECOLÓGICO

GABRIEL OLIVEIRA MASSA; JOÃO VICTOR CAVANHA CARDOSO; PRICILA MOREIRA ALVES; MARCELO VINÍCIUS PEREIRA SILVA; JONATHAN CAETANO DOS SANTOS; ROBSON DENIS DE ALMEIDA MIRANDA

Introdução: A colecistite é inflamação da vesícula biliar, geralmente decorrente da obstrução do ducto cístico, podendo evoluir com abdome agudo e complicações graves. No Brasil, registraram-se 1.511.217 internações por colelitíase e colecistite no SUS entre 2020 e 2024, evidenciando relevante carga assistencial. Conhecer seu perfil de mortalidade permite identificar desigualdades regionais e subsidiar estratégias de cuidado. Objetivo: Analisar a mortalidade por colecistite na Região Norte entre 2021 e 2025, segundo distribuição temporal, unidade federativa, faixa etária, sexo, raça/cor e local de ocorrência. Metodologia: Estudo observacional, retrospectivo, ecológico e de série temporal, com dados secundários do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), obtidos pelo Painel de Mortalidade CID-10, selecionando óbitos por colecistite (CID-10 K81). Incluíram-se óbitos da Região Norte entre 2021 e 2025 segundo sexo, faixa etária, raça/cor, local de ocorrência e unidade federativa. Os dados foram organizados no Google Planilhas e analisados por estatística descritiva. A taxa média anual foi calculada pela razão entre óbitos e população do Censo 2022 do IBGE, dividida por cinco anos e multiplicada por 100.000 habitantes. Resultados: Foram registrados 670 óbitos: 109 em 2021, 121 em 2022, 141 em 2023, 138 em 2024 e 161 em 2025, aumento de 47,7% entre 2021 e 2025. A taxa média anual regional foi de 0,77 óbito por 100.000 habitantes. As maiores taxas ocorreram em Roraima (0,920), Pará (0,875) e Tocantins (0,740). Predominaram óbitos no sexo feminino (390; 58,2%), em pessoas pardas (448; 66,9%), na faixa etária ≥80 anos (202; 30,1%) e em ambiente hospitalar (591; 88,2%). A concentração hospitalar reforça a gravidade dos casos fatais e a importância do reconhecimento oportuno, tratamento definitivo e assistência perioperatória. Conclusão: A mortalidade por colecistite apresentou tendência crescente na Região Norte entre 2021 e 2025, concentrando-se em mulheres, pessoas pardas e indivíduos ≥80 anos. Roraima, Pará e Tocantins apresentaram as maiores taxas médias. Por utilizar dados secundários, o estudo está sujeito a subnotificação e registros ignorados ou incompletos. Os achados reforçam a vigilância epidemiológica e o cuidado oportuno às doenças biliares, especialmente nos grupos de maior risco, sendo necessários estudos complementares sobre fatores associados às diferenças observadas.

Palavras-chave: **COLECISTITE; EPIDEMIOLOGIA; MORTALIDADE**

EDUCAÇÃO EM SAÚDE E MONITORAMENTO CARDIOMETABÓLICO: RELATO DE EXPERIÊNCIA EXTENSIONISTA DA LAFFCAM

MAYARA DE LACERDA CAVALCANTI; LAVÍNIA BEATRIZ HERMÍNIO DA SILVA

Introdução: As diretrizes brasileiras de Hipertensão Arterial (2025) e de Diabetes (2026) destacam a importância do monitoramento precoce e incentivam o autocuidado para prevenção de complicações relacionadas a essas doenças. Por se tratarem de condições que podem apresentar evolução inicialmente assintomática, o monitoramento de parâmetros cardiometabólicos torna-se relevante. Nesse contexto, a Liga Acadêmica de Fisiopatologia e Farmacologia Cardiometabólica da Universidade Federal de Pernambuco (LAFFCAM-UFPE) atua na promoção do conhecimento sobre doenças cardiometabólicas entre estudantes e comunidade, contribuindo para ampliar o conhecimento da população sobre prevenção e autocuidado. No âmbito da extensão, foram realizadas ações de educação e orientação em saúde junto ao público atendido pela Unidade Metropolitana da Farmácia de Pernambuco - Secretaria Estadual de Saúde (SES). **Objetivo**: Relatar a experiência de uma ação extensionista voltada à educação em saúde, promoção do autocuidado e monitoramento de parâmetros cardiometabólicos entre usuários da Farmácia de Pernambuco. **Experiência**: No dia 18 de dezembro de 2025, foi realizado treinamento teórico-prático, promovido pela LAFFCAM, para seus membros sobre aferição de pressão arterial (PA) e medição da glicemia capilar (GC). Posteriormente, entre os dias 3 e 5 de fevereiro de 2026, os ligantes realizaram aproximadamente 100 atendimentos por dia na Unidade Metropolitana da Farmácia de Pernambuco. A ação foi organizada em três estações: (1) orientações em saúde e entrega de folders; (2) aferição da PA e (3) medição da GC. Como estratégia educacional, foi disponibilizado material informativo sobre prevenção da síndrome metabólica e um espaço para registro dos valores medidos, permitindo aos usuários acompanhar seus parâmetros. Observou-se boa receptividade e participação dos usuários nas atividades. Os ligantes realizaram rodízio entre as estações, aplicando conhecimentos teóricos em uma experiência prática de extensão. Os participantes foram orientados de que as medidas realizadas não apresentavam finalidade diagnóstica e aqueles que apresentaram valores alterados foram orientados a buscar avaliação médica. **Conclusão**: A experiência contribuiu para aproximar o conhecimento científico produzido na universidade da comunidade, promovendo educação em saúde e monitoramento de parâmetros cardiometabólicos. Para os estudantes, a ação possibilitou a aplicação de conhecimento teórico em uma vivência prática, fortalecendo habilidades técnicas e a formação voltada à promoção da saúde.

Palavras-chave: **DIABETES; HIPERTENSÃO; LIGA ACADÊMICA**

DOI: 10.51161/iv-conasus/90532

ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS, CLÍNICOS, PREVENÇÃO E CONTROLE DO SARAMPO

MONICA APARECIDA DOS SANTOS MAGALHÃES; VÂNIA DE SOUZA EMILIANO; PAULO CÉZAR ANTÔNIO ARAÚJO DE SOUSA; FABIANA MOREIRA DO AMARAL; FRANDSON TIAGO DE ARAUJO; MARIA LÚCIA PRADO OLIVEIRA

Introdução: O sarampo é uma doença viral aguda, altamente contagiosa e potencialmente grave, causada pelo vírus do gênero Morbillivirus, pertencente à família Paramyxoviridae. Sua transmissão ocorre principalmente por via respiratória, por meio de gotículas e aerossóis eliminados durante tosse, espirro ou fala. Em ambientes fechados, o vírus pode permanecer suspenso no ar por determinado período, favorecendo sua disseminação. A doença caracteriza-se principalmente por febre alta, tosse seca, coriza, conjuntivite e exantema maculopapular. **Objetivo**: Apresentar os principais aspectos relacionados ao sarampo, incluindo sua origem e evolução histórica, manifestações clínicas, situação epidemiológica, vacinação e medidas de prevenção e controle da doença. **Metodologia**: Foi realizada uma revisão descritiva das informações apresentadas sobre o sarampo, considerando aspectos históricos, clínicos, epidemiológicos e relacionados à imunização, com ênfase na realidade brasileira. **Resultados**: O sarampo possui registros históricos antigos, sendo uma das primeiras descrições claras atribuída ao médico persa Muhammad ibn Zakariya al-Razi, por volta do século X. A vacina contra a doença foi licenciada em 1963 e posteriormente incorporada às estratégias de imunização no Brasil. Clinicamente, os sintomas iniciais incluem febre, tosse, coriza e conjuntivite, podendo surgir as manchas de Koplik e, posteriormente, o exantema, que geralmente começa na face e se dissemina pelo corpo. O Brasil recebeu o certificado de eliminação do sarampo em 2016, perdeu essa certificação em 2019 devido à reintrodução do vírus e recuperou o status de eliminação em 2024. A vacinação permanece como principal medida preventiva, sendo fundamental manter elevadas coberturas vacinais e realizar vigilância epidemiológica contínua. **Conclusão**: O sarampo permanece como importante problema de saúde pública devido à sua elevada transmissibilidade e ao risco de complicações. A manutenção de altas coberturas vacinais, a identificação precoce dos casos, a vigilância epidemiológica e a vacinação adequada da população são medidas essenciais para impedir a reintrodução e a disseminação do vírus, contribuindo para a manutenção da eliminação da doença no Brasil.

Palavras-chave: **SARAMPO; VACINA; IMUNIZAÇÃO**

DOI: 10.51161/iv-conasus/90536

EDUCAÇÃO EM SAÚDE E PROMOÇÃO DO CUIDADO NO CAPS: RELATO DE EXPERIÊNCIA DE UMA AÇÃO DE CONSCIENTIZAÇÃO SOBRE O CÂNCER DE MAMA

ISABELA SALMERON RUBIO FERREIRA; BEATRIZ ERDMAN CAMARGO; MAYARA EDWIGES; CASSIANA PIMENTA; FERNANDO BICOCCHI CANOVA; ERIKA YAMASHITA MARCELINO; ALINE APARECIDA DE SOUZA

RESUMO

A educação em saúde constitui uma importante estratégia de promoção da saúde, especialmente quando desenvolvida em espaços que favorecem o diálogo, a participação e a construção compartilhada do conhecimento. Nesse contexto, o presente trabalho relata a experiência de uma ação educativa relacionada à campanha Outubro Rosa, desenvolvida por aproximadamente 20 estudantes do curso de Biomedicina do Centro Universitário Piaget (UNIPIAGET), junto aos usuários e profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do município de Suzano, São Paulo, durante o mês de outubro de 2025. A atividade teve como propósito ampliar o conhecimento dos participantes acerca do câncer de mama, abordando fatores relacionados à prevenção, sinais e sintomas, importância da identificação precoce, formas de investigação diagnóstica e possibilidades de tratamento. A abordagem adotada pelos estudantes buscou utilizar linguagem acessível e estimular a participação dos usuários, favorecendo a troca de informações e a discussão sobre práticas de cuidado. A experiência possibilitou aos estudantes vivenciar uma prática de educação em saúde inserida no território, ampliando a compreensão sobre o papel do profissional da saúde para além dos espaços tradicionalmente associados à assistência biomédica. Para os participantes do serviço, a atividade constituiu uma oportunidade de acesso a informações relacionadas à saúde da mulher e de reflexão sobre a importância do cuidado preventivo. A experiência demonstrou que ações educativas desenvolvidas em serviços de saúde mental podem contribuir para a promoção da saúde integral, fortalecendo a integração entre instituição de ensino, serviço de saúde e comunidade

Palavras-chave: Educação em Saúde; Neoplasias de Mama; Promoção da Saúde

1 INTRODUÇÃO

A promoção da saúde pressupõe uma concepção ampliada de cuidado, na qual as ações desenvolvidas pelos serviços e profissionais de saúde não se restringem ao diagnóstico e ao tratamento de doenças, mas também envolvem prevenção, educação, autonomia e participação dos indivíduos em relação ao próprio processo de cuidado (BRASIL, 2026a). Dentro dessa perspectiva, a educação em saúde constitui uma ferramenta fundamental para aproximar conhecimentos científicos da população e favorecer a adoção de práticas que contribuam para melhores condições de saúde.

O câncer de mama representa um importante problema de saúde pública e apresenta múltiplos fatores relacionados ao seu desenvolvimento (BRASIL, 2026 b). Embora nem todos os fatores de risco sejam modificáveis, medidas relacionadas à alimentação adequada, prática

DOI: 10.51161/iv-conasus/90537

de atividade física, manutenção do peso corporal adequado, redução do consumo de bebidas alcoólicas e amamentação podem contribuir para a redução do risco. Além disso, o reconhecimento de alterações nas mamas e o acesso oportuno aos serviços de saúde são elementos importantes para a investigação de possíveis casos suspeitos (INCA, 2022). O Ministério da Saúde destaca que o diagnóstico precoce está relacionado à identificação da doença em estágios iniciais, favorecendo a efetividade do tratamento e melhores perspectivas de sobrevida (BRASIL, 2026b).

A campanha Outubro Rosa constitui uma importante estratégia de comunicação e mobilização social voltada à conscientização sobre o câncer de mama. Entretanto, ações relacionadas à campanha podem assumir diferentes formatos e alcançar públicos diversos, especialmente quando inseridas nos serviços de saúde e adaptadas às características da população atendida.

Nesse sentido, os Centros de Atenção Psicossocial constituem espaços relevantes para o desenvolvimento de ações de promoção da saúde integral. Embora tenham como finalidade central o cuidado em saúde mental, os usuários desses serviços também apresentam necessidades relacionadas a diferentes dimensões da saúde, não devendo ser compreendidos exclusivamente a partir de suas demandas psiquiátricas. A promoção do cuidado integral pressupõe, portanto, a abordagem de questões relacionadas à saúde física, prevenção de doenças e qualidade de vida (BRASIL, 2026c).

A aproximação entre instituições de ensino e serviços de saúde também representa uma oportunidade importante para a formação dos estudantes. A inserção acadêmica em cenários reais de cuidado permite que conteúdos desenvolvidos em sala de aula sejam relacionados às necessidades concretas da população, contribuindo para a formação de profissionais capazes de atuar de maneira crítica, humanizada e integrada às políticas públicas de saúde.

Dessa forma, a realização de uma ação educativa relacionada ao Outubro Rosa em um CAPS possibilitou articular conhecimentos científicos, formação acadêmica e uma necessidade de saúde presente na comunidade, utilizando a educação em saúde como instrumento de aproximação entre estudantes, serviço e usuários.

O presente relato teve como objetivo geral descrever a experiência de uma ação de educação em saúde sobre o câncer de mama, desenvolvida por estudantes do curso de Biomedicina do Centro Universitário Piaget (UNIPIAGET) junto aos usuários e profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do município de Suzano, durante a campanha Outubro Rosa de 2025. Como objetivos específicos, buscou-se promover a conscientização dos participantes acerca dos principais fatores relacionados à prevenção do câncer de mama; apresentar informações sobre sinais e sintomas que podem indicar a necessidade de avaliação profissional; ampliar o conhecimento sobre métodos de investigação diagnóstica e possibilidades de tratamento; estimular a participação e o diálogo sobre práticas de cuidado em saúde; e proporcionar aos estudantes uma experiência de integração entre conhecimento acadêmico, educação em saúde e atuação junto à comunidade.

2 RELATO DE CASO

A atividade foi desenvolvida durante o mês de outubro de 2025, no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) localizado no município de Suzano, São Paulo, como parte das ações educativas relacionadas à campanha Outubro Rosa. Participaram da atividade aproximadamente 20 estudantes do curso de Biomedicina do Centro Universitário Piaget (UNIPIAGET), além dos usuários do serviço e dos profissionais vinculados ao CAPS que estavam presentes no momento da ação (Figura 1).

A proposta surgiu a partir da compreensão de que a campanha Outubro Rosa poderia ser utilizada como oportunidade para levar informações sobre saúde da mulher para além dos

DOI: 10.51161/iv-conasus/90537

ambientes acadêmicos e dos serviços tradicionalmente relacionados à assistência ginecológica e oncológica. A escolha do CAPS como cenário da atividade possibilitou trabalhar a temática da saúde da mulher em um espaço de cuidado em saúde mental, valorizando a perspectiva de integralidade da atenção.

Previamente à atividade, os estudantes foram orientados quanto à importância da utilização de informações cientificamente fundamentadas e de uma linguagem adequada ao público. A proposta não consistia apenas na transmissão de informações, mas na criação de um espaço de diálogo no qual os participantes pudessem apresentar dúvidas, compartilhar conhecimentos prévios e discutir formas de cuidado relacionadas à prevenção e ao acompanhamento da saúde.

Durante a atividade, os estudantes abordaram aspectos relacionados ao câncer de mama, apresentando informações sobre a doença, possíveis fatores de risco e medidas relacionadas à redução de riscos. Foram discutidos hábitos de vida considerados protetores, como a prática regular de atividade física, alimentação saudável e manutenção do peso corporal adequado, além da importância de evitar o consumo de bebidas alcoólicas. Também foi abordada a importância da amamentação como fator protetor. Essas orientações foram apresentadas de forma contextualizada, evitando a ideia de que o câncer de mama poderia ser completamente evitado por meio de comportamentos individuais, uma vez que sua ocorrência está relacionada a diferentes fatores.

FIGURA 1: ação realizada no CAPS – SUZANO sobre Outubro Rosa. Pela conscientização e prevenção do carcer de mama.

Outro aspecto trabalhado pelos estudantes foi o reconhecimento de possíveis alterações nas mamas. A atividade buscou esclarecer que modificações como presença de nódulos, alterações na pele, retração do mamilo, secreções ou alterações na região das axilas podem justificar a procura por avaliação profissional, embora tais manifestações não representem necessariamente a presença de câncer. Essa diferenciação foi importante para evitar

interpretações equivocadas e, ao mesmo tempo, reforçar a importância da avaliação adequada diante de alterações persistentes ou suspeitas.

Também foram apresentadas informações relacionadas à investigação diagnóstica. Os estudantes explicaram, em linguagem acessível, que a avaliação de alterações mamárias pode envolver diferentes procedimentos e que a definição da investigação depende das características apresentadas por cada pessoa. A mamografia e outros exames de imagem foram contextualizados como ferramentas utilizadas na investigação, enquanto a biópsia foi apresentada como procedimento que pode ser necessário para confirmação diagnóstica em situações suspeitas. O objetivo foi demonstrar que o diagnóstico não deve ser realizado a partir de uma única alteração ou percepção individual, mas mediante avaliação adequada pelos profissionais de saúde.

Os estudantes também apresentaram informações gerais sobre o tratamento do câncer de mama. Foram discutidas possibilidades terapêuticas, incluindo cirurgia, radioterapia, quimioterapia e hormonioterapia, ressaltando-se que a escolha do tratamento depende de características específicas da doença, como tipo tumoral, extensão e estadiamento, além das condições individuais da paciente. Dessa maneira, buscou-se desconstruir a ideia de que existe um único tratamento aplicável a todos os casos.

Um dos aspectos mais relevantes da experiência foi a participação dos usuários do CAPS. A atividade não foi estruturada exclusivamente como uma exposição unilateral dos estudantes. A presença dos participantes possibilitou perguntas, comentários e troca de informações, transformando o momento educativo em uma oportunidade de diálogo sobre saúde. Essa característica contribuiu para que os estudantes percebessem a necessidade de adaptar a comunicação científica às características do público e de considerar os conhecimentos prévios, dúvidas e experiências dos participantes.

A participação dos estudantes proporcionou uma experiência de aprendizagem diferenciada. Ao atuar diretamente junto à comunidade, os estudantes tiveram a oportunidade de exercitar não apenas conhecimentos relacionados às ciências biomédicas, mas também habilidades de comunicação, escuta, trabalho em equipe e educação em saúde.

A ação também permitiu compreender que o cuidado em saúde deve contemplar diferentes dimensões da vida dos indivíduos. O fato de a atividade ter sido realizada em um CAPS reforçou a necessidade de considerar os usuários de serviços de saúde mental como sujeitos integrais, com necessidades relacionadas à prevenção e ao cuidado de sua saúde física, e não apenas às demandas relacionadas à saúde mental.

3 DISCUSSÃO

A experiência relatada evidencia o potencial das ações de educação em saúde desenvolvidas em espaços comunitários para aproximar o conhecimento científico da população. A realização da atividade durante o Outubro Rosa possibilitou utilizar uma campanha amplamente conhecida como ponto de partida para discutir questões relacionadas ao câncer de mama, mas ampliando a abordagem para além da divulgação de mensagens gerais.

A educação em saúde apresenta maior potencial quando estabelece comunicação horizontal com a população. Nesse modelo, o indivíduo deixa de ocupar exclusivamente a posição de receptor de informações e passa a participar ativamente do processo educativo. A interação observada durante a atividade permitiu que os estudantes identificassem dúvidas e percepções dos usuários, adequando a linguagem utilizada e transformando a atividade em uma experiência de troca.

Essa perspectiva é especialmente relevante quando se considera que informações sobre saúde podem ser interpretadas de diferentes maneiras pelos indivíduos. Mensagens simplificadas sobre prevenção podem produzir interpretações inadequadas quando não são

acompanhadas de contextualização. No caso do câncer de mama, por exemplo, é importante explicar que determinados hábitos podem reduzir o risco, mas não eliminam completamente a possibilidade de desenvolvimento da doença. Da mesma forma, alterações nas mamas devem ser avaliadas por profissionais de saúde, uma vez que diferentes condições podem apresentar manifestações semelhantes.

A atividade demonstrou a importância de abordar prevenção e diagnóstico precoce de maneira integrada. A prevenção envolve a redução de fatores de risco modificáveis e a promoção de hábitos saudáveis, enquanto o diagnóstico precoce está relacionado à identificação oportuna de sinais e sintomas suspeitos e ao acesso adequado aos serviços de saúde. Essas dimensões não devem ser apresentadas como estratégias isoladas, mas como componentes de uma abordagem mais ampla de cuidado.

Outro aspecto significativo foi a realização da ação em um CAPS. Tradicionalmente, campanhas relacionadas à saúde da mulher podem estar concentradas em unidades de atenção primária, ambulatórios ou serviços especializados. Entretanto, a experiência mostrou que espaços de cuidado em saúde mental também podem constituir ambientes importantes para ações de promoção da saúde física.

Essa abordagem está relacionada ao princípio da integralidade, segundo o qual as necessidades de saúde do indivíduo devem ser consideradas em sua totalidade. Usuários de serviços de saúde mental não deixam de apresentar necessidades relacionadas à prevenção de doenças crônicas, cânceres, doenças cardiovasculares, saúde sexual e reprodutiva, entre outras. Portanto, a inserção de ações de promoção da saúde nesses espaços contribui para ampliar a compreensão sobre o cuidado integral.

Considerando a formação acadêmica, a experiência também apresentou relevância significativa. A formação de estudantes da área da saúde não deve estar limitada ao domínio técnico de procedimentos e conteúdos específicos. A atuação profissional exige capacidade de comunicação, escuta, empatia e compreensão das características sociais e culturais da população atendida.

A participação dos estudantes em uma ação realizada fora do ambiente acadêmico permitiu uma aproximação concreta com essas demandas. Ao explicar conteúdos científicos para um público diverso, os estudantes precisaram selecionar informações relevantes, abandonar excessos de terminologia técnica e utilizar estratégias de comunicação mais acessíveis. Essa experiência contribui para o desenvolvimento de competências que dificilmente podem ser plenamente desenvolvidas apenas por meio de aulas expositivas.

A integração entre ensino e serviço também favorece uma formação mais conectada às necessidades do Sistema Único de Saúde. A presença dos estudantes em um equipamento público de saúde possibilitou compreender o serviço como espaço de cuidado, mas também como ambiente de aprendizagem e produção de conhecimento.

A experiência ultrapassou a realização pontual de uma atividade comemorativa relacionada ao Outubro Rosa. A campanha foi utilizada como instrumento para promover uma discussão mais ampla sobre prevenção, diagnóstico, tratamento e responsabilidade individual e coletiva no cuidado com a saúde.

Esta atividade reforça a importância de desenvolver ações educativas que respeitem as características do público. A comunicação sobre câncer pode despertar medo, ansiedade ou associações negativas. Por esse motivo, abordar a temática de maneira acolhedora, objetiva e cientificamente responsável é fundamental. O objetivo de uma ação de conscientização não deve ser gerar preocupação, mas ampliar a capacidade dos indivíduos de reconhecer informações relevantes, compreender a importância do acompanhamento profissional e buscar os serviços de saúde quando necessário.

4 CONCLUSÃO

A experiência demonstrou que ações de promoção da saúde podem e devem ser desenvolvidas em diferentes espaços de cuidado, incluindo os serviços de saúde mental, contribuindo para uma concepção ampliada e integral do indivíduo. Para os estudantes, a atividade proporcionou uma oportunidade de aplicar conhecimentos científicos em um contexto real, desenvolvendo simultaneamente competências relacionadas à comunicação, escuta, trabalho coletivo e responsabilidade social.

Conclui-se que a utilização de campanhas de conscientização, como o Outubro Rosa, associada a estratégias educativas participativas, pode favorecer a aproximação da população com informações relevantes para o cuidado em saúde. Além disso, experiências dessa natureza fortalecem a integração entre instituições de ensino e serviços do Sistema Único de Saúde, contribuindo para uma formação acadêmica mais humanizada, crítica e comprometida com as necessidades da comunidade.

.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Câncer de mama**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2026b. Disponível em: Ministério da Saúde – Câncer de mama. Acesso em: 2 set. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Promoção da Saúde e da Alimentação Adequada e Saudável**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2026a. Disponível em: Ministério da Saúde – Promoção da Saúde. Acesso em: 5 set. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Outubro Rosa: prevenção e diagnóstico precoce do câncer de mama**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2026c.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). **Câncer de mama: vamos falar sobre isso?** 7. ed. rev. atual. Rio de Janeiro: INCA, 2022.

DOI: 10.51161/iv-conasus/90537

O IMPACTO DA SIFILIS CONGÊNITA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

CAMILY VITÓRIA RAMOS DA SILVA; JULIANE LIMA ALENCAR

Introdução: Sífilis congênita é uma infecção transmitida da mãe para o feto durante a gestação ou o parto, causada pela bactéria Treponema pallidum. Se a mãe não for tratada adequadamente, o bebê pode nascer com sífilis, o que pode resultar em sérias complicações. **Objetivo:** Relatar a experiência de um acadêmico de enfermagem durante um estágio extracurricular supervisionado no Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar (NVEH). **Descrição da experiência:** Os casos ocorreram durante o estágio extracurricular supervisionado no NVEH, em um hospital regional. Acompanhamos dois casos de sífilis congênita, o primeiro a mãe apresentou o VDRL 1/32 e o seu Recém-nascido (RN), apresentou resultado de VDRL: 1/64, prematuro com 31 semanas de gestação, apresentou sintomas como hepatomegalia, esplenomegalia e petequeias em região abdominal, além de ficar internado em estado grave. Ademais, é válido destacar que a mãe desse RN não realizou o pré-natal, assim, só obteve conhecimento da sífilis gestacional no parto, o que facilitou transmissão para o RN, uma vez que a mãe não realiza o tratamento da infecção. Já o segundo caso, a mãe apresentou o resultado 1/32 e o seu RN de VDRL: 1/128, realizou pré-natal, mas não fez tratamento, o RN nasceu prematuro com 30 semanas, manifestou sintomas como edema em região abdominal, cianose, lesões descamativas em mãos sugestivas de pênfigo, petequeias no abdome, hepatoesplenomegalia, e hipótese diagnóstico de pneumonia. Contudo, o RN não evoluiu bem e avançou com uma parada cardiorrespiratória, resultando no óbito do paciente. **Resultados e Conclusão:** Esses dois casos são reflexos do entendimento das mães sobre a importância da realização do pré-natal e na fragilidade da atenção primaria principalmente por não detectar a tempo a gestante, e a qualidade desse pré-natal. Além disso, o NVEH, é responsável por acompanhar a evolução dos casos, para complementar as informações das de doenças de notificação compulsórias e encaminhar para o ministério da saúde para geração de políticas públicas. Esse acompanhamento dos recém-nascidos, garante que os pacientes recebam o tratamento correto, além de relatar sobre o pré-natal da mãe e os sintomas desses recém-nascidos.

Palavras-chave: **SIFILIS CONGÊNITA; PRÉ-NATAL; EPIDEMIOLOGIA**

DOI: 10.51161/iv-conasus/90539

A PSICOLOGIA PARA ALÉM DO ATO INFRACIONAL: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA COM ADOLESCENTES EM CONFLITO COM A LEI

LARISSA MARQUES DA SILVA; MIGUEL NOGUEIRA PEREIRA; ALEXANDRE AUGUSTO VEIGA; JÚLIA CONFERRI DE LIMA; MANUELA PIMENTEL LEITE; FIDELIS LIBERO GRANDO FILHO

Introdução: Os adolescentes em conflito com a lei representam uma questão social que envolve dimensões individuais, familiares e sociais. Nesse contexto, o processo socioeducativo, orientado pelo Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (SINASE), busca promover a responsabilização e novas perspectivas, articulando diferentes políticas públicas para assistência aos adolescentes. O Sistema Único de Saúde (SUS) fornece atendimentos em saúde integral, incluindo saúde mental, criando espaços de escuta e acolhimento que favorecem a desconstrução de estigmas dos adolescentes, possibilitando compreendê-los para além dos atos infracionais cometidos. **Objetivo:** O presente relato tem como objetivo descrever a experiência de acadêmicos de Psicologia, em estágio não obrigatório e vinculado ao SUS, durante intervenções realizadas na presença de um Psicólogo Supervisor, em um Centro de Socioeducação (CENSE), destacando a desconstrução de estigmas acerca dos adolescentes. **Relato De Experiência:** Antes da atuação no CENSE, os acadêmicos apresentavam receios relacionados ao contato com os adolescentes, diante da possibilidade de comportamentos agressivos, resistência às atividades e dificuldades para o estabelecimento de vínculos. Essas percepções estavam, em parte, atravessadas por representações sociais que frequentemente associam adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas exclusivamente aos atos infracionais praticados, contribuindo para uma visão estigmatizante desse público. Entretanto, ao longo das intervenções e diálogos, foi possível identificar diferentes formas de participação e aproximação por parte dos adolescentes, possibilitando a construção de novas percepções. A experiência permitiu reconhecer suas singularidades, histórias de vida, sentimentos, dificuldades e potencialidades, compreendendo-os para além do ato infracional. Dessa forma, o distanciamento inicial deu lugar à construção de vínculos e a uma perspectiva crítica sobre os estigmas socialmente atribuídos a esses jovens. **Conclusão:** Conclui-se que a atuação dos acadêmicos no CENSE ultrapassou a aprendizagem de técnicas de intervenção, constituindo-se como uma experiência de formação ética e crítica. A aproximação com os adolescentes possibilitou confrontar expectativas iniciais com a realidade vivenciada, contribuindo para a desconstrução de estigmas e reconhecimento dos adolescentes como sujeitos de direitos e de possibilidades. A experiência reforçou, ainda, a importância da Psicologia na construção de espaços de escuta e acolhimento que não reproduzam julgamentos ou reduzam os sujeitos aos atos infracionais.

Palavras-chave: **SAÚDE MENTAL; SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE; SOCIOEDUCAÇÃO**

DOI: 10.51161/iv-conasus/90541

PERSPECTIVAS DO CUIDADO A PESSOAS TRANS EM ENFERMAGEM OBSTÉTRICA: REPENSANDO CONTEÚDOS DE GÊNERO E DIVERSIDADE NA FORMAÇÃO DE PROFISSIONAIS DA ENFERMAGEM EIXO TEMÁTICO: SAÚDE LGBTQIAPN+

LIGIA D ARC SILVA ROCHA PRADO; ROSE MARY COSTA ROSA ANDRADE SILVA; ELIANE RAMOS PEREIRA

Introdução: A assistência obstétrica tem passado por importantes transformações em decorrência do reconhecimento da diversidade de gênero e da ampliação do acesso de homens trans e pessoas transmasculinas aos serviços de saúde sexual e reprodutiva. Na enfermagem obstétrica, tais desafios tornam se ainda mais evidentes durante o acompanhamento pré natal, parto, nascimento e puerpério, momentos que exigem cuidado humanizado, acolhimento e respeito à identidade de gênero. Objetivo: Analisar as perspectivas do cuidado às pessoas trans na enfermagem obstétrica, discutindo a importância da incorporação de conteúdos relacionados à diversidade de gênero e à saúde da população trans na formação dos profissionais de enfermagem, visando ao fortalecimento de uma assistência obstétrica inclusiva, humanizada e fundamentada nos princípios da equidade. Metodologia: Trata se de uma revisão integrativa da literatura, de abordagem qualitativa. Foram utilizados artigos científicos nacionais e internacionais indexados nas bases Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), PubMed/MEDLINE, BDENF, LILACS e Web of Science, além de documentos oficiais do Ministério da Saúde. Incluíram se estudos que abordavam formação em enfermagem, assistência à população trans e cuidado obstétrico, publicados em português, inglês e espanhol. Após aplicação dos critérios de elegibilidade, realizou se leitura crítica dos estudos e organização dos achados por análise temática. Resultados: Os estudos analisados evidenciaram que a insuficiente abordagem da diversidade de gênero durante a graduação repercute diretamente na prática assistencial dos enfermeiros. Foram identificadas fragilidades relacionadas ao desconhecimento sobre identidade de gênero, comunicação não inclusiva, dificuldades na utilização do nome social, insegurança clínica e inexistência de protocolos específicos para o atendimento de pessoas trans nos serviços de saúde. Conclusão: A qualificação da enfermagem obstétrica para o cuidado às pessoas trans depende da reformulação dos currículos de graduação e da ampliação das ações de educação permanente, incorporando conteúdos relacionados à diversidade de gênero, competência cultural e direitos humanos. O fortalecimento dessas competências contribui para reduzir práticas discriminatórias, ampliar o acesso da população trans aos serviços de saúde sexual e reprodutiva e consolidar uma assistência obstétrica humanizada, inclusiva e alinhada aos princípios do Sistema Único de Saúde.

Palavras-chave: **PESSOAS TRANSGÊNERO; ENFERMAGEM OBSTÉTRICA; IDENTIDADE DE GÊNERO**

DOI: 10.51161/iv-conasus/90544

ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA E TENDÊNCIA TEMPORAL DA MORTALIDADE MATERNA NO ESTADO DE MINAS GERAIS: UM ESTUDO ECOLÓGICO (2018–2023)

RAFAEL RODRIGUES SILVA; ANA CAROLINA DE CASTRO FERNANDES ALVES; MARIA LUIZA OLIVEIRA PEIXOTO; ISABELA LUTIENE NUNES; ISABELA DINIZ MARQUES; BARBARA ANGÉLICA CASTRO COELHO

RESUMO

A mortalidade materna permanece como um desafio prioritário para a saúde pública no Brasil, refletindo a qualidade da assistência prestada no ciclo gravídico-puerperal e o acesso aos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS). O presente estudo teve como objetivo analisar a tendência temporal e o perfil epidemiológico da mortalidade materna no estado de Minas Gerais entre 2018 e 2023. Trata-se de um estudo epidemiológico descritivo e ecológico de série temporal, com dados secundários extraídos do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) via DATASUS. No período analisado, foram registrados 813 óbitos maternos e 1.478.847 nascidos vivos, resultando em uma Razão de Mortalidade Materna (RMM) média de 54,97 óbitos por 100.000 nascidos vivos. Verificou-se relativa estabilidade nos anos de 2018 (51,20/100 mil) e 2019 (44,76/100 mil), seguida por uma expressiva elevação no ápice da pandemia de COVID-19 em 2021, quando o indicador atingiu 94,58/100 mil NVs — um aumento de 111,3% em relação a 2019, impulsionado por causas obstétricas indiretas e sobrecarga hospitalar. Nos anos subsequentes, observou-se uma consistente curva de declínio, registrando-se RMM de 46,79/100 mil em 2022 e alcançando o menor índice da série em 2023, com 41,89 óbitos por 100.000 nascidos vivos. Paralelamente, identificou-se uma redução de 11,27% no número absoluto de nascidos vivos no estado. O resultado obtido em 2023 situa Minas Gerais abaixo da meta 3.1 dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) da Agenda 2030 da ONU, que estipula o limite de 70 mortes por 100 mil NVs. Conclui-se que, apesar da recuperação sanitária no pós-pandemia e do alcance da meta internacional, a persistência de óbitos por causas predominantemente evitáveis reforça a necessidade contínua de qualificação da assistência pré-natal na Atenção Primária, do fortalecimento da rede de urgência obstétrica e do aprimoramento da vigilância epidemiológica territorial.

Palavras-chave: Mortalidade Materna; Saúde da Mulher; Sistema Único de Saúde.

1 INTRODUÇÃO

A mortalidade materna configura-se como uma das mais graves violações dos direitos humanos no campo da saúde pública, refletindo diretamente as disparidades socioeconômicas, o acesso aos serviços e a qualidade da atenção prestada às mulheres no ciclo gravídico-puerperal (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2023). Definida como o óbito de uma mulher durante a gestação ou dentro de um período de 42 dias após o seu término, por causas relacionadas ou agravadas pela gravidez, a grande maioria desses eventos é classificada como

DOI: 10.51161/iv-conasus/90550

evitável quando há assistência oportuna, humanizada e baseada em evidências científicas (SANTOS et al., 2022). No cenário internacional, a redução desse indicador é uma prioridade global pactuada na Agenda 2030 das Nações Unidas através do Objetivo de Desenvolvimento Sustentável (ODS) 3.1, que estabelece a meta de reduzir a Razão de Mortalidade Materna (RMM) global para menos de 70 óbitos por 100.000 nascidos vivos (UNITED NATIONS, 2015; OPAS, 2021).

No Brasil, o alcance dessa meta enfrenta contínuos desafios estruturais e assistenciais, agravados no período pós-pandêmico de COVID-19, no qual houve expressivo retrocesso nos indicadores de saúde materna no país (LEAL et al., 2021). Nesse contexto, a Atenção Primária à Saúde (APS) consolida-se como o eixo ordenador da Rede de Atenção à Saúde da Mulher no Sistema Único de Saúde (SUS), sendo o acompanhamento pré-natal a estratégia de maior impacto para a mitigação de danos e prevenção do óbito (BRASIL, 2022). A assistência pré-natal qualificada e precoce viabiliza a captação em tempo oportuno, o rastreamento rigoroso de patologias pré-existentes e o manejo adequado de intercorrências graves, como as síndromes hipertensivas e as hemorragias obstétricas, que permanecem entre as principais causas diretas de morte materna no país (GUIMARÃES et al., 2020).

No estado de Minas Gerais, a despeito do avanço na cobertura da Estratégia Saúde da Família e da implementação da Rede Materno-Infantil, observa-se uma acentuada heterogeneidade espacial e assistencial entre as suas diversas regiões de saúde (SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS, 2022). Desafios relacionados à fixação de profissionais, falhas na articulação entre a atenção básica e a assistência hospitalar de urgência e emergência e disparidades no acesso a leitos de Terapia Intensiva (UTI) neonatal e obstétrica comprometem a resolutividade do sistema em momentos críticos do trabalho de parto e puerpério (SILVA et al., 2023). Diante desse panorama, o monitoramento contínuo dos indicadores epidemiológicos no território mineiro torna-se indispensável para identificar perfis de vulnerabilidade e fornecer subsídios científicos à gestão pública, visando o fortalecimento das políticas de saúde da mulher.

2 MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo epidemiológico descritivo e ecológico de série temporal, com abordagem quantitativa, focado na caracterização da mortalidade materna no Estado de Minas Gerais. O período de estudo compreendeu os anos de 2018 a 2023, analisando todos os registros de óbitos de mulheres em idade fértil que ocorreram durante a gestação ou até 42 dias após o término da gravidez (óbito materno direto e indireto).

Os dados foram obtidos por meio de consulta secundária às bases do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), disponibilizadas pelo Departamento de Informática do SUS (DATASUS/TABNET) e mantidas pela Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES-MG). Os casos foram categorizados segundo o Capítulo XV da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10) — "Gravidez, parto e puerpério" (códigos O00 a O99).

As variáveis independentes analisadas contemplaram: a) Perfil sociodemográfico: faixa etária (10 a 14, 15 a 19, 20 a 34, 35 a 49 anos), raça/cor de autorreferência, grau de escolaridade e estado civil; b) Características clínicas e assistenciais: momento da ocorrência do óbito (gestação, trabalho de parto, parto ou puerpério), tipo de causa (ob obstétrica direta vs. indireta) e causa básica declarada.

Para o cálculo do indicador principal, utilizou-se a Razão de Mortalidade Materna (RMM), expressa pela fórmula: (Número de óbitos maternos / Número de nascidos vivos) x 100.000. O processamento, tabulação e análise descritiva dos dados foram conduzidos em

planilhas eletrônicas (Microsoft Excel®). Foram calculadas frequências absolutas e relativas para as variáveis categóricas, bem como a variação percentual da RMM ao longo dos anos analisados.

A pesquisa utilizou exclusivamente bancos de dados secundários e anonimizados de acesso público e irrestrito. Por essa razão, em conformidade com a Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), o projeto dispensou a apreciação por Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

No período compreendido entre janeiro de 2018 e dezembro de 2023, foram registrados 813 óbitos maternos e 1.478.847 nascidos vivos no estado de Minas Gerais. A análise da série histórica revelou uma Razão de Mortalidade Materna (RMM) média de 54,97 óbitos por 100.000 nascidos vivos no quinquênio/sexênio avaliado, caracterizada por importantes oscilações ao longo do tempo (Tabela 1).

Tabela 1 – Razão de Mortalidade Materna (RMM) em Minas Gerais (2018–2023)

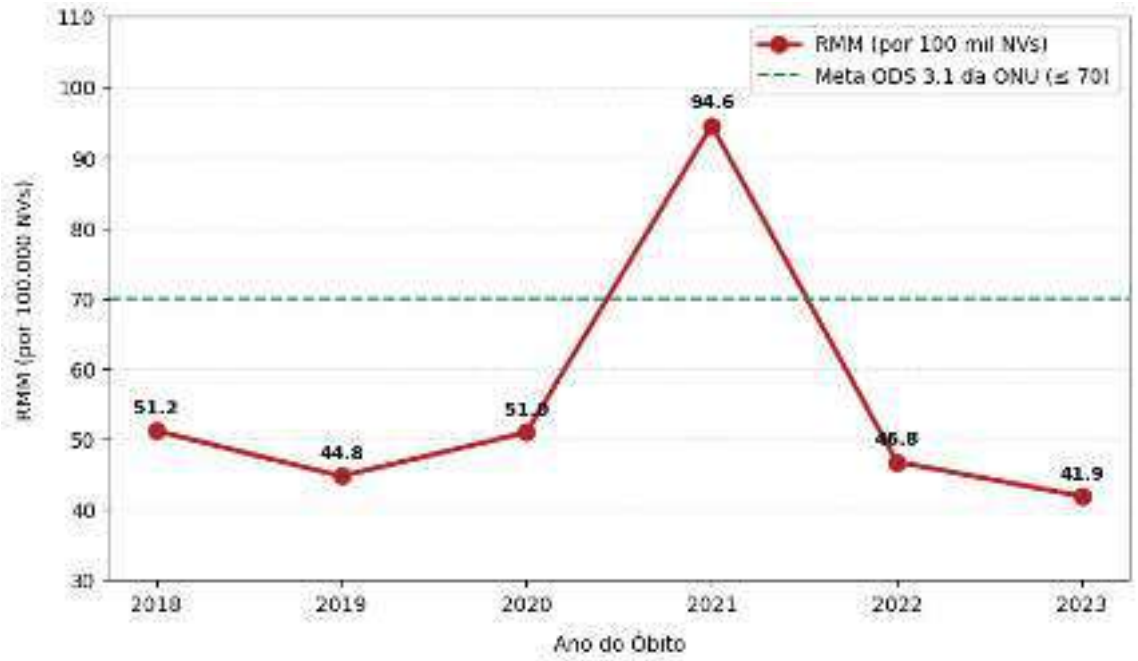
Ano	Óbitos Maternos (n)	Nascidos Vivos (n)	Razão de Mortalidade Materna (RMM)*
2018	135	263.640	51,20
2019	115	256.892	44,76
2020	126	247.198	50,97
2021	229	242.136	94,58
2022	110	235.063	46,79
2023	98	233.918	41,89
Total / Média	813	1.478.847	54,97

*Razão expressa por 100.000 nascidos vivos. Fonte: Elaboração própria com dados extraídos do SIM/SINASC (DATASUS/MS).

Entre 2018 e 2019, o indicador manteve um comportamento de relativa estabilidade, com RMMs de 51,20 e 44,76 por 100 mil NVs, respectivamente. No entanto, no ano de 2020, marco de emergência da pandemia de COVID-19 no país, observou-se uma discreta elevação do indicador para 50,97/100 mil NVs.

O ápice da série epidemiológica ocorreu no ano de 2021, quando a RMM atingiu 94,58 óbitos por 100.000 nascidos vivos, representando um expressivo crescimento de 111,3% em relação ao período pré-pandêmico (2019), conforme ilustrado na Figura 1.

Figura 1 – Evolução da Razão de Mortalidade Materna (RMM) em Minas Gerais e alinhamento com a meta dos ODS (2018–2023)



Fonte: Elaboração própria com base em dados do SIM e SINASC (DATASUS/MS), 2024.

Essa ascensão vertiginosa reflete a gravidade do impacto da COVID-19 no ciclo gravídico-puerperal. Achados semelhantes foram descritos na literatura nacional e internacional, evidenciando que o Brasil apresentou uma das maiores taxas mundiais de letalidade materna decorrente de complicações respiratórias e vasculares associadas à infecção pelo SARS-CoV-2 (TAKEMOTO et al., 2020; LEAL et al., 2021). No contexto mineiro, no ano de 2021, as infecções pelo coronavírus responderam pela maioria dos óbitos por causas obstétricas indiretas, evidenciando o colapso dos leitos de Terapia Intensiva (UTI) e o atraso no manejo oportuno de gestantes criticamente enfermas (SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS, 2024).

A partir de 2022, observou-se uma curva acentuada de inflexão e queda no indicador. A RMM reduziu para 46,79/100 mil NVs em 2022 e alcançou o valor de 41,89 óbitos por 100.000 nascidos vivos em 2023, constituindo o menor índice verificado nos seis anos estudados. Essa recuperação sanitária no pós-pandemia associa-se prioritariamente ao avanço da imunização de gestantes e puérperas contra a COVID-19 e à retomada das rotinas presenciais de acompanhamento pré-natal na Atenção Primária à Saúde (APS) (SANTOS et al., 2022).

Sob a ótica das metas internacionais, o resultado obtido em Minas Gerais no ano de 2023 (41,89/100 mil NVs) coloca o estado em situação favorável frente ao compromisso assumido na Agenda 2030 das Nações Unidas, por meio do Objetivo de Desenvolvimento Sustentável (ODS) 3.1, que estipula a redução da RMM global para menos de 70 por 100.000 nascidos vivos (UNITED NATIONS, 2015).

Contudo, apesar do progresso, a ocorrência contínua de cerca de uma centena de óbitos maternos anuais no estado exige atenção da gestão pública. A literatura científica reitera que a maior fração das mortes maternas no Brasil permanece enquadrada como evitável, sendo desencadeada por causas obstétricas diretas clássicas, tais como as síndromes hipertensivas (pré-eclâmpsia e eclampsia), hemorragias pós-parto e infecções puerperais (GUIMARÃES et al., 2020; SILVA et al., 2023). Esses agravos apontam para vulnerabilidades remanescentes no processo assistencial, que incluem a captação tardia na APS, falhas no rastreamento e manejo de gestações de alto risco e atrasos na regulação hospitalar de urgência (BRASIL, 2022).

Por fim, identificou-se uma redução gradual e ininterrupta no volume absoluto da natalidade em Minas Gerais, com retração de 11,27% nos nascidos vivos entre 2018 ($n = 263.640$) e 2023 ($n = 233.918$). Essa tendência demográfica traduz a queda generalizada na taxa de fecundidade do país (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2023). A diminuição do denominador reforça a importância da atuação contínua dos Comitês de Prevenção da Mortalidade Materna, Infantil e Fetal no estado, visando a melhoria da qualificação das declarações de óbito e o combate à subnotificação no território mineiro (SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS, 2024).

4 CONCLUSÃO

A mortalidade materna em Minas Gerais, analisada entre 2018 e 2023 por meio do SIM e SINASC (DATASUS), apresentou uma média de 54,97 óbitos por 100.000 nascidos vivos, caracterizada por forte oscilação temporal. Após relativa estabilidade em 2018 (51,20) e 2019 (44,76), a pandemia de COVID-19 provocou um aumento na Razão de Mortalidade Materna (RMM) em 2020 (50,97) e um pico em 2021 (94,58), representando uma alta de 111,3% em relação ao período pré-pandêmico, impulsionada sobretudo por complicações respiratórias associadas ao SARS-CoV-2. A partir de 2022 (46,79), o indicador entrou em trajetória de queda, atingindo em 2023 o menor nível da série (41,89), fruto do avanço da imunização e da retomada dos serviços na Atenção Primária à Saúde. Embora esse resultado coloque o estado em situação favorável perante a meta do ODS 3.1 da ONU (RMM < 70/100 mil NVs), a ocorrência de óbitos por causas evitáveis — como síndromes hipertensivas e hemorragias — evidencia falhas remanescentes no pré-natal e na regulação de urgências. Paralelamente, registrou-se uma queda de 11,27% no total de nascidos vivos, refletindo a transição demográfica nacional. Diante disso, conclui-se ser indispensável fortalecer a captação precoce das gestantes, a qualificação do manejo obstétrico e a vigilância dos comitês de mortalidade para assegurar reduções sustentáveis do indicador no estado.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Gestação de Alto Risco**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

GUIMARÃES, R. M. et al. Tendência temporal da mortalidade materna no Brasil e suas regiões: 2000 a 2018. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 23, e200094, 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo Demográfico 2022**: Resultados do universo. Rio de Janeiro: IBGE, 2023.

LEAL, M. C. et al. The burden of maternal and child mortality in Brazil. **The Lancet Global Health**, v. 9, n. 6, p. e720-e721, 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Trends in maternal mortality 2000 to 2020**: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and UNDESA/Population Division. Genebra: World Health Organization, 2023.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Recomendações para a prevenção e manejo da mortalidade materna**. Brasília: OPAS/OMS, 2021.

SANTOS, F. S. et al. Mortalidade materna evitável no Brasil: uma análise descritiva dos últimos dez anos. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 38, n. 4, e00124521, 2022.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS (SES-MG). **Plano Estadual de Saúde de Minas Gerais 2020-2023**. Belo Horizonte: SES-MG, 2022.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS (SES-MG). **Relatório Anual do Comitê Estadual de Prevenção da Mortalidade Materna, Infantil e Fetal de Minas Gerais (2022–2023)**. Belo Horizonte: Subsecretaria de Vigilância em Saúde, 2024.

SILVA, A. L. et al. Disparidades regionais no acesso à assistência obstétrica em Minas Gerais: um estudo ecológico. **Revista de Saúde Pública**, v. 57, n. 12, p. 1-11, 2023.

TAKEMOTO, M. L. S. et al. Maternal mortality from COVID-19 in Brazil. **International Journal of Gynecology & Obstetrics**, v. 151, n. 1, p. 145-147, 2020.

UNITED NATIONS. **Transforming our world**: the 2030 Agenda for Sustainable Development. Nova York: United Nations, 2015.

DOI: 10.51161/iv-conasus/90550

EDUCAÇÃO MÉDICA HUMANIZADA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: CONTRIBUIÇÕES PARA A FORMAÇÃO CENTRADA NA PESSOA

LUIZ PHILLIPE BRESEGHELLO SCHAFFHAUSSER; LAURA CRISTINA PEREIRA MAIA

Introdução: A formação médica deve contemplar competências que ultrapassem o conhecimento técnico, incluindo comunicação, vínculo, integralidade e cuidado centrado na pessoa. A Atenção Primária à Saúde (APS) constitui importante cenário para esse processo, por favorecer a aproximação do estudante com usuários, famílias e território. Estudos brasileiros apontam, entretanto, desafios relacionados à integração ensino-serviço e à organização pedagógica das experiências formativas. **Objetivo:** Analisar, na literatura, as contribuições da Atenção Primária à Saúde para o desenvolvimento de competências relacionadas à humanização, empatia, comunicação e cuidado centrado na pessoa na formação médica. **Metodologia:** Foi realizada revisão narrativa da literatura, com busca direcionada em bases e periódicos científicos nacionais e internacionais (LILACS, PubMed e BVS Saúde). Foram priorizados estudos brasileiros sobre formação médica na APS, humanização, comunicação, cuidado centrado na pessoa e percepção de estudantes e usuários. Estudos internacionais foram incorporados para complementar a análise conceitual e educacional. **Resultados:** A literatura analisada evidenciou quatro aspectos principais: a relevância da APS como cenário de formação médica; a importância da integração entre ensino, serviço e território; o desenvolvimento de competências relacionadas à integralidade, comunicação, empatia e cuidado centrado na pessoa; e a utilização de estratégias pedagógicas ativas e estruturadas, com ênfase na reflexão e no desenvolvimento de habilidades comunicacionais. Estudos brasileiros indicaram que a inserção na APS pode favorecer aprendizagens significativas e a compreensão da integralidade, enquanto a percepção dos usuários evidenciou elementos de humanização, atenção e vínculo nos atendimentos realizados por acadêmicos. Também foram identificados desafios relacionados à estrutura dos serviços e à organização pedagógica das atividades. **Conclusão:** A literatura aponta a APS como cenário relevante para o desenvolvimento de competências humanísticas na formação médica. A articulação entre experiência prática, integração ensino-serviço e estratégias pedagógicas estruturadas pode contribuir para qualificar esse processo, oferecendo subsídios para o desenvolvimento de recursos educacionais complementares à vivência dos estudantes na APS

Palavras-chave: **ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE; EDUCAÇÃO MÉDICA; CUIDADO CENTRADO NA PESSOA**

DOI: 10.51161/iv-conasus/90551

PROFILAXIA PRÉ-EXPOSIÇAÕ (PREP) E PROFILAXIA PÓS EXPOSIÇAÕ PEP EM COMBATE AO HIV EM JOVENS NO BRASIL

VALDOMIRO FERREIRA DA SILVA NETO; ADRIANA DOS SANTOS ESTEVAM; ANTONIO OLIVEIRA ALVES; PALOMA MUNIZ PASSOS; FERNANDA BARRETO NOGUEIRA; RAYANE SANTOS CABRAL; MARIANA GONÇALVES DE OLIVEIRA

INTRODUÇÃO: O vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) permanece como um importante problema de saúde pública, apresentando impactos significativos na população jovem. Entre as estratégias de prevenção combinada estão a Profilaxia Pré-Exposição (PrEP), utilizada antes de uma possível exposição ao HIV, e a Profilaxia Pós-Exposição (PEP), indicada após uma exposição de risco. Ambos métodos de prevenção com medicamentos antirretrovirais são disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e possuem papel importante na prevenção da infecção pelo HIV. Nesse contexto, a Atenção Primária à Saúde (APS) constitui importante espaço para promoção da saúde, prevenção, orientação, acolhimento e ampliação do acesso às estratégias de profilaxia. Entretanto, barreiras como a desinformação, preconceito e profissionais despreparados, podem interferir na adesão dos jovens. **OBJETIVOS:** Analisar as principais barreiras relacionadas ao acesso e à adesão da população jovem do Brasil ao uso da PrEP e à PEP, considerando aspectos como os fatores sociais, culturais e institucionais, além do preparo dos profissionais de saúde para o acolhimento, orientação e acompanhamento desses usuários.**METODOLOGIA:** Trata-se de uma revisão narrativa da literatura, realizada por meio de busca de artigos nas bases de dados SciELO, LILACS, PubMed, de estudos publicados entre 2022 e 2025, incluído diretrizes clínicas, revisões sistemáticas, meta-análises e revisões narrativas, utilizando os descritores PrEP, PEP, jovens, HIV e prevenção combinada. Buscando identificar fatores sociais, culturais, institucionais e estruturais relacionados ao acesso e à adesão às estratégias de prevenção. **RESULTADOS:** Os estudos analisados mostraram que apesar da eficácia da PrEP e da PEP na prevenção do HIV, esses métodos apresentam dificuldades nos aspectos relacionadas ao acesso, a adesão e à continuidade do acompanhamento. Fatores como a desinformação, estigma, e a necessidade de maior preparo profissional, aparecem como importantes barreiras para a utilização dessas estratégias pelos jovens Brasileiros. **CONCLUSÃO:** Os métodos de prevenção PrEP e a PEP constituem estratégias relevantes para a prevenção do HIV. Entretanto, sua efetividade entre os jovens depende da ampliação do acesso, da educação em saúde, do acolhimento humanizado e da capacitação dos profissionais. O fortalecimento da APS pode contribuir para reduzir barreiras, combater o estigma e favorecer maior adesão às estratégias de prevenção do HIV.

Palavras-chave: **PREP; PEP; HIV**

DOI: 10.51161/iv-conasus/90555

O PDR E A REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE EM GOIÁS

CYNTIA MIGUEL PIRES

RESUMO

A regionalização constitui estratégia fundamental para a organização territorial do Sistema Único de Saúde (SUS), sobretudo em contextos marcados por desigualdades na distribuição da população, da infraestrutura e dos serviços de saúde. Em Goiás, o Plano Diretor de Regionalização (PDR-GO) orientou a estruturação das Regiões de Saúde, microrregiões, módulos assistenciais, municípios-satélites e municípios-polo, com a finalidade de organizar redes hierarquizadas de atenção, definir fluxos de referência e ampliar a capacidade de atendimento no território. Este estudo teve como objetivo analisar a organização territorial da regionalização da saúde em Goiás, considerando a configuração das Regiões de Saúde e a distribuição dos municípios-polo estabelecidas pelo PDR-GO. Trata-se de pesquisa documental, descritiva e quali-quantitativa, baseada no PDR-GO de 2004, no Plano Estadual de Saúde 2016–2019 e em resoluções da Comissão Intergestores Bipartite, especialmente as Resoluções CIB nº 028/2012 e nº 344/2014. Foram comparadas as configurações territoriais de 2004, 2012 e 2014, com apoio de dados populacionais de 2018, a fim de identificar mudanças na divisão regional e diferenças entre os polos. Os resultados demonstraram a ampliação de 16 para 18 Regiões de Saúde e evidenciaram expressivas desigualdades demográficas e territoriais entre os polos regionais, que variavam de municípios de pequeno porte a Goiânia, principal centro concentrador de recursos e serviços especializados. Observou-se que a simples delimitação administrativa das regiões não garante, isoladamente, condições equivalentes de acesso e organização da assistência. Conclui-se que o PDR-GO constitui instrumento relevante para o planejamento e a descentralização do SUS em Goiás, mas sua efetividade depende do fortalecimento dos municípios-polo, da articulação das redes regionais e da distribuição territorial mais equilibrada dos serviços, a fim de ampliar o acesso, reduzir deslocamentos e promover maior equidade regional.

Palavras-chave: Descentralização; Equidade territorial; Municípios-polo.

1 INTRODUÇÃO

A regionalização constitui uma estratégia fundamental para a organização territorial do Sistema Único de Saúde (SUS), especialmente em estados marcados por desigualdades na distribuição da população, da infraestrutura e dos serviços de saúde. Em Goiás, a organização regional do sistema foi estruturada por meio do Plano Diretor de Regionalização (PDR-GO), concebido como instrumento de planejamento e ordenamento territorial da assistência à saúde. O PDR estabelece regiões, microrregiões, módulos assistenciais, municípios-satélites e municípios-polo, buscando organizar redes hierarquizadas de atenção e os fluxos de referência entre os municípios (Goiás, 2004).

A regionalização, nesse sentido, não se restringe à delimitação administrativa de áreas de abrangência. Sua efetivação envolve a distribuição territorial dos serviços e equipamentos e a definição dos municípios responsáveis pela oferta de diferentes níveis de atenção. O PDR-

DOI: 10.51161/iv-conasus/90562

GO foi estabelecido com a perspectiva de ampliar o acesso aos serviços, favorecer a integralidade da atenção e reduzir desigualdades territoriais, inclusive os deslocamentos da população do interior em direção à capital para obtenção de serviços especializados (Goiás, 2004).

A configuração territorial analisada na pesquisa resulta de sucessivas alterações do processo de regionalização. O PDR de 2004 organizou o estado em 16 Regiões de Saúde, posteriormente modificadas, chegando a 18 Regiões de Saúde a partir da Resolução nº 344/2014 da Comissão Intergestores Bipartite (Goiás, 2004; Goiás, 2014). Essa configuração compreende diferentes realidades territoriais, demográficas e urbanas, com expressivas diferenças entre os municípios que exercem a função de polo regional.

Nesse contexto, a pesquisa parte da necessidade de compreender a regionalização da saúde para além de sua dimensão normativa, considerando sua expressão concreta no território goiano. A distribuição dos serviços e a capacidade de atendimento dos municípios-polo constituem elementos fundamentais para avaliar a organização regional do SUS e os desafios relacionados ao acesso e à equidade (Brasil, 2001). A permanência de forte concentração dos serviços de saúde em Goiânia evidencia a existência de desigualdades territoriais que desafiam a efetivação da regionalização. Aliado a isto, o estudo teve como objetivo analisar a organização territorial da regionalização da saúde em Goiás, considerando a configuração das Regiões de Saúde e a distribuição dos municípios-polo estabelecidas pelo PDR-GO.

2 MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa documental, de caráter descritivo e abordagem quali-quantitativa, voltada à análise da organização territorial da regionalização da saúde em Goiás. Foram examinados o Plano Diretor de Regionalização do Estado de Goiás de 2004, o Plano Estadual de Saúde de Goiás 2016–2019 e as resoluções da Comissão Intergestores Bipartite que alteraram a configuração regional do estado, com destaque para as Resoluções CIB nº 028/2012 e nº 344/2014. A análise considerou os critérios de regionalização, os níveis territoriais de organização da assistência, a composição das Regiões de Saúde e a definição dos respectivos municípios-polo.

Para identificar as transformações da estrutura regional, foram comparadas as configurações territoriais estabelecidas em 2004, 2012 e 2014, considerando-se a ampliação de 16 para 18 Regiões de Saúde. A configuração resultante da revisão de 2014 foi examinada com dados populacionais de 2018, permitindo caracterizar as regiões, os municípios integrantes e os polos regionais. Os dados foram organizados em quadros, tabelas e representações cartográficas, com a finalidade de evidenciar diferenças demográficas e territoriais entre as regiões e os municípios-polo.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise documental demonstrou que a regionalização da saúde em Goiás passou por alterações sucessivas desde a publicação do PDR-GO, em 2004. A configuração inicial dividiu o estado em 16 Regiões de Saúde, 38 microrregiões, 58 módulos assistenciais e 188 municípios-satélites, além de definir 16 polos regionais e 38 polos microrregionais (Goiás, 2004). Em 2012, a criação de uma nova região, com Posse como município-polo, elevou o total para 17 (Goiás, 2012). Posteriormente, a Resolução CIB nº 344/2014 instituiu a Região São Patrício II, tendo Goianésia como polo, consolidando a divisão do território goiano em 18 Regiões de Saúde (Goiás, 2014).

O modelo estabelecido pelo PDR-GO organiza a assistência segundo uma hierarquia territorial composta por Regiões de Saúde, microrregiões, módulos assistenciais, municípios-

satélites e municípios-polo. Nessa estrutura, os diferentes recortes territoriais assumem responsabilidades relacionadas à atenção básica e aos serviços de média e alta complexidade. Os municípios-polo exercem função estratégica por concentrarem serviços de referência regional ou estadual e atenderem usuários procedentes dos demais municípios de suas regiões.

A configuração das 18 Regiões de Saúde, entretanto, revela expressivas diferenças demográficas e territoriais. Segundo os dados populacionais de 2018 empregados no capítulo, os polos variavam de Campos Belos, com 19.412 habitantes, a Goiânia, com 1.412.364 habitantes (IBGE, 2018). Também foram observadas diferenças no número de municípios integrantes e na população das regiões, evidenciando que unidades territoriais formalmente equivalentes apresentam condições distintas para organizar a assistência e exercer a função de referência regional.

A distribuição populacional também se mostrou concentrada. As regiões Central, Centro Sul e Entorno Sul reuniam, conjuntamente, quase metade da população estadual, enquanto outras regiões apresentavam menor contingente populacional e municípios-polo de pequeno porte. Essa heterogeneidade indica que a delimitação administrativa das regiões não assegura, isoladamente, condições equivalentes de organização territorial e prestação dos serviços de saúde.

Os resultados evidenciam, ainda, a centralidade de Goiânia na rede de saúde estadual. Embora o PDR-GO tenha sido concebido para ampliar o acesso, organizar os fluxos intermunicipais e reduzir os deslocamentos da população do interior, a capital permaneceu como principal centro de concentração de recursos e serviços especializados (Goiás, 2004; Goiás, 2016). Desse modo, a centralidade exercida por Goiânia revela uma tensão entre o desenho normativo da regionalização e sua expressão concreta no território.

A criação de novas Regiões de Saúde demonstra o esforço institucional de adequar a regionalização às características territoriais e populacionais de Goiás. Contudo, o aumento de 16 para 18 regiões não significou, por si só, a superação das desigualdades existentes entre os municípios-polo. A análise sugere que a efetividade da regionalização depende não apenas da delimitação das regiões, mas também da capacidade dos polos para atender às demandas de sua população de referência e articular os diferentes níveis de atenção. Assim, as diferenças demográficas, a concentração dos serviços na capital e a diversidade estrutural dos polos constituem desafios para a integralidade, a equidade e a descentralização previstas pelo SUS.

4 CONCLUSÃO

A análise permitiu compreender que a regionalização da saúde em Goiás resultou de um processo contínuo de reorganização territorial, que ampliou de 16 para 18 o número de Regiões de Saúde e redefiniu a distribuição dos respectivos municípios-polo. O PDR-GO estabeleceu uma estrutura hierarquizada para ordenar os serviços, articular os fluxos intermunicipais e aproximar o atendimento da população.

Entretanto, a configuração regional apresenta expressivas diferenças territoriais e demográficas entre as regiões e seus polos. A diversidade no número de municípios, no contingente populacional e no porte das cidades responsáveis pela referência regional indica que a delimitação administrativa do território não assegura, isoladamente, condições equivalentes para a efetivação da regionalização. Ao mesmo tempo, a centralidade exercida por Goiânia evidencia a permanência de desigualdades na organização territorial da saúde.

Conclui-se que o PDR-GO constitui um instrumento relevante para o planejamento e a descentralização do SUS no estado, mas sua efetividade depende do fortalecimento dos municípios-polo e da distribuição territorial mais equilibrada dos serviços. A regionalização deve, portanto, ultrapassar a definição formal das áreas de abrangência e assegurar condições

concretas para a articulação das redes, a redução dos deslocamentos e a ampliação do acesso da população, em consonância com os princípios de integralidade e equidade do SUS.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Regionalização da assistência à saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso: Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/01. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001.

GOIÁS. Comissão Intergestores Bipartite. Resolução nº 028/2012-CIB. Dispõe sobre alteração da organização das Regiões de Saúde do Estado de Goiás. Goiânia: Comissão Intergestores Bipartite, 2012.

GOIÁS. Comissão Intergestores Bipartite. Resolução nº 344/2014-CIB. Dispõe sobre alteração da organização das Regiões de Saúde do Estado de Goiás e criação da Região de Saúde São Patrício II. Goiânia: Comissão Intergestores Bipartite, 2014.

GOIÁS. Secretaria de Estado da Saúde. Plano Diretor de Regionalização do Estado de Goiás. Goiânia: Secretaria de Estado da Saúde, 2004.

GOIÁS. Secretaria de Estado da Saúde. Plano Estadual de Saúde de Goiás 2016–2019. Goiânia: Secretaria de Estado da Saúde, 2016.

IBGE. Estimativas da população residente nos municípios brasileiros com data de referência em 1º de julho de 2018. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2018.

DOI: 10.51161/iv-conasus/90562

INICIAÇÃO CIENTÍFICA E ENGAJAMENTO ACADÊMICO EM PSICOLOGIA: RELATO DE EXPERIÊNCIA DE PRODUÇÃO CIENTÍFICA ESTIMULADA POR AUTORREFLEXÃO

KAROLINE MIRANDA DE OLIVEIRA; FELIPE GABRIEL FERREIRA DA SILVA

Introdução: A formação superior em saúde carece de estímulo ao pensamento crítico, ao protagonismo discente e à aproximação com a prática científica. Na graduação em Psicologia, a motivação para a pesquisa frequentemente enfrenta barreiras ligadas à falta de familiaridade dos estudantes com o fazer acadêmico ligado ao cotidiano. O estímulo para a produção científica por meio de perguntas de autorreflexão se mostra como um canal acessível para promoção do engajamento acadêmico, impulsionando a percepção da identidade e da responsabilidade do futuro profissional no contexto da saúde coletiva. Objetivo: Relatar a experiência de orientação docente voltada ao engajamento discente para a iniciação à escrita científica em Psicologia, intermediada por ferramentas digitais e centrada na construção da identidade acadêmico-profissional a partir dos sentidos produzidos no cotidiano. Relato de experiência: O estímulo ao engajamento científico partiu de uma docente com um discente dos semestres iniciais da faculdade de Psicologia. O dispositivo orientador estruturou-se por meio de três eixos reflexivos: a curiosidade epistemológica do discente sobre a Psicologia, os horizontes de carreira e a aplicação pessoal do conhecimento adquirido em sala de aula. O processo estimulou o aluno a cadastrar-se em bases científicas globais (ORCID) e a articular seus interesses em temas emergentes, como ciberpsicologia, cognição e saúde mental na era digital. O exercício guiado proporcionou a transição de ideias sobre o que se tem afinidade para a construção de um pensamento reflexivo sobre o próprio comportamento e a contextualização das relações humanas com o saber psicológico. Conclusão: O uso de estratégias pedagógicas e humanizadas na relação professor-aluno na graduação fortalece o engajamento discente na pesquisa. O estímulo à autorreflexão guiada no ensino superior consolida-se como uma ferramenta eficaz de educação permanente, desenvolvendo a autonomia científica e preparando futuros profissionais de saúde para responder ativamente aos desafios contemporâneos da sociedade e do sistema de saúde.

Palavras-chave: **EDUCAÇÃO SUPERIOR; INICIAÇÃO CIENTÍFICA; RELAÇÃO DOCENTE-DISCENTE**

DOI: 10.51161/iv-conasus/90564

METODOLOGIAS ATIVAS NA FORMAÇÃO MÉDICA E O ALINHAMENTO AO SUS: DESAFIOS E PERSPECTIVAS DA PRÁTICA DOCENTE

LEONÍLIA SOUSA ALENCAR BORGES; ESTELA MARIA DIAS CAMPOS; ALESSANDRA KELINE PINTO SILVA; STEPHANIE DE SOUSA LIMA COSTA; MYCHAEL RYCHARD CHAVES DE SOUZA; KAILANY DE BRITO SILVA; PEDRO AGNEL DIAS MIRANDA NETO

Introdução: A formação médica no Brasil tem vivenciado importantes transformações para atender às necessidades da população e às demandas do Sistema Único de Saúde (SUS). Nesse contexto, as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) de 2014 propõem a superação de modelos de ensino tradicionais, estimulando metodologias ativas centradas no estudante. Contudo, a implementação dessas estratégias impõe desafios relacionados à formação pedagógica docente e à adequação institucional. **Objetivo**: Analisar a influência das políticas públicas educacionais e de saúde, especialmente das DCNs, na adoção e implementação de metodologias ativas pelos docentes dos cursos de Medicina. **Metodologia**: Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, estruturada a partir do acrônimo PCC (População, Conceito, Contexto), voltada para a prática docente na educação médica. Os critérios de inclusão abrangeram artigos em texto completo, publicados entre 2014 e 2025 nos idiomas português, inglês ou espanhol, que discutissem a graduação médica, mudanças curriculares pelas DCNs e as adaptações dos professores. **Resultados**: A literatura evidencia que a adoção de currículos integrados e da Aprendizagem Baseada em Problemas (PBL) alinha a formação médica ao SUS, embora imponha expressivos desafios logísticos e estruturais. Observou-se que o docente assume o papel de mediador, o que frequentemente gera inseguranças devido à defasagem no letramento pedagógico de profissionais formados no modelo biomédico tradicional. Apesar dessa barreira, a capacitação e o desenvolvimento docente contínuo atuam como fortes facilitadores, promovendo maior engajamento discente e consolidando a prática ativa. **Conclusão**: A efetivação das DCNs e o sucesso das metodologias ativas transcendem a capacitação individual do professor. Conclui-se ser imprescindível a promoção de um ecossistema educacional colaborativo e interprofissional, que garanta infraestrutura adequada e suporte institucional para o fortalecimento do ensino médico orientado ao SUS a todos os atores envolvidos no processo de ensino-aprendizagem.

Palavras-chave: **EDUCAÇÃO MÉDICA; METODOLOGIAS ATIVAS; PRÁTICA DOCENTE**

DOI: 10.51161/iv-conasus/90565

AUTOCOLETA PARA HPV COMO ESTRATÉGIA DE AMPLIAÇÃO DO RASTREAMENTO DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO NO SUS

ANGELINA DEL LAMA

INTRODUÇÃO: O câncer do colo do útero permanece como importante problema de saúde pública, apesar de ser uma neoplasia potencialmente prevenível e tratável quando identificada precocemente. A efetividade do rastreamento depende, entre outros fatores, da participação da população-alvo. Entretanto, mulheres não rastreadas ou com rastreamento inadequado permanecem como desafio para os serviços de saúde. Nesse contexto, a autocoleta vaginal para detecção do papilomavírus humano (HPV) surge como estratégia potencialmente mais acessível e aceitável para ampliar a participação no rastreamento. **OBJETIVO:** Avaliar o potencial da autocoleta para HPV na ampliação da participação e do acesso ao rastreamento do câncer do colo do útero, especialmente entre mulheres não rastreadas ou subrastreadas. **METODOLOGIA:** Foi realizada revisão bibliográfica de estudos sobre a utilização da autocoleta para detecção do HPV no rastreamento do câncer do colo do útero, considerando participação, aceitabilidade, adequação das amostras e desempenho da estratégia em populações não rastreadas ou subrastreadas. **RESULTADOS:** Os estudos demonstraram que a autocoleta pode aumentar a participação no rastreamento. Em estudo brasileiro, a participação foi de 100% entre mulheres submetidas à autocoleta, em comparação a 60% entre aquelas submetidas ao rastreamento convencional. Em estratégia realizada durante visitas domiciliares por agentes comunitários de saúde, 97,1% das amostras autocoletadas foram consideradas adequadas, demonstrando viabilidade da abordagem. Além disso, estudo brasileiro sobre dispositivo de autocoleta mostrou boa aceitabilidade, com 89% das participantes considerando o método confortável e 82,5% preferindo-o à coleta realizada por profissional. **CONCLUSÃO:** A autocoleta para detecção do HPV apresenta-se como estratégia promissora, particularmente por ampliar o acesso e favorecer a participação de mulheres não rastreadas ou subrastreadas. Sua incorporação às estratégias de prevenção no Sistema Único de Saúde (SUS) poderá contribuir para ampliar a cobertura do rastreamento e reduzir desigualdades de acesso. Entretanto, sua efetiva contribuição depende também da adequada organização dos fluxos de encaminhamento, confirmação diagnóstica, tratamento e seguimento das mulheres com resultados positivos, sendo fundamental sua implementação integrada e equitativa à linha de cuidado do câncer do colo do útero.

Palavras-chave: **AUTOCOLETA; HPV; RASTREAMENTO**

DOI: 10.51161/iv-conasus/90568

ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA E IMPACTO FINANCEIRO DAS INTERNAÇÕES POR DIABETES MELLITUS E HIPERTENSÃO ARTERIAL NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE EM MINAS GERAIS (2019–2024)

LUCYLLA ALVES SILVA MONTEIRO; LAVYNEA ALVES SILVA MONTEIRO; RAFÂNI GUIMARÃES GONÇALVES COUTO; LETÍCIA ISAURA LUZ ALVES SEOANE; GERALDO LEITE DA COSTA NETO; AMANDA PARREIRA BERNARDES; SOFIA LOPES MACHADO DUARTE

RESUMO

O Diabetes Mellitus (DM) e a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) destacam-se entre as principais Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil, acarretando elevado impacto social e econômico ao sistema público. Por se tratarem de Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP), a eficiência do seu acompanhamento ambulatorial reflete diretamente nas taxas de ocupação hospitalar. Este estudo objetivou analisar a tendência temporal e o impacto financeiro das hospitalizações por DM e HAS no Sistema Único de Saúde em Minas Gerais de 2019 a 2024. Trata-se de uma pesquisa epidemiológica descritiva baseada em dados do Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS), considerando os CIDs-10 E10–E14 e I10–I15. No período, foram registradas 116.108 internações, totalizando um investimento público de R$ 111.280.403,31. Observou-se um declínio temporário nas internações no biênio 2020–2021 (menor registro em 2021, com 18.016 casos), decorrente do represamento assistencial durante a pandemia de COVID-19, seguido de retomada e estabilização a partir de 2022 (~19,8 mil casos/ano). Evidenciou-se um expressivo desacoplamento entre o volume físico de internações e o custo financeiro: embora as admissões em 2024 (19.294) tenham permanecido equivalentes às de 2019 (19.958), o gasto anual saltou de R$ 15,5 milhões para R$ 22,0 milhões (+41,8%). Em paralelo, o custo médio por paciente internado sofreu uma elevação contínua de 46,7%, evoluindo de R$ 777,02 para R$ 1.140,21. Essa escalada orçamentária indica o aumento da gravidade clínica e da complexidade terapêutica dos pacientes hospitalizados. Conclui-se que o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde, mediante busca ativa e adesão ao tratamento na Estratégia Saúde da Família, é indispensável para controlar o agravamento das DCNTs e assegurar a sustentabilidade financeira do SUS mineiro.

Palavras-chave: Diabetes Mellitus; Hipertensão; Custos em Saúde.

1 INTRODUÇÃO

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs) representam um dos maiores desafios de saúde pública da atualidade, sendo responsáveis por elevado índice de morbimortalidade e por expressivo impacto econômico nos sistemas de saúde globais (OMS, 2023). Dentre esse grupo de agravos, o Diabetes Mellitus (DM) e a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) destacam-se pela alta prevalência, caráter insidioso e forte associação com complicações cardiovasculares, renais e cerebrovasculares graves (BARROSO et al., 2021). No Brasil, a transição demográfica e epidemiológica acelerada tem impulsionado o crescimento

DOI: 10.51161/iv-conasus/90570

contínuo dessas condições, exigindo respostas estruturadas e sustentáveis por parte do Sistema Único de Saúde (SUS) (MALTA et al., 2021).

Para fazer frente a essa demanda, a Atenção Primária à Saúde (APS), operacionalizada prioritariamente pela Estratégia Saúde da Família (ESF), posiciona-se como o centro ordenador do cuidado e a principal porta de entrada da rede assistencial (TASCA et al., 2020). Por meio do acompanhamento longitudinal, da promoção da saúde, do diagnóstico precoce e do fornecimento de tratamento farmacológico contínuo, a APS possui papel determinante no controle do DM e da HAS (MENDES, 2022). Quando a assistência no nível primário é resolutiva e eficaz, previne-se o surgimento de agudizações e sequelas graves, reduzindo a necessidade de cuidados de alta densidade tecnológica.

Nesse contexto, os conceitos de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) e de custos hospitalares emergem como indicadores fundamentais para a avaliação do desempenho e do financiamento do SUS (BRASIL, 2021). Tanto o DM quanto a HAS integram a Lista Brasileira de ICSAP, de modo que altas taxas de hospitalização por esses diagnósticos sinalizam possíveis gargalos no acesso, na continuidade ou na qualidade da atenção básica prestada à população (OLIVEIRA et al., 2024). Além do impacto social e na qualidade de vida dos indivíduos, as internações evitáveis geram um dispêndio financeiro considerável ao Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS), alocando recursos preciosos no nível terciário que poderiam ser otimizados na prevenção (SANTOS et al., 2023).

O estado de Minas Gerais, com sua vasta extensão territorial e marcante heterogeneidade socioeconômica e regional, apresenta desafios complexos na gestão das DCNTs. Diante das transformações no perfil de atendimento causadas pela recente emergência sanitária e da constante pressão orçamentária sobre a rede assistencial, torna-se imprescindível monitorar a evolução temporal dessas internações e de seus respectivos custos. Diante do exposto, o presente estudo tem como objetivo analisar a tendência temporal das internações hospitalares e o impacto financeiro decorrente do Diabetes Mellitus e da Hipertensão Arterial Sistêmica no SUS em Minas Gerais, no período de 2019 a 2024.

2 MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo epidemiológico descritivo, ecológico de série temporal, com abordagem quantitativa, focado na análise do perfil de internações hospitalares e dos custos financeiros decorrentes de Diabetes Mellitus (DM) e Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) no Estado de Minas Gerais, no período de 2019 a 2024.

Os dados foram obtidos por meio de consulta secundária às bases de dados do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS), disponibilizadas pelo Departamento de Informática do SUS (DATASUS/TABNET). A população do estudo compreendeu todas as Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) pagas que apresentaram como diagnóstico principal as categorias da 10ª Revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10) correspondentes ao Diabetes Mellitus (códigos E10 a E14) e às Doenças Hipertensivas (códigos I10 a I15), integrantes da Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP).

As variáveis epidemiológicas e assistenciais analisadas foram: a) Frequência absoluta de internações; b) Perfil sociodemográfico (faixa etária, sexo e raça/cor); c) Indicadores hospitalares (número de óbitos, taxa de mortalidade hospitalar e tempo médio de permanência em dias); e d) Impacto econômico (valor total gasto em Reais/BRL e custo médio por AIH).

O cálculo da Taxa de Internação por ICSAP para cada 10.000 habitantes foi efetuado utilizando a seguinte fórmula: (Número total de internações por DM ou HAS no ano / População

residente estimada no ano) x 10.000. As estimativas populacionais foram obtidas a partir dos dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Os dados foram tabulados e processados com o auxílio do software Microsoft Excel®, sendo aplicadas técnicas de estatística descritiva (frequências absolutas, relativas, médias e variações percentuais). Por utilizar exclusivamente informações secundárias de domínio público, sem identificação dos indivíduos, a pesquisa dispensou a submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), conforme a Resolução CNS nº 510/2016.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

No período de 2019 a 2024, o estado de Minas Gerais registrou um total de 116.108 internações hospitalares no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) decorrentes de Diabetes Mellitus (DM) e Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), gerando um impacto financeiro acumulado de R$ 111.280.403,31 para os cofres públicos. A análise detalhada da série temporal revelou variações expressivas na dinâmica assistencial e na curva de custos do estado, conforme apresentado na Tabela 1.

Tabela 1 – Internações hospitalares e custos financeiros por Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial em Minas Gerais (2019–2024)

Ano Processamento	Internações (n)	Valor Total (R$)	Custo Médio por Internação (R$)
2019	19.958	R$ 15.507.802,13	R$ 777,02
2020	19.108	R$ 16.442.444,42	R$ 860,50
2021	18.016	R$ 15.589.700,53	R$ 865,33
2022	19.938	R$ 20.195.744,55	R$ 1.012,93
2023	19.794	R$ 21.545.549,66	R$ 1.088,49
2024	19.294	R$ 21.999.162,02	R$ 1.140,21
Total / Média	116.108	R$ 111.280.403,31	R$ 958,42

*Fonte: Elaboração própria a partir de dados secundários do SIH/SUS (DATASUS/MS).

A respeito da taxa de ocupação leito-hospitalar, observa-se que, no período pré-pandêmico (2019), o estado registrou 19.958 internações. Nos anos subsequentes de 2020 e 2021, auge da emergência de saúde pública causada pela COVID-19, houve um declínio progressivo no volume absoluto de hospitalizações por essas condições crônicas, atingindo o menor valor da série em 2021 com 18.016 casos. Essa redução temporária de 9,7% nas internações de DM e HAS durante a pandemia não reflete necessariamente uma melhora no estado de saúde da população, mas sim o represamento do acesso aos serviços de saúde, o medo do contágio por parte dos usuários e o redirecionamento maciço dos recursos hospitalares para o manejo da crise sanitária (MALTA et al., 2021; BARROSO et al., 2022). A interrupção no acompanhamento ambulatorial regular das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs) na

Atenção Primária à Saúde (APS) durante esse intervalo contribuiu para o retardo no diagnóstico preventivo e na continuidade terapêutica (SANTOS et al., 2023).

A partir de 2022, nota-se uma rápida retomada no volume de hospitalizações, que se estabilizou na faixa das 19,2 a 19,9 mil internações anuais. Entretanto, o achado mais expressivo deste estudo reside no comportamento desproporcional entre a frequência absoluta das hospitalizações e os valores financeiros despendidos. Conforme ilustrado na Figura 1, enquanto o número total de internações no ano de 2024 ($n = 19.294$) manteve-se ligeiramente inferior ao observado em 2019 ($n = 19.958$), o montante financeiro alocado para o custeio desses tratamentos saltou de R$ 15.507.802,13 para R$ 21.999.162,02 no mesmo intervalo, representando um crescimento substancial de 41,8% nos custos totais.

Figura 1 – Distribuição anual das internações e evolução dos custos financeiros totais por Diabetes e Hipertensão em Minas Gerais (2019–2024)

Fonte: Elaboração própria com base em dados do SIH/SUS (DATASUS/MS).

Essa disparidade refletiu-se diretamente no custo médio individualizado por internação, que sofreu um incremento contínuo de R$ 777,02 em 2019 para R$ 1.140,21 em 2024 (aumento de 46,7%). Na literatura especializada, a elevação do valor médio pago pelas Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) para Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) é frequentemente associada à maior gravidade clínica com a qual os pacientes dão entrada nos serviços de urgência e emergência (MENDES et al., 2022). Complicações agudas e crônicas graves decorrentes do descontrole da glicemia e da pressão arterial — como cetoacidose diabética, pé diabético infectado, acidente vascular cerebral e insuficiência cardíaca compensada — demandam intervenções de maior complexidade tecnológica, tempo prolongado de permanência leito e suporte em Unidades de Terapia Intensiva (UTI), encarecendo substancialmente a conta hospitalar (BRASIL, 2021; OLIVEIRA et al., 2024).

Sob a ótica da organização do SUS, a persistência de volumes elevados de internações por causas evitáveis aponta para a existência de gargalos no rastreamento, na adesão ao tratamento e na resolutividade da Estratégia Saúde da Família (ESF). A Atenção Primária desempenha o papel de ordenadora da rede de cuidados e deve atuar preventivamente para evitar que o portador de DM e HAS progrida para complicações incapacitantes (TASCA et al., 2020). Investir na qualificação do acompanhamento multiprofissional da APS e no fornecimento contínuo de insumos farmacológicos mostra-se uma medida não apenas

clinicamente eficaz, mas economicamente sustentável, reduzindo os expressivos custos com a rede médico-hospitalar do estado.

4 CONCLUSÃO

A análise da tendência temporal das internações hospitalares por Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica em Minas Gerais entre 2019 e 2024 revela a relevância das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs) para o planejamento e a sustentabilidade financeira do Sistema Único de Saúde (SUS). O estudo evidenciou um padrão marcado pela oscilação no volume de hospitalizações durante a pandemia de COVID-19 (2020–2021) e pela posterior estabilização em patamares elevados nos anos de 2022 a 2024. O achado mais crítico da pesquisa reside na forte elevação dos custos financeiros operacionais, pois, a despeito do número de hospitalizações em 2024 ter permanecido em nível semelhante ao registrado no período pré-pandêmico (2019), o gasto total acumulado subiu 41,8%, acompanhado de uma elevação de 46,7% no custo médio individualizado por internação. Esse fenômeno aponta para o agravamento do perfil clínico das admissões, que exigem condutas terapêuticas mais complexas, insumos mais onerosos e tempo de permanência hospitalar prolongado.

A ocorrência expressiva e dispendiosa de internações classificadas como Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) indica gargalos na resolutividade do acompanhamento ambulatorial contínuo. Para mitigar esse impacto humano e financeiro na rede de saúde mineira, a gestão pública deve focar na qualificação do rastreamento precoce e na adesão terapêutica no âmbito da Estratégia Saúde da Família (ESF), prevenindo a evolução das DCNTs para complicações graves. Adicionalmente, torna-se indispensável assegurar o fornecimento ininterrupto de medicamentos essenciais e exames de rotina na rede municipal, capacitar as equipes multidisciplinares da APS para o manejo de pacientes de alto risco cardiovascular e metabólico, e utilizar os dados do SIH/SUS como ferramenta contínua de vigilância epidemiológica territorial. Em suma, o fortalecimento da Atenção Básica consolida-se não apenas como a estratégia mais humanizada e eficaz para a promoção da qualidade de vida dos portadores de diabetes e hipertensão, mas também como uma medida indispensável para conter o sobrepeso orçamentário na rede hospitalar do SUS em Minas Gerais.

REFERÊNCIAS

BARROSO, W. K. S. et al. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 116, n. 3, p. 516-658, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2021.

MALTA, D. C. et al. A pandemia de COVID-19 e as mudanças no estilo de vida e no controle das doenças crônicas no Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 24, e210032, 2021.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde**: o imperativo da consolidação da atenção primária à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2022.

OLIVEIRA, C. M. et al. Impacto econômico das internações por condições sensíveis à atenção primária no Brasil: uma análise temporal. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 40, n. 2, e00054223, 2024.

SANTOS, L. M. et al. Desafios no manejo das doenças crônicas não transmissíveis no pós-pandemia. **Revista de Saúde Pública**, v. 57, n. 18, p. 1-12, 2023.

TASCA, R. et al. A Atenção Primária à Saúde no Brasil e o enfrentamento das doenças crônicas: avanços e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 4, p. 1255-1268, 2020.

DOI: 10.51161/iv-conasus/90570

DO RASTREAMENTO AMBULATORIAL AO CUSTO HOSPITALAR: UMA ANÁLISE DO DIAGNÓSTICO DE CÂNCER DE BOCA NO SUS-MG

RAFAEL RODRIGUES SILVA; DÉBORA RESENDE FERREIRA; OTÁVIO HENRIQUE REIS BARCELOS; PAULA FERREIRA BARBOSA; IOLANDA REZENDE MARQUES; DIEGO MESQUITA MIRANDA COSTA; LUANA SILVA RODRIGUES

RESUMO

O câncer de boca e orofaringe representa um grave desafio de saúde pública, no qual a identificação precoce por meio de biópsias na atenção ambulatorial é determinante para o prognóstico e a contenção dos custos hospitalares de alta complexidade. Este estudo objetivou analisar a tendência temporal das internações e o impacto financeiro por neoplasia maligna da cavidade oral e faringe em relação à oferta de biópsias de tecidos moles da boca no Sistema Único de Saúde em Minas Gerais, entre 2019 e 2024. Trata-se de um estudo epidemiológico descritivo de série temporal com dados do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS) e do Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS), considerando o procedimento 0201010526 e o grupo CID-10 C00–C14. No período, registraram-se 16.279 biópsias ambulatoriais e 23.157 internações hospitalares, gerando um custo acumulado de R$ 58.795.511,97. Observou-se uma queda expressiva de 49,31% na oferta de biópsias no primeiro ano da pandemia de COVID-19 (de 2.689 em 2019 para 1.363 em 2020), resultando no represamento do diagnóstico precoce de lesões potencialmente malignas. Em contrapartida, as hospitalizações mantiveram-se elevadas, atingindo o pico em 2024 (4.126 casos). A dimensão econômica revelou uma forte escalada orçamentária: o gasto anual saltou de R$ 9,19 milhões para R$ 11,60 milhões (+26,27%), acompanhado do aumento de 18,31% no custo médio por internação (de R$ 2.377,50 para R$ 2.812,81). Essa elevação nos custos hospitalares reflete a maior gravidade clínica e complexidade cirúrgica dos casos diagnosticados tardiamente. A recuperação na oferta de biópsias observada em 2024 (4.434 exames) demonstra a retomada assistencial do sistema. Conclui-se que o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde e dos Centros de Especialidades Odontológicas é indispensável para ampliar o rastreamento precoce, mitigar a morbimortalidade e assegurar a sustentabilidade financeira do SUS mineiro.

Palavras-chave: Neoplasias Bucais; Biópsia; Custos em Saúde.

1 INTRODUÇÃO

O câncer de boca e orofaringe representa um grave problema de saúde pública global, ocupando posição de destaque entre as neoplasias malignas de maior morbimortalidade na região de cabeça e pescoço. No Brasil, estimativas do Instituto Nacional de Câncer apontam a ocorrência de milhares de novos casos anuais, mantendo o país entre as nações com maiores taxas de incidência da doença na América Latina (INCA, 2022). O tipo histológico mais frequente é o Carcinoma Espinocelular (CEC), que acomete predominantemente homens e possui como principais fatores de risco o consumo crônico de tabaco e álcool, além da

DOI: 10.51161/iv-conasus/90571

exposição à radiação solar para as lesões labiais e a infecção pelo Papilomavírus Humano (HPV) para as neoplasias de orofaringe (Melo et al., 2021).

Apesar de a cavidade oral ser uma região anatômica de fácil inspeção visual, o diagnóstico do câncer de boca ocorre, em mais de 60% dos casos, em estágios clinicalmente avançados (Estádios III e IV). Essa detecção tardia compromete drasticamente o prognóstico, reduz a taxa de sobrevivência em cinco anos para níveis inferiores a 50% e exige modalidades terapêuticas mutilantes e invasivas, como ressecções cirúrgicas extensas associadas à radioterapia e quimioterapia adjuvantes (Lauritzen et al., 2022; Silva et al., 2021). Em contrapartida, o diagnóstico de lesões potencialmente malignas (LPM) e de carcinomas em fase inicial (Estádios I e II) por meio da biópsia tecidual permite tratamentos conservadores, com elevadas taxas de cura e expressiva redução de sequelas funcionais e estéticas.

No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Atenção Primária à Saúde (APS), articulada às Equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família (ESF) e aos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), constitui a ordenadora do cuidado para o rastreamento e diagnóstico precoce das afecções bucais. O cirurgião-dentista desempenha papel estratégico na identificação de alterações na mucosa e na realização de procedimentos biópticos de tecidos moles na rede ambulatorial (Cunha et al., 2023). Contudo, a eclosão da pandemia de COVID-19 em 2020 impôs severas restrições operacionais aos serviços odontológicos públicos, resultando na suspensão de atendimentos eletivos, na redução da busca ativa e no represamento generalizado de exames histopatológicos (Santos et al., 2021).

O represamento do diagnóstico na atenção básica gera um efeito cascata que sobrecarrega a Atenção Terceira e desequilibra a gestão orçamentária do SUS. Quando o diagnóstico de uma neoplasia é postergado, o paciente migra da rede ambulatorial para a internação hospitalar de alta complexidade, cujo custo terapêutico e tempo de leito são significativamente superiores aos procedimentos preventivos da atenção básica (Bortoli, 2025). Ante o exposto, compreender a dinâmica temporal das biópsias bucais em relação ao volume e aos custos das hospitalizações por oncologia maxilofacial é fundamental para avaliar a capacidade de resposta da rede pública de saúde.

Diante desse contexto, o presente estudo tem como objetivo analisar a tendência temporal e o impacto financeiro das internações por câncer de boca e faringe em relação à oferta de biópsias de tecidos moles da boca no SUS no estado de Minas Gerais, no período de 2019 a 2024.

2 MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo epidemiológico descritivo, quantitativo e de série temporal, fundamentado em dados secundários de domínio público referentes às ações de rastreamento e às internações por neoplasia maligna da cavidade oral no estado de Minas Gerais, no período de 2019 a 2024.

Os dados foram extraídos via plataforma TABNET/DATASUS, vinculada ao Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde, utilizando duas fontes de informação complementares. A primeira fonte foi o Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS), do qual se coletaram os dados referentes aos procedimentos diagnósticos na Atenção Primária e Especializada, delimitados pelo código de procedimento 0201010526 (Biópsia dos Tecidos Moles da Boca), considerando a variável de frequência de quantidade aprovada por ano de processamento. A segunda fonte consistiu no Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS), utilizado para a obtenção de dados sobre a morbidade hospitalar e custos, selecionando as internações pela Lista de Morbidade CID-10 para a categoria Neoplasia maligna do lábio, cavidade oral e faringe (códigos C00 a C14). As variáveis analisadas nesta etapa incluíram o

número absoluto de internações, o valor total do dispêndio financeiro e o custo médio por Autorização de Internação Hospitalar (AIH).

O processamento e a consolidação das informações foram realizados em ambiente Python (versão 3.10), utilizando as bibliotecas Pandas para a tabulação estruturada dos dados e Matplotlib para a geração de gráficos de tendência temporal com duplo eixo vertical. A análise pautou-se na estatística descritiva, com o cálculo de frequências absolutas, médias e da variação percentual relativa entre os anos extremos da série histórica (2019 e 2024), além da identificação das oscilações assistenciais durante o biênio pandêmico de 2020 a 2021. Por utilizar dados secundários, de acesso público e agregados, sem identificação individual dos sujeitos, o presente trabalho dispensou a apreciação por Comitê de Ética em Pesquisa, em consonância com as Resoluções nº 466/2012 e nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

No período compreendido entre 2019 e 2024, registraram-se em Minas Gerais 16.279 biópsias de tecidos moles da boca na rede ambulatorial (SIA/SUS) e 23.157 internações hospitalares por neoplasias malignas do lábio, cavidade oral e faringe (SIH/SUS), totalizando um montante acumulado de R$ 58.795.511,97 alocado ao tratamento terciário, conforme consolidado na Tabela 1.

Tabela 1 — Frequência de biópsias de tecidos moles da boca, internações e custos hospitalares por neoplasia maligna da cavidade oral (C00–C14) em Minas Gerais (2019–2024).

Ano	Biópsias Bucais (SIA/SUS)	Internações Hospitalares (SIH/SUS)	Custo Total (R$)	Custo Médio / Internação (R$)
2019	2.689	3.866	R$ 9.191.416,35	R$ 2.377,50
2020	1.363	3.628	R$ 9.135.901,52	R$ 2.518,16
2021	1.988	3.573	R$ 9.320.292,07	R$ 2.608,53
2022	2.806	4.000	R$ 10.096.272,99	R$ 2.524,07
2023	2.999	3.964	R$ 9.445.980,90	R$ 2.382,94
2024	4.434	4.126	R$ 11.605.648,14	R$ 2.812,81
Total	16.279	23.157	R$ 58.795.511,97	R$ 2.538,99

*Fonte: Elaboração própria a partir de dados secundários do SIH/SUS (DATASUS/MS).

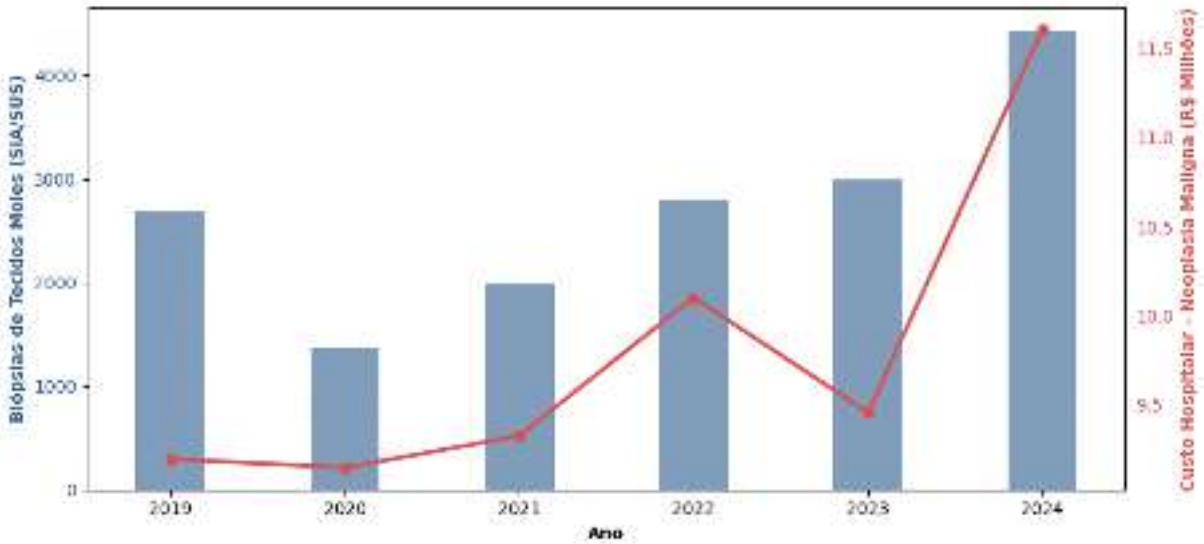
A análise temporal da produção ambulatorial indica que, em 2019, foram realizadas 2.689 biópsias. Contudo, no primeiro ano da pandemia de COVID-19 (2020), a realização desses exames histopatológicos sofreu uma redução abrupta de 49,31%, caindo para 1.363 procedimentos. A partir de 2021 (1.988 exames), observou-se uma retomada progressiva que culminou em 4.434 procedimentos em 2024, representando uma expansão de 64,89% em relação ao período pré-pandêmico. Esse comportamento de desaceleração e posterior recuperação reflete a interrupção dos atendimentos eletivos nas Unidades Básicas de Saúde

(UBS) e nos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) durante as fases mais severas de restrição sanitária, conforme documentado por Santos et al. (2021) e Cunha et al. (2023).

Em contrapartida, as hospitalizações por câncer de boca mantiveram-se em patamares elevados ao longo de toda a série histórica. Houve uma modesta retração nas admissões hospitalares no biênio 2020–2021 (3.628 e 3.573 casos, respectivamente), associada ao adiamento de procedimentos cirúrgicos não emergenciais e ao receio da população em frequentar o ambiente hospitalar. A partir de 2022, os registros hospitalares voltaram a crescer, atingindo o pico de 4.126 internações em 2024, o que representa uma elevação de 6,73% em relação a 2019. A resiliência das internações mesmo durante o período crítico da emergência sanitária corrobora os achados de Silva e colaboradores (2021), que demonstraram que internações oncológicas apresentam baixa elasticidade em relação a crises sanitárias por se tratarem de patologias de evolução rápida e manejo inadiável.

Sob a ótica econômica, o impacto financeiro expandiu-se a taxas superiores ao crescimento físico das internações. O dispêndio anual com hospitalizações subiu de R$ 9.191.416,35 em 2019 para R$ 11.605.648,14 em 2024 (+26,27%), enquanto o custo médio por paciente internado passou de R$ 2.377,50 para R$ 2.812,81 (+18,31%). O comportamento dinâmico e o desacoplamento entre a frequência de biópsias na Atenção Primária e os custos hospitalares estão ilustrados no Figura 1.

Figura 1 — Tendência temporal de biópsias bucais em âmbito ambulatorial (SIA/SUS) e de custos totais por internações hospitalares por neoplasia maligna da cavidade oral e faringe (SIH/SUS) em Minas Gerais (2019–2024).



Fonte: Elaborado pelo autor (2026), com base em dados secundários do DATASUS (SIA/SUS e SIH/SUS).

O descompasso observado entre o represamento do rastreamento na Atenção Primária e a escalada de custos na Atenção Terceira possui sustentação na literatura especializada. A queda expressiva na oferta de biópsias bucais em 2020–2021 resultou no atraso diagnóstico de lesões potencialmente malignas (LPM) e carcinomas espinocelulares em estágios iniciais (Estádios I e II). Conforme apontado por Lauritzen et al. (2022) e Bortoli (2025), o diagnóstico tardio do câncer bucal migra o perfil dos pacientes para os Estádios III e IV, nos quais a complexidade terapêutica exige procedimentos cirúrgicos extensos, reconstruções microcirúrgicas, internações em UTI e protocolos adjuvantes de radioterapia e quimioterapia, elevando o custo de tratamento em até 500% em comparação com a intervenção precoce.

DOI: 10.51161/iv-conasus/90571

Portanto, o crescimento do gasto público e do custo médio por internação a partir de 2022 em Minas Gerais reflete a maior gravidade clínica dos pacientes admitidos nos centros de oncologia. A expressiva ampliação das biópsias em 2024 (Figura 1) representa uma resposta positiva da rede de atenção à saúde bucal do SUS no combate ao represamento assistencial, demonstrando que o fortalecimento da capacidade diagnóstica do cirurgião-dentista na atenção básica é indispensável para interceptar o avanço da doença, reduzir a morbimortalidade e conter os custos hospitalares oncológicos.

4 CONCLUSÃO

A análise da série temporal de 2019 a 2024 em Minas Gerais evidenciou uma marcante oscilação na oferta de exames diagnósticos de saúde bucal e seu reflexo no sistema hospitalar de oncologia. A drástica redução na realização de biópsias teciduais bucais durante o auge da pandemia de COVID-19 (2020–2021) gerou um represamento assistencial significativo, atrasando a detecção de lesões potencialmente malignas e carcinomas orais em estágios iniciais.

Como repercussão desse diagnóstico tardio, as internações hospitalares por neoplasia maligna da cavidade oral e faringe mantiveram-se em patamares elevados, culminando em uma expressiva elevação dos custos totais do tratamento terciário e do custo médio por paciente internado a partir de 2022. Essa elevação dos valores operacionais reflete a maior gravidade clínica e a necessidade de intervenções terapêuticas de alta complexidade tecnológica e cirúrgica para casos diagnosticados em fases avançadas.

A retomada e a expansão da produção de biópsias ambulatoriais observadas em 2024 demonstram o esforço de recuperação do SUS mineiro para mitigar as demandas reprimidas. Conclui-se que o fortalecimento contínuo da Atenção Primária à Saúde e dos Centros de Especialidades Odontológicas, pautado na capacitação das Equipes de Saúde Bucal para o rastreamento e diagnóstico precoce, consolida-se como a estratégia mais eficaz e custo-efetiva para reduzir a morbimortalidade pelo câncer de boca e assegurar a sustentabilidade orçamentária da rede pública de saúde.

REFERÊNCIAS

BORTOLI, G. D. Impacto econômico e humano do diagnóstico tardio de câncer bucal no SUS. **Saúde, Ética & Justiça**, v. 30, n. 2, e-238100, 2025.

CUNHA, A. R. et al. Impacto da pandemia de COVID-19 nos exames histopatológicos de lesões orais no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 57, n. 12, p. 1-10, 2023.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). **Estimativa 2023: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2022.

LAURITZEN, M. et al. Cost-effectiveness of early diagnosis and screening for oral cancer in public health systems: A systematic review. **Journal of Oral Pathology & Medicine**, v. 51, n. 4, p. 321-329, 2022.

MELO, A. C. et al. Perfil epidemiológico e fatores associados ao diagnóstico tardio do câncer de boca no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, n. 8, e00124520, 2021.

DOI: 10.51161/iv-conasus/90571

SANTOS, M. B. et al. Retração dos procedimentos diagnósticos bucais no SUS durante a emergência de saúde pública da COVID-19. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 10, p. 4815-4824, 2021.

SILVA, L. P. et al. The impact of the COVID-19 pandemic on hospitalizations for oral and oropharyngeal cancer in Brazil. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, v. 49, n. 3, p. 211-215, 2021.

DOI: 10.51161/iv-conasus/90571

IDADISMO NA ODONTOLOGIA: UMA REVISÃO BIBLIOMÉTRICA

MARIANA CAMARGO DE ASSIS; LUANA SOUZA GUEDES; TULIO EDUARDO NOGUEIRA

Introdução: O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial, fazendo-se fundamental compreender fatores que podem comprometer a qualidade de vida e a assistência à população idosa para promover um envelhecimento saudável e equitativo. Entre esses fatores, destaca-se o idadismo, caracterizado por estereótipos, preconceitos e comportamentos discriminatórios baseados na idade. **Objetivos:** Este estudo objetivou localizar, descrever e analisar bibliométricamente a produção científica acerca do idadismo na Odontologia. **Metodologia:** Trata-se de um estudo bibliométrico considerando busca nas bases *Web of Science*, *Scopus*, *PubMed*, *Embase* e *Google Scholar*, sem restrições de data ou idioma. A triagem de títulos e resumos foi realizada no software Rayyan. Foram excluídos registros duplicados, editoriais, comentários, artigos de opinião, teses e dissertações, notícias, livros, capítulos de livros, resumos de conferências. Foram coletadas informações bibliográficas, afiliação, palavras-chave, países, ano de publicação, periódico, fator de impacto, quantidade de citações, tipo de estudo e instrumento de avaliação do idadismo, quando aplicável. As análises bibliométricas foram conduzidas no software VOSviewer. **Resultados:** Foram identificadas inicialmente 535 publicações. Após a remoção das duplicatas e triagem, restaram 56 publicações.O primeiro estudo identificado foi publicado em 2001, enquanto o maior número de publicações ocorreu em 2025 (n=14), seguido por 2024 (n=9), com os Estados Unidos como principal país de produção (n=11). Houve concentração nos periódicos *Special Care in Dentistry* (n=15), seguido pelo *European Journal of Dental Education*, ambos com 8 publicações. Predominaram estudos observacionais observacionais (87,1%), seguidos pelas revisões de literatura (9,3%) e experimentais (3,7%). Quanto à população dos estudos, 91,1% investigaram estudantes da graduação, enquanto 6,6% consideraram profissionais formados. As principais palavras-chave foram "*ageism*", "*dental education*" e "*dental students*", presentes em 32, 18 e 8 artigos, respectivamente. **Conclusão:** Conclui-se que a produção científica sobre idadismo na Odontologia apresenta expansão recente, com ênfase na formação acadêmica, mas ainda possui lacunas relacionadas a estudos de intervenção, diversidade geográfica e investigação com profissionais já graduados.

Palavras-chave: **IDADISMO; EQUIDADE; BIBLIOMETRIA; IDADISMO; EQUIDADE; BIBLIOMETRIA**

DOI: 10.51161/iv-conasus/90574

INTELIGÊNCIA EMOCIONAL E BEM-ESTAR LABORAL NO SERVIÇO PÚBLICO: CONTRIBUIÇÕES PARA A SAÚDE DO TRABALHADOR NO SUS

ROSELIA ALVES DOS SANTOS; PAULO CÉZAR ANTÔNIO ARAÚJO DE SOUSA

RESUMO

A saúde do trabalhador é uma dimensão relevante para o Sistema Único de Saúde (SUS), especialmente diante das condições, relações e demandas presentes nos serviços de saúde. Este estudo teve como objetivo analisar evidências científicas sobre inteligência emocional e bem-estar laboral no serviço público, buscando discutir possíveis contribuições para a promoção da saúde do trabalhador no SUS. Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, conduzida segundo as etapas propostas por Mendes, Silveira e Galvão (2008). Foram incluídos 25 estudos empíricos publicados entre 2015 e 2025, em português, inglês ou espanhol, selecionados no Portal de Periódicos CAPES a partir de combinações de descritores relacionados à inteligência emocional, ao bem-estar laboral e ao serviço público. Os estudos foram organizados em três categorias temáticas: bem-estar laboral, qualidade de vida e saúde emocional dos servidores; fatores organizacionais associados ao bem-estar laboral; e inteligência emocional, liderança e competências socioemocionais no serviço público. Os resultados mostraram associações entre experiências laborais mais favoráveis e fatores como reconhecimento, apoio institucional, autonomia, oportunidades de desenvolvimento, comunicação e relações interpessoais positivas. As pesquisas sobre inteligência emocional concentraram-se principalmente em liderança, desempenho, comportamento organizacional, inovação e tomada de decisão. Nenhum dos estudos analisou diretamente, de forma conjunta, inteligência emocional e bem-estar laboral no serviço público. Conclui-se que a integração das evidências permite identificar aproximações relevantes entre competências emocionais, condições organizacionais e experiência laboral, mas não comprova uma relação causal direta. No SUS, esses achados reforçam a importância de políticas e práticas de gestão que considerem tanto os recursos individuais quanto as condições de trabalho.

Palavras-chave: Competências socioemocionais; Gestão de pessoas; Qualidade de vida.

1 INTRODUÇÃO

A saúde do trabalhador é reconhecida como área estratégica da saúde pública e integra as ações do Sistema Único de Saúde (SUS). A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora estabelece que o trabalho é um dos determinantes do processo saúde-doença e orienta ações de promoção, proteção, vigilância e atenção integral à saúde dos trabalhadores (Brasil, 2012). Mais recentemente, as diretrizes de Promoção da Saúde da Trabalhadora e do Trabalhador do SUS reforçaram a necessidade de enfrentar desafios relacionados aos ambientes e à organização do trabalho, além de promover autonomia, participação e condições adequadas para o exercício das atividades (Brasil, 2025).

A saúde mental também ocupa lugar importante nessa agenda. O Ministério da Saúde reconhece que o sofrimento emocional relacionado ao trabalho pode estar associado às condições e à organização do trabalho e inclui os transtornos mentais relacionados ao trabalho entre os agravos de interesse da vigilância em saúde do trabalhador. Para os trabalhadores dos serviços de saúde, documentos do Ministério da Saúde destacam a necessidade de estratégias de cuidado e

DOI: 10.51161/iv-conasus/90583

promoção da saúde mental, considerando os fatores psicossociais presentes nos ambientes de trabalho (Brasil, 2024).

Nesse debate, a Psicologia Organizacional tem ampliado a atenção aos fatores emocionais e às condições que favorecem experiências de trabalho mais positivas. A inteligência emocional pode ser compreendida, a partir do modelo das habilidades, como a capacidade de perceber, utilizar, compreender e gerenciar emoções, utilizando informações emocionais para orientar o pensamento e o comportamento (Mayer, Caruso e Salovey, 2016). O bem-estar laboral, por sua vez, envolve a qualidade da experiência vivenciada no trabalho e pode ser influenciado tanto por características individuais quanto por condições do ambiente organizacional (Warr, 1990; Paschoal e Tamayo, 2008).

No serviço público, esses temas ganham relevância devido à diversidade das atividades, à necessidade de interação constante com diferentes públicos e às responsabilidades relacionadas à prestação de serviços essenciais. Estudos realizados em organizações públicas associam a inteligência emocional a liderança, relações profissionais, comportamento organizacional, inovação e tomada de decisão, enquanto pesquisas sobre bem-estar destacam a importância do reconhecimento, apoio institucional, autonomia, desenvolvimento profissional, relações interpessoais e condições adequadas de trabalho. Entretanto, o próprio conjunto de evidências disponíveis apresenta uma lacuna: os estudos analisam, em grande parte, inteligência emocional e bem-estar laboral separadamente.

Diante disso, este trabalho parte da seguinte questão: quais evidências a literatura científica apresenta sobre inteligência emocional e bem-estar laboral no serviço público e quais aproximações podem contribuir para a discussão da saúde do trabalhador no SUS? O objetivo foi analisar as evidências disponíveis, identificando fatores individuais e organizacionais relacionados à experiência laboral e possíveis implicações para políticas e práticas de gestão voltadas à saúde dos trabalhadores do SUS.

2 MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, método escolhido por permitir a reunião e a síntese de estudos empíricos com diferentes delineamentos metodológicos, favorecendo a identificação de padrões, diferenças e lacunas na produção científica (Mendes, Silveira e Galvão, 2008). A condução do estudo baseou-se nas etapas propostas pelos autores, incluindo definição da questão norteadora, estabelecimento dos critérios de elegibilidade, busca, seleção, extração, categorização e síntese dos estudos.

Foram incluídos estudos empíricos primários, quantitativos, qualitativos e/ou mistos, publicados em periódicos revisados por pares, disponíveis na íntegra, entre 2015 e 2025, nos idiomas português, inglês ou espanhol. Foram priorizados estudos desenvolvidos em organizações públicas e no contexto do serviço público. Foram excluídos editoriais, cartas ao editor, resumos sem texto completo, revisões de literatura, revisões sistemáticas e integrativas, livros, capítulos de livro, teses, dissertações, duplicatas e estudos que, após leitura integral, não respondiam ao problema investigado.

A busca foi realizada no Portal de Periódicos CAPES, entre junho e julho de 2026, utilizando combinações de termos livres e operadores booleanos relacionados à inteligência emocional, ao bem-estar laboral e ao serviço público, em português, inglês e espanhol. Entre as estratégias utilizadas estiveram “emotional intelligence” AND “public service”, “emotional intelligence” AND “well-being at work”, “bem-estar no trabalho” AND “servidor público”,

"emotional intelligence" AND "civil servant*" e "inteligência emocional" AND "serviço públic*". Foram aplicados filtros de período, texto completo, revisão por pares e idioma.

Foram recuperados 119 registros. Após a remoção de 14 duplicatas, permaneceram 105 estudos para triagem. A leitura de títulos e resumos levou à exclusão de 74 registros, resultando em 31 estudos para leitura integral. Após a aplicação dos critérios de elegibilidade, seis estudos foram excluídos e 25 compuseram o corpus final. Para cada estudo foram extraídas informações sobre autoria, ano, objetivo, tipo de estudo e principais achados. A síntese foi realizada por análise temática, com agrupamento dos estudos segundo a aproximação entre seus objetivos e resultados, conforme o procedimento descrito no TCF.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A revisão incluiu 25 estudos publicados entre 2015 e 2025, desenvolvidos em diferentes países e instituições do serviço público, com predomínio de pesquisas quantitativas, acompanhadas por estudos qualitativos e estudos de caso. Para a análise, os estudos foram organizados em três categorias: (1) bem-estar laboral, qualidade de vida e saúde emocional dos servidores, com 12 estudos; (2) fatores organizacionais associados ao bem-estar laboral, com quatro estudos; e (3) inteligência emocional, liderança e competências socioemocionais no serviço público, com nove estudos. Cada artigo foi classificado em apenas uma categoria, considerando seu foco principal.

Na primeira categoria, os estudos abordaram diferentes dimensões da experiência laboral, incluindo bem-estar, satisfação, qualidade de vida no trabalho, florescimento, saúde mental e Burnout. Apesar da diversidade conceitual, apareceram de forma recorrente fatores associados a experiências mais favoráveis, como autonomia, reconhecimento profissional, apoio da chefia, oportunidades de desenvolvimento, relações interpessoais positivas e condições adequadas de trabalho. Estudos com servidores de universidades, escolas públicas, autarquias, órgãos federais e unidades básicas de saúde indicaram que a organização do trabalho e os recursos disponíveis interferem na forma como os trabalhadores avaliam sua experiência laboral.

Entre os estudos diretamente relacionados à saúde pública, Lima et al. (2024) identificaram, entre funcionários públicos de uma Unidade Básica de Saúde, associação da qualidade de vida no trabalho com satisfação, bem-estar e prazer nas atividades. O relacionamento interpessoal foi apontado como fator favorável, enquanto infraestrutura inadequada e falta de materiais apareceram como fatores que comprometem a qualidade de vida. Sousa et al. (2024), ao estudarem profissionais de saúde do setor público de unidades básicas, identificaram impactos da pandemia sobre a saúde mental e a qualidade de vida e destacaram a importância de condições adequadas de trabalho. Esses resultados aproximam diretamente a discussão da realidade dos trabalhadores do SUS, embora não tenham investigado inteligência emocional.

Na segunda categoria, os quatro estudos reforçaram o papel das condições organizacionais. Sentido do trabalho, comunicação, práticas de gestão, reconhecimento, qualificação e desenvolvimento profissional apareceram relacionados à experiência dos servidores. Rodrigues et al. (2017) identificaram associação do sentido do trabalho com bem-estar psicológico e comprometimento afetivo. Oktafiani, Chiar e Sukmawati (2019) observaram que a inteligência emocional da liderança e a comunicação interpessoal estavam associadas à satisfação no trabalho. Neumann, Junqueira e Schveitzer (2020) destacaram práticas de gestão, qualificação e condições organizacionais na qualidade de vida de dirigentes do setor público em saúde. Medeiros, Jreige e Soares (2024) identificaram a importância do reconhecimento promovido pelos gestores para o bem-estar dos servidores.

DOI: 10.51161/iv-conasus/90583

A terceira categoria reuniu estudos sobre inteligência emocional em organizações públicas. Os desfechos analisados foram diversos, incluindo liderança, desempenho organizacional, comportamento de cidadania organizacional, inovação, tomada de decisão e desenvolvimento de competências emocionais. Mfikwe e Pelser (2017) e Haricharan (2022) identificaram associações entre inteligência emocional e liderança no serviço público. Bahagia et al. (2024) encontraram associação da inteligência emocional com compartilhamento do conhecimento e comportamento inovador em hospitais públicos. Ashari et al. (2020) relacionaram inteligência emocional, justiça organizacional e comportamento de cidadania organizacional, enquanto Gebresilase et al. (2024) identificaram relação positiva com comportamento de cidadania, mediada pelo contrato psicológico e moderada pelo cinismo organizacional.

Bruno, Iborra Cuéllar e Pasikowski (2024) acrescentaram uma evidência diferente ao avaliar programas de intervenção voltados à regulação emocional em profissionais do serviço público espanhol. Os dois programas contribuíram para o desenvolvimento da inteligência emocional e da empatia, com resultados superiores para a intervenção baseada em metodologias inovadoras. Esse achado é relevante por sustentar a possibilidade de desenvolvimento de competências emocionais, embora os resultados tenham sido produzidos em contexto específico e não permitam generalização automática para trabalhadores do SUS.

A integração das três categorias revela uma aproximação importante: experiências laborais mais favoráveis aparecem associadas tanto a recursos individuais e relacionais quanto a condições organizacionais adequadas. Contudo, essa aproximação é uma síntese interpretativa da revisão. Nenhum dos 25 estudos teve como objetivo principal analisar conjuntamente inteligência emocional e bem-estar laboral no serviço público. As pesquisas sobre inteligência emocional concentraram-se em diferentes processos organizacionais, enquanto as pesquisas sobre bem-estar utilizaram construtos como qualidade de vida, satisfação, florescimento e saúde mental. Portanto, os achados não permitem afirmar que a inteligência emocional, isoladamente, produza bem-estar laboral.

Para o SUS, a principal contribuição dos resultados está na possibilidade de articular dois níveis de atenção à saúde do trabalhador. No nível individual, competências relacionadas à percepção, compreensão e regulação das emoções podem ser consideradas em ações de desenvolvimento e educação permanente. No nível organizacional, os estudos apontam para a importância de reconhecimento, comunicação, apoio institucional, liderança, autonomia, desenvolvimento profissional, infraestrutura e organização do trabalho. Essa leitura é compatível com as diretrizes brasileiras que tratam a saúde do trabalhador do SUS como responsabilidade que envolve as condições e a organização do trabalho, e não apenas características individuais.

Essa distinção é especialmente importante porque uma política de promoção da saúde do trabalhador não deve transferir para o indivíduo a responsabilidade por problemas produzidos ou agravados pelas condições de trabalho. A inteligência emocional pode ser considerada uma dimensão complementar, mas não substitui medidas relacionadas à carga de trabalho, recursos materiais, organização dos processos, reconhecimento, participação e condições de trabalho. Assim, a contribuição mais consistente da revisão está em sustentar uma abordagem que combine desenvolvimento de competências socioemocionais com ações organizacionais de promoção da saúde.

4 CONCLUSÃO

A revisão integrativa reuniu evidências de 25 estudos e mostrou que inteligência emocional e bem-estar laboral são investigados no serviço público por caminhos diferentes. Enquanto os

DOI: 10.51161/iv-conasus/90583

estudos sobre bem-estar enfatizam qualidade de vida, satisfação, florescimento, saúde mental e condições de trabalho, as pesquisas sobre inteligência emocional concentram-se em liderança, desempenho, comportamento organizacional, inovação, tomada de decisão e desenvolvimento de competências. Não foram identificados estudos que examinassem diretamente, de forma conjunta, inteligência emocional e bem-estar laboral no serviço público.

Os resultados permitem, entretanto, identificar uma aproximação relevante entre recursos emocionais, relações de trabalho e condições organizacionais. Reconhecimento, apoio institucional, comunicação, oportunidades de desenvolvimento, relações interpessoais positivas e condições adequadas de trabalho apareceram de forma recorrente entre os fatores associados a experiências laborais mais favoráveis. Para o SUS, essa leitura reforça que a promoção da saúde do trabalhador precisa considerar simultaneamente aspectos individuais e as condições concretas em que o trabalho é realizado.

As evidências também indicam que ações de desenvolvimento de competências socioemocionais e fortalecimento das lideranças podem ser consideradas em políticas de gestão de pessoas e educação permanente. Contudo, essas ações devem ser articuladas a medidas organizacionais de reconhecimento, participação, melhoria das condições de trabalho e prevenção de agravos. A revisão não permite estabelecer efeitos causais diretos e aponta a necessidade de pesquisas futuras, especialmente estudos brasileiros, longitudinais e multicêntricos que investiguem diretamente a relação entre inteligência emocional, bem-estar laboral e saúde do trabalhador no SUS.

REFERÊNCIAS

ASHARI, I.; RAKHMAT, R.; ALLORANTE, A. I.; AHMAD, B. The effect of organizational justice and emotional intelligence on service quality through organizational citizenship behavior. **International Journal of Multicultural and Multireligious Understanding**, v. 7, n. 2, p. 287-293, 2020. DOI: 10.18415/ijmmu.v7i2.1494.

BAHAGIA, R.; DAULAY, R.; ARIANTY, N.; ASTUTI, R. W. Transformational leadership, emotional intelligence, and innovative work behavior: Mediating roles of knowledge sharing at public hospitals in Indonesia. **Problems and Perspectives in Management**, v. 22, n. 1, p. 122-136, 2024. DOI: 10.21511/ppm.22(1).2024.10.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde mental dos trabalhadores dos serviços de saúde: diretrizes para formulação de políticas públicas em emergências em saúde pública. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 770, de 13 de fevereiro de 2025. Aprova o Protocolo nº 008/2011 da Mesa Nacional de Negociação Permanente do Sistema Único de Saúde (SUS), que institui as diretrizes de Promoção da Saúde da Trabalhadora e do Trabalhador do SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2025.

BRUNO, L.; IBORRA CUÉLLAR, A.; PASIKOWSKI, S. Enhancing emotional intelligence according to or depending on the type of emotional regulation intervention program: study with a group of Spanish public service professionals. **Studia z Teorii Wychowania**, v. 15, n. 2[47], p. 149-166, 2024. DOI: 10.5604/01.3001.0054.6568.

GEBRESILASE, B. M.; BIRAMO, Y. B.; ELKA, Z. Z.; DEMISSIE, E. B.; ALDBYANI, A. Emotional intelligence and organizational citizenship behavior of civil servants in Ethiopia:

psychological contract as a mediator and organizational cynicism as a moderator. **Studia Psychologica**, v. 66, n. 2, p. 151-165, 2024. DOI: 10.31577/sp.2024.02.897.

HARICHARAN, S. J. Is the leadership performance of public service executive managers related to their emotional intelligence? **SA Journal of Human Resource Management**, v. 20, a1773, 2022. DOI: 10.4102/sajhrm.v20i0.1773.

LIMA, L. A. O.; SILVA, L. L.; DOMINGUES JÚNIOR, P. L. Qualidade de vida no trabalho segundo as percepções dos funcionários públicos de uma Unidade Básica de Saúde (UBS). **Revista de Carreiras e Pessoas**, v. 14, n. 2, p. 346-359, 2024. DOI: 10.23925/recape.v14i2.60020.

MAYER, J. D.; CARUSO, D. R.; SALOVEY, P. The ability model of emotional intelligence: principles and updates. Emotion Review, v. 8, n. 4, p. 290-300, 2016. DOI: 10.1177/1754073916639667.

MEDEIROS, S. N.; JREIGE, C. M.; SOARES, K. J. Reconhecimento no serviço público: o papel preponderante dos gestores. **Trabalho (En)Cena**, v. 9, e024001, 2024. DOI: 10.20873/2526-1487e024001.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto – Enfermagem**, v. 17, n. 4, p. 758-764, 2008. DOI: 10.1590/S0104-07072008000400018.

MFIKWE, N. M. G.; PELSER, T. G. The significance of emotional intelligence and leadership styles of senior leaders in the South African government. **Management: Journal of Contemporary Management Issues**, v. 22, n. 2, p. 115-136, 2017. DOI: 10.30924/mjcmi/2017.22.2.115.

NEUMANN, A. P. F. M.; JUNQUEIRA, V.; SCHVEITZER, M. C. Implicações na qualidade de vida no trabalho na perspectiva de dirigentes regionais do setor público em saúde. **Revista Valore**, v. 5, edição especial, p. 127-139, 2020. DOI: 10.22408/reva502020761127-139.

OKTAFIANI, E.; CHIAR, M.; SUKMAWATI. The influence of emotional intelligence and interpersonal communication on employees' work satisfaction at Education and Culture Office in West Kalimantan. **Journal of Education, Teaching and Learning**, v. 4, n. 1, p. 123-129, 2019. DOI: 10.26737/jetl.v4i1.981.

OLIVEIRA-SILVA, L. C.; PORTO, J. B. Subjective well-being and flourishing at work: the impact of professional fulfilment. **Revista de Administração Mackenzie**, v. 22, n. 1, p. 1-25, 2021. DOI: 10.1590/1678-6971/eRAMG210117.

PASCHOAL, T.; TAMAYO, A. Construção e validação da Escala de Bem-Estar no Trabalho. **Avaliação Psicológica**, v. 7, n. 1, p. 11-22, 2008.

ROBAZZI, M. L. do C. C.; SANTOS, S. V. M.; DALRI, R. de C. M. B.; BARDAQUIM, V. A.; XAVIER, J. J. da S.; SILVA, L. A. da; FREITAS, F. C. T.; VICHNEWSKI, E. M. Bem-estar no ambiente de trabalho em escolas de enfermagem brasileiras. **Revista Ciencia y Cuidado**, v. 16, n. 2, p. 8-20, 2019. DOI: 10.22463/17949831.1611.

RODRIGUES, A. L.; BARRICHELLO, A.; IRIGARAY, H. A. R.; SOARES, D. R.; MORIN, E. M. O trabalho e seus sentidos: um estudo com peritos criminais da Polícia Federal. **Revista de Administração Pública**, v. 51, n. 6, p. 1058-1084, 2017. DOI: 10.1590/0034-7612159318.

SOUSA, A. G. V.; MOREIRA, A. A. A. P.; SANTOS, J. A. F.; LEAL, M. G. S. B.; SILVA, A. L. S.; CARVALHO, M. T. V.; VASCONCELOS, I. S. Os impactos do pós-pandemia da

COVID-19: um estudo da qualidade de vida dos profissionais de saúde do setor público das UBS's da zona urbana de Altos - PI. **Revista Foco**, v. 17, n. 3, e4643, 2024. DOI: 10.54751/revistafoco.v17n3-082.

WARR, P. The measurement of well-being and other aspects of mental health. **Journal of Occupational Psychology**, v. 63, n. 3, p. 193-210, 1990. DOI: 10.1111/j.2044-8325.1990.tb00521.x.

DO DESCARTE À INOVAÇÃO: TECNOLOGIAS PARA O GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DE MEDICAMENTOS, DESAFIOS E PERSPECTIVAS PARA O SUS

FRANCIELE MAIARA DE ARAÚJO CASTRO; ANA BEATRIZ SOARES DANTAS CASTRO; MARIA RITA MARTINS DE SOUZA; MAYSLA RAYSSA SILVA COSTA E LIDIANA MEDEIROS MENDES DA COSTA

RESUMO: O aumento do consumo de medicamentos, associado ao envelhecimento populacional, às doenças crônicas, à não adesão terapêutica e às mudanças de prescrição, amplia a formação de estoques domiciliares e o descarte inadequado de produtos vencidos ou não utilizados. Essa prática contamina solos e águas e pode favorecer à resistência antimicrobiana, configurando problema sanitário e ambiental. Nesse contexto, esse estudo objetivou-se analisar, por meio de revisão narrativa da literatura, tecnologias disponíveis para o gerenciamento de resíduos de medicamentos, identificando aplicações, potencialidades, desafios e possibilidades de incorporação no Sistema Único de Saúde. Os resultados evidenciaram baixa prevalência global de descarte adequado, seja dos medicamentos não utilizados ou vencidos. Entre os fatores associados destacaram-se desconhecimento sobre riscos e programas de devolução e a baixa disponibilidade de pontos de coleta bem como orientação profissional insuficiente. As estratégias identificadas concentram-se em campanhas contínuas de educação em saúde, aconselhamento multiprofissional e soluções digitais. Tecnologias baseadas em aplicativos, Internet das Coisas (IoT), Inteligência Artificial (IA), códigos de barras, QR Codes, RFID e *blockchain* podem apoiar a identificação e classificação dos resíduos, emitir alertas de validade, localizar pontos de recebimento, orientar acondicionamento e descarte além de registrar devoluções e gerar dados para monitoramento e planejamento. No Brasil, embora a Política Nacional de Resíduos Sólidos e o Decreto nº 10.388/2020 regulamentarem a logística reversa, persistem limitações relacionadas à cobertura da coleta, às disparidades de ações municipais nesse sentido e déficit de integração entre Assistência Farmacêutica, serviços de saúde e sistemas digitais. Conclui-se que um aplicativo voltado ao SUS pode fortalecer a educação, a rastreabilidade e a adesão à logística reversa, desde que complemente a infraestrutura física e a atuação profissional. Recomenda-se desenvolvimento participativo, com acessibilidade, linguagem simples, interoperabilidade, proteção de dados e funcionamento em baixa conectividade, seguido de avaliações de usabilidade, viabilidade, efetividade e custo, especialmente em municípios de pequeno porte.

Palavras-chave: Preparações Farmacêuticas; Tecnologia em Saúde; Educação em Saúde.

1. INTRODUÇÃO

Os medicamentos são essenciais para prevenir, diagnosticar e tratar doenças, além de atender às necessidades prioritárias de saúde da população com eficácia e segurança (Brasil, 2010). No Brasil, a Política Nacional de Medicamentos ampliou o acesso e reorganizou a assistência farmacêutica no Sistema Único de Saúde (SUS). Contudo, a maior circulação de medicamentos, somada à interrupção de tratamentos e à automedicação, favoreceu a formação

DOI: 10.51161/iv-conasus/90592

de estoques domiciliares, sobras e produtos vencidos, frequentemente descartados de modo inadequado (Oliveira; Assis; Barboni, 2010; Constantino *et al*., 2020).

O envelhecimento populacional, o avanço das doenças crônicas, a não adesão terapêutica e as mudanças de prescrição também aumentam o consumo e as sobras. Quando medicamentos não utilizados ou vencidos são eliminados no lixo comum ou no esgoto, uma questão clínica transforma-se em problema que traz consequências sanitárias e ambientais (Lajqiberisha; Pocevapanovska; Hajrulai-Musliu, 2024; Hiew *et al*., 2024; Chit *et al.*, 2026).

Entre as principais barreiras ao descarte correto estão o desconhecimento da população, a orientação profissional insuficiente e a dificuldade de acesso aos pontos de coleta. Por isso, o fortalecimento da logística reversa exige regulamentação clara, infraestrutura e integração entre serviços de saúde e comunidade. Nesse processo, a Assistência Farmacêutica, outros profissionais de saúde e as tecnologias digitais podem ampliar a educação, a rastreabilidade e a eficiência do sistema (De Campos; Ten Caten; De Paula, 2021; Lima *et al.*, 2022; Hiew *et al.*, 2025).

Embora existam estratégias de gerenciamento e descarte, ainda faltam ferramentas que aproximem os cidadãos dos serviços e pontos de recebimento, especialmente no SUS. Assim, esse estudo objetivou-se analisar, por meio de revisão narrativa da literatura, tecnologias disponíveis para o gerenciamento de resíduos de medicamentos, identificando aplicações, potencialidades, desafios e possibilidades de incorporação no Sistema Único de Saúde

2. METODOLOGIA

2.1 Tipo de Estudo

Realizou-se uma revisão narrativa, de caráter descritivo, sobre o gerenciamento de resíduos de medicamentos. A análise abordou o descarte domiciliar, as estratégias de educação em saúde, as tecnologias aplicáveis e as possibilidades de incorporação dessas soluções ao Sistema Único de Saúde (SUS).

2.2 Bases de dados e período da busca

A busca bibliográfica incluiu publicações de 2020 a 2026 disponíveis nas bases PubMed, SciELO, ScienceDirect e Nature, abrangendo estudos nacionais e internacionais nas áreas de saúde, ciências farmacêuticas, educação em saúde, tecnologias e gerenciamento de resíduos.

2.3 Estratégia de busca

A estratégia de busca foi elaborada a partir de palavras-chave e termos relacionados ao objeto de estudo, contemplando quatro dimensões principais: resíduos de medicamentos, descarte domiciliar, educação/orientação em saúde e tecnologias aplicadas ao gerenciamento de resíduos.

Foram utilizados, de acordo com as especificidades de cada base de dados, descritores e termos livres relacionados às expressões “resíduos de medicamentos”, “descarte de medicamentos”, “resíduos farmacêuticos”, “descarte domiciliar”, “educação em saúde”, “tecnologia”, “inovação tecnológica”, “gerenciamento de resíduos” e “Sistema Único de Saúde”, combinados por meio dos operadores booleanos AND e OR.

2.4 Critérios de inclusão e exclusão

Foram incluídos estudos publicados entre 2020 e 2026, disponíveis nas bases consultadas, que abordassem o gerenciamento, o descarte, a coleta, o tratamento ou a destinação de resíduos de medicamentos, bem como ações educativas ou soluções tecnológicas relacionadas ao tema.

Foram excluídas duplicatas, publicações sem relação direta com o tema, estudos voltados exclusivamente a outros tipos de resíduos e trabalhos que, após a leitura do título e do resumo, não contribuíssem para os objetivos da revisão.

2.5 Análise dos estudos

Os estudos selecionados foram analisados de forma descritiva e interpretativa e organizados em quatro eixos temáticos: (1) desafios relacionados ao descarte domiciliar; (2) estratégias de educação e orientação; (3) funcionalidades tecnológicas aplicáveis; e (4) perspectivas e desafios das tecnologias do SUS para o gerenciamento de resíduos de medicamentos.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 Desafios relacionados ao descarte domiciliar

O descarte inadequado de medicamentos não utilizados, danificados ou vencidos representa um problema global para o meio ambiente e a saúde pública. Quando eliminados no lixo comum, em pias ou vasos sanitários, esses resíduos podem contaminar o solo e a água, além de favorecer a resistência bacteriana aos antibióticos. Esse risco é intensificado pela venda de antimicrobianos sem prescrição, pelas deficiências de saneamento e pela liberação de fármacos e resíduos em fezes, esterco e efluentes industriais, que podem se tornar importantes focos de seleção de microrganismos com resistência a antimicrobianos (Lajqiberisha; Pocevapanovska; Hajrulai-Musliu, 2024).

Nesse sentido, a prevalência global de descarte adequado é criticamente baixa, atingindo apenas 13% para medicamentos não utilizados e 8% para medicamentos vencidos, estando associado muitas vezes associados à falta de conscientização, nível educacional, "farmácias caseiras" com medicamentos armazenados, frequentemente vencidos, influência de pares, desconhecimento sobre programas de devolução ou métodos de descarte seguro, e na falta de ter familiares capazes de gerenciar seus medicamentos de forma independente (Chit *et al*., 2026; Perini *et al.*, 2026).

Apesar de atitudes positivas em relação ao descarte seguro, a prática permanece excluída devido à falta de infraestrutura acessível e à orientação insuficiente dos profissionais de saúde, visto que, não raro, estes atores consideram a educação do público sobre descarte fora de suas responsabilidades, perpetuando normas internas, e consequentemente favorecendo a ao aumento de descarte de medicamentos de forma inadequada (Hiew *et al*., 2025).

No Brasil, o descarte inadequado de medicamentos constitui uma preocupação crescente, uma vez que grande parte da população elimina resíduos farmacêuticos no lixo doméstico ou na rede de esgoto. Estima-se que, anualmente, cerca de 30 mil toneladas de medicamentos sejam descartadas de forma inadequada pelos consumidores brasileiros (Da Silva *et al*., 2020; Guimarães *et al*., 2022). Embora o Decreto nº 10.388/2020 tenha regulamentado a logística reversa de medicamentos domiciliares vencidos ou em desuso, estabelecendo farmácias e drogarias de municípios com mais de 100 mil habitantes como pontos de coleta e atribuindo aos fabricantes e importadores os custos da destinação ambientalmente adequada, sua implementação ainda apresenta lacunas importantes como a intervenção entre as localidades menores que carecem de pontos de recebimento obrigatórios.

Além disso, dados recentes da literatura indicam que apenas 2% das farmácias brasileiras dispõem de pontos de coleta para medicamentos vencidos ou não utilizados (Da Silva *et al*., 2020; Freitas; Radis-Baptista, 2021; Guimarães *et al*., 2022; Perini *et al*., 2026).

Em relação a oferta de pontos de coleta abarcada dentro dos serviços da atenção primária à Saúde (APS) no Brasil, o ponto central é que a Unidade Básica de Saúde (UBS) e a farmácia pública são uma porta de entrada do cuidado e da dispensação, mas o retorno de medicamentos vencidos pelo usuário para essas unidades ainda não aparece como fluxo nacional plenamente regulamentado e padronizado (De Campos; Ten Caten; De Paula, 2021). Ademais, a evidência descreve um cenário em que a APS tem capilaridade e potencial para organizar coleta e educação, mas a operação prática dos pontos de coleta tem ficado basicamente em farmácias e drogarias, com experiências locais em serviços de saúde e instituições parceiras (Perini *et al*., 2026).

3.2 Estratégias de educação e orientação

Em relação às estratégias de educação e orientação para a gestão de resíduos de medicamentos, basicamente pode-se citar três frentes: campanhas de educação em saúde, orientação por parte dos profissionais e tecnologias digitais, tais como as plataformas e aplicativos. Nesse sentido, a APS aparece como um espaço forte para coordenar tais estratégias, podendo expandir essas ações para fora da clínica com atividades em escolas, visitas domiciliares e redes comunitárias, isto é, aproximando educação e território (Stange; Miller; Etz, 2023; Haggstrom *et al.*, 2024).

Em relação às campanhas e educação em saúde, as campanhas educativas e de educação em saúde tendem a funcionar melhor quando são contínuas, coordenadas e adaptadas ao contexto local, não como ações simples e isoladas (Haggstrom *et al.*, 2024). Além disso, a orientação aos pacientes quando é efetivado por profissionais se torna mais eficaz quando é de forma multiprofissional, personalizada e baseada no que o paciente já sabe e consegue aplicar (Slater *et al*., 2026).

3.3 Funcionalidades tecnológicas aplicáveis

A literatura descreve estratégias de logística reversa, tecnologias educacionais e funcionais que podem subsidiar protótipos para o gerenciamento de resíduos de medicamentos no domicílio no âmbito do SUS (Hui et al., 2020; Banjar *et al.*, 2022; Fani *et al*., 2022; Mohamed, Khan, Jagtap, 2024; Kumar *et al*., 2026).

Diante do exposto, observa-se que diversos estudos empregam arquiteturas baseadas em Internet das Coisas (IoT) e inteligência artificial. Embora essas soluções não se restrinjam a aplicativos móveis, elas incluem interfaces destinadas aos usuários finais e contribuem para a constituição de um ecossistema de gerenciamento de resíduos farmacêuticos (Hui *et al.*, 2020; Banjar *et al.*, 2022; Mohamed, Khan, Jagtap, 2024; Kumar *et al*., 2026). Entre as tecnologias identificadas, destaca-se a dTTHI, apresentada por Hui *et al.* (2020). Trata-se de um dispositivo denominado *Digital Time Temperature Humidity Indicator* (Indicador Digital de Tempo, Temperatura e Umidade), acoplado à embalagem do medicamento, que registra continuamente a temperatura e a umidade, armazena os dados localmente, envia informações para a nuvem, exibe o estado de qualidade em um visor e possibilita o rastreamento de todo o histórico de armazenamento, desde a produção até o retorno à farmácia.

Além das soluções de monitoramento, a literatura apresenta técnicas de simulação computacional capazes de reproduzir o comportamento de consumidores, farmácias e pontos de coleta, permitindo prever os resultados de diferentes estratégias de gestão de resíduos

farmacêuticos (Fani *et al*., 2022). Também se destaca a integração da inteligência artificial para a classificação automática de medicamentos por imagem, tendência emergente que possibilita esclarecer dúvidas, fornece orientações sobre o descarte correto, verificar a validade por meio de perguntas guiadas, informar sobre doação e retirada de medicamentos e identificar automaticamente sua forma farmacêutica e condição de uso (Banjar *et al*., 2022).

Outra possibilidade consiste no emprego de códigos de barras, QR Codes ou RFID para associar cada item ou embalagem à respectiva categoria de descarte. Após a leitura do código, o sistema identifica a categoria, libera a lixeira adequada ou bloqueia descartes incompatíveis e envia alertas, simultaneamente. Os dados são encaminhados à plataforma IoT, que registra o descarte, monitora o nível dos recipientes, informa violações e gera relatórios para gestores e coletores (Mohamed, Khan, Jagtap, 2024). Por sua vez, o framework BIOT-EMW (*Blockchain-enabled Internet of Things framework for smart Electro-Medical Waste management*), traduzido como estrutura de Internet das Coisas habilitada por *blockchain* para a gestão inteligente de resíduos eletromédicos, funciona como um ecossistema integrado: detecta resíduos no momento do descarte, classifica automaticamente seu tipo e nível de risco, registra de forma imutável as etapas do ciclo de vida, automatiza decisões relacionadas à coleta, ao transporte e à auditoria, favorece a conformidade regulatória e reduz custos operacionais e riscos de contaminação (Kumar *et al.*, 2026).

Em conjunto, essas tecnologias contribuem para um sistema de gestão de resíduos farmacêuticos mais seguro, rastreável e eficiente. Suas principais aplicações incluem a identificação e a classificação automática dos resíduos, a orientação sobre descarte (Hui et al., 2020; Banjar *et al.*, 2022; Fani *et al*., 2022; Mohamed, Khan, Jagtap, 2024; Kumar *et al*., 2026).

3.4 Perspectivas e Desafios de Tecnologias do SUS para Gerenciamento de Resíduos de Medicamentos

No Brasil, a gestão de resíduos de medicamentos é regida pela Política Nacional de Resíduos Sólidos (Lei nº 12.305/2010) e pelo Decreto nº 10.388/2020, que regulamentou a logística reversa de medicamentos domiciliares. Entretanto, sua implementação ainda é limitada por restrições orçamentárias, baixa capacitação técnica e ausência de acordos setoriais abrangentes com a indústria farmacêutica (Paludetti *et al.*, 2025).

Nos estabelecimentos de saúde, persistem falhas na segregação, no armazenamento e na formalização do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS). A RDC nº 222/2018 da ANVISA classifica os medicamentos como resíduos químicos do Grupo B, destinados a aterros Classe I ou a tratamento prévio. Além disso, medicamentos devolvidos por pacientes não podem ser redistribuídos, pois suas condições de armazenamento domiciliar não são verificáveis (Freitas; Radis-Baptista, 2021; De Campos; Ten Caten; De Paula, 2021).

A logística reversa é a principal tecnologia organizacional disponível em vários municípios brasileiros. No estado de São Paulo, o sistema utilizou a base LogMed para monitorar a coleta nos municípios participantes; em 2021, a antecipação para cidades com mais de 200 mil habitantes alcançou cerca de 64% da população estadual e recolheu cerca de 35 mil kg de resíduos (Paludetti *et al.*, 2025).

No SUS, o HORUS monitora estoques e o uso de medicamentos, permitindo remanejar excedentes em condições adequadas entre unidades para reduzir perdas, basicamente estando o sistema estreito a gestão do serviço de saúde. Essa prática difere da logística reversa, pois medicamentos devolvidos por pacientes não podem ser redistribuídos devido à impossibilidade de comprovar seu armazenamento domiciliar (De Campos; Ten Caten; De Paula, 2021).

Nesse seguimento, as principais limitações concentram-se nos municípios de pequeno porte, haja vista que em mais de 4.000 dos 5.565 municípios brasileiros têm menos de 20 mil habitantes e frequentemente carecem de recursos, capacitação e sistemas adequados. No SUS, persiste a baixa padronização tecnológica, as lacunas regulatórias e os custos de implantação (Lima *et al.*, 2022; Freire *et al.*, 2025).

Assim, as tecnologias disponíveis no SUS concentram-se em gestão, rastreamento e destinação, com baixa adesão na base na logística reversa e ausência de um sistema de rastreamento digital nacional.

4 CONCLUSÃO

Esta revisão mostrou que o gerenciamento domiciliar de resíduos de medicamentos no SUS ainda enfrenta baixa cobertura de pontos de coleta, pouca orientação à população, desigualdades municipais e limitada integração entre logística reversa, Assistência Farmacêutica e sistemas digitais. Nesse cenário, tecnologias como aplicativos podem apoiar a educação em saúde, a localização de pontos de recebimento, os alertas de validade, a identificação de medicamentos, o registro de devoluções e a produção de dados para o planejamento, sem substituir a infraestrutura física e a atuação profissional. Sua incorporação deve ser articulada aos fluxos assistenciais e logísticos existentes, com participação de usuários, profissionais, gestores e agentes da cadeia farmacêutica, além de considerar acessibilidade, linguagem simples, interoperabilidade, proteção de dados e funcionamento em baixa conectividade. Recomenda-se, portanto, o desenvolvimento participativo e a avaliação dessas soluções, especialmente em municípios de pequeno porte. Como limitação, os achados refletem a heterogeneidade e os diferentes níveis de maturidade das tecnologias descritas na literatura.

REFERÊNCIAS

BANJAR, Haneen *et al.* An intelligent system for proper management and disposal of unused and expired medications. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 19, n. 5, p. 2875, 2022.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA)**. O que devemos saber sobre medicamentos**. Brasília, DF: Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2010. Disponível em: https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/medicamentos/publicacoes-sobre-medicamentos/o-que-devemos-saber-sobre-medicamentos.pdf/@@display-file/file. Acesso em: 5 set. 2026.

CHIT, Guu Nandar *et al.* Global patterns and determinants of household medicine storage and disposal: a systematic review and meta-analysis. **Journal of Pharmaceutical Policy and Practice**, v. 19, n. 1, p. 2601936, 2026.

CONSTANTINO, Viviane Macedo et al. Estoque e descarte de medicamentos no domicílio: uma revisão sistemática. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 585-594, 2020.

DA SILVA, Gabriela Soares *et al.* Análise dos resíduos farmacêuticos recebidos em práticas educativas para promoção do descarte consciente de medicamentos vencidos ou em desuso no estado de Goiás, Brasil. **Vigilância Sanitária em Debate: Sociedade, Ciência & Tecnologia**, v. 8, n. 1, p. 22-30, 2020.

DE CAMPOS, Elaine Aparecida Regiani; TEN CATEN, Carla Schwengber; DE PAULA, Istefani Carísio. End-of-use and end-of-life medicines—insights from pharmaceutical care process into waste medicines management. **Environmental Science and Pollution Research**, v. 28, n. 41, p. 58170-58188, 2021.

FANI, Virginia et al. Advancing pharmaceutical waste management: An agent-based approach to enhance consumer participation in circular economy. **Waste Management**, v. 205, p. 114980, 2025.
FREIRE, Mariana Lourenço *et al.* Evaluation of health technology implementation in the Brazilian public health system: a systematic review. **BMC Health Services Research**, v. 25, n. 1, p. 1207, 2025.
FREITAS, L. A. A.; RADIS-BAPTISTA, G. Pharmaceutical pollution and disposal of expired, unused, and unwanted medicines in the Brazilian context. **J. Xenobiotics**, v. 11, p. 61-76, 2021.
GUIMARÃES, Dárcio Henrique Alves *et al.* Descarte de medicamentos: logística reversa. **Pubsaúde**, v. 8, p. a261, 2022.
HAGGSTROM, David A. *et al.* Population health in primary care. **Frontiers in Medicine**, v. 11, p. 1369741, 2024.
HIEW, Sheng Yuan; LOW, Bee Yean. A systematic review of the knowledge, attitude and practice of healthcare professionals and healthcare professional students towards household pharmaceutical waste disposal. **Exploratory Research in Clinical and Social Pharmacy**, v. 17, p. 100556, 2025.
HUI, Terence KL *et al.* Enhancing pharmaceutical packaging through a technology ecosystem to facilitate the reuse of medicines and reduce medicinal waste. **Pharmacy**, v. 8, n. 2, p. 58, 2020.
KUMAR, K. Suresh et al. Uma estrutura de IoT habilitada por blockchain para gerenciamento inteligente de resíduos eletromédicos. **Scientific Reports** , v. 16, n. 1, p. 20504, 2026.
LAJQIBERISHA, N.; POCEVAPANOVSKA, A.; HAJRULAI-MUSLIU, Z. Antibiotic resistance and aquatic systems: Importance in public health. Water, 16 (17), 2362 [em linha]. 2024.
LIMA, Pedro Augusto Bertucci *et al.* Medications reverse logistics: A systematic literature review and a method for improving the Brazilian case. **Cleaner Logistics and Supply Chain**, v. 3, p. 100024, 2022.
MOHAMED, Nurul Hamizah; KHAN, Samir; JAGTAP, Sandeep. Waste 4.0: transforming medical waste management through digitalization and automated segregation. **Discover Sustainability**, v. 5, n. 1, p. 353, 2024.
OLIVEIRA, Luciane Cristina Feltrin de; ASSIS, Marluce Maria Araújo; BARBONI, André René. Assistência farmacêutica no Sistema Único de Saúde: da Política Nacional de Medicamentos à atenção básica à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. suppl 3, p. 3561-3567, 2010.
PALUDETTI, Diego Xavier *et al.* Implantação da logística reversa de medicamentos e de suas embalagens em São Paulo, Brasil: avanços no primeiro ano (2021). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 30, p. e00462024, 2025.
PERINI, Jamila Alessandra *et al.* The Improper Disposal of Drugs and the Lack of Information About It Among a Highly Educated Population in Brazil: Analysis of the Factors Influencing Correct Disposal. **Pharmacy**, v. 14, n. 2, p. 60, 2026.
SLATER, Kaylee *et al*. Developing implementation strategies to improve patient education for hypertension in primary care. **medRxiv**, p. 2026.01. 12.25341587, 2026.
STANGE, Kurt C.; MILLER, William L.; ETZ, Rebecca S. The role of primary care in improving population health. **The Milbank Quarterly**, v. 101, n. Suppl 1, p. 795, 2023.

DISTRIBUIÇÃO ESPAÇO-TEMPORAL DE VÍRUS RESPIRATÓRIOS NA VIGILÂNCIA SENTINELA DE SÍNDROME GRIPAL NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO, 2021–2023

JULIANA LOPES RODRIGUES JACQUES; RAFAELLA REIS RIVADAVIA MONTEIRO BAIERLE; ADRIANA MACHADO VASQUES; REINALDO SOUZA DOS SANTOS; ANDREY MOREIRA CARDOSO

Introdução: A Vigilância Sentinela de Síndrome Gripal constitui importante estratégia para identificação e monitoramento da circulação de vírus respiratórios, contribuindo para o planejamento de ações de prevenção e controle. A análise da distribuição desses agentes no território pode ampliar a capacidade da vigilância em reconhecer áreas prioritárias e subsidiar respostas oportunas em saúde pública. **Objetivo:** Descrever a distribuição espacial e temporal dos casos de síndrome gripal com detecção de pelo menos um vírus respiratório nas amostras da Vigilância Sentinela do município do Rio de Janeiro, entre 2021 e 2023. **Metodologia:** Estudo ecológico descritivo, com abordagem espaço-temporal, utilizando dados secundários do SIVEP-Gripe. Foram analisados casos de síndrome gripal de residentes do município, considerando bairros e anos como unidades de análise. Realizaram-se análise descritiva, elaboração de mapas temáticos no QGIS e detecção de agrupamentos espaço-temporais de maior risco por meio de estatística de varredura no SaTScan, considerando os casos positivos em relação às amostras coletadas. **Resultados:** Foram incluídos 11.035 registros, sendo 2.244 em 2021, 3.638 em 2022 e 5.153 em 2023. A distribuição das amostras positivas apresentou heterogeneidade entre os bairros. Foram identificados três agrupamentos espaço-temporais de maior risco, dois em 2021 e um em 2022. Em 2021, um agrupamento apresentou risco relativo (RR) de 1,61, abrangendo bairros das Áreas Programáticas 1.0, 2.2 e 3.1, e outro apresentou RR de 1,46, abrangendo Santa Cruz e Sepetiba, na AP 5.3. Em 2022, o agrupamento de maior risco apresentou RR de 2,15 e compreendeu bairros das AP 3.3, 4.0 e 5.1. **Conclusão:** A identificação de padrões espaço-temporais evidencia o potencial da análise territorial como ferramenta complementar à Vigilância Sentinela de Síndrome Gripal. A detecção de áreas de maior risco pode contribuir para qualificar o monitoramento da circulação viral, orientar ações direcionadas aos territórios e fortalecer o planejamento de intervenções no âmbito do SUS.

Palavras-chave: **ANÁLISE ESPAÇO-TEMPORAL; SÍNDROME GRIPAL; VIGILÂNCIA SENTINELA**

DOI: 10.51161/iv-conasus/90598

EXPOSIÇÃO PRECOCE A DROGAS LÍCITAS E ILÍCITAS ENTRE ADOLESCENTES DA REGIÃO SUL: INDICADORES DA PENSE 2024

JAINE DA SILVA; GABRIELE FEUSER; CRISTIANE EMILIA GROSMANN

Introdução: O Programa Saúde na Escola (PSE), política intersetorial dos Ministérios da Saúde e da Educação, reconhece a escola como espaço promotor de saúde na educação básica pública, da infância à adolescência, fase decisiva em que hábitos, influenciados pela família, pelos pares e pela escola, se consolidam. A Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), do IBGE em parceria com os ministérios, monitora fatores de risco e proteção em adolescentes de 13 a 17 anos. O objetivo deste trabalho foi analisar indicadores de 2024 sobre drogas e cobertura de ações preventivas em escolas públicas da Região Sul. Metodologia: Estudo descritivo com dados secundários da PeNSE 2024 (10.418.358 estudantes de escolas públicas no Brasil), analisando indicadores de 1.380.816 adolescentes de 13 a 17 anos da Região Sul sobre experimentação e consumo, aquisição e ações preventivas. Resultados: Quanto ao álcool, 62,3% experimentaram bebida alcoólica alguma vez na vida, 33,4% tiveram a primeira dose aos 13 anos ou menos, 42,6% referiram embriaguez alguma vez na vida e 26,6% consumiram em ao menos um dia nos 30 dias anteriores à pesquisa. Os meios de aquisição foram estabelecimentos comerciais (31,5%), festas (21,2%), pais (15,9%) e amigos (12,3%). No tabaco, 22,6% fumaram cigarro, 39,6% experimentaram cigarro eletrônico e 27% usaram narguilé, todos alguma vez na vida. Ainda, 10,4% experimentaram drogas ilícitas alguma vez na vida. 22,2% usaram maconha em um ou dois dias nos 30 dias anteriores. As ações preventivas foram parciais, 52,1% frequentavam escolas com ações de prevenção ao uso de tabaco, 52,8% ao álcool e 57,1% ao crack e outras drogas, 62,2%, receberam ação educativa de profissionais de saúde na escola ou em Unidade Básica de Saúde. Conclusão: A exposição precoce e facilitada a drogas lícitas e ilícitas configura fator de risco para desfechos negativos em saúde neste e nos ciclos de vida futuros. O PSE é um instrumento estratégico, articulando saúde e educação na escola. Porém, sua cobertura, abrangendo pouco mais da metade dos adolescentes da rede pública da Região Sul, sinaliza a necessidade de ampliar e qualificar as ações, consolidando a escola como espaço estratégico de articulação entre saúde e educação.

Palavras-chave: **SAÚDE DO ADOLESCENTE; CONSUMO DE ÁLCOOL EM ESCOLAS; DROGAS ILÍCITAS**

DOI: 10.51161/iv-conasus/90599

INTERNAÇÕES HOSPITALARES POR PARALISIA CEREBRAL EM MENORES DE 15 ANOS NO BRASIL (2016-2025)

SOFIA COSTA DE ARAUJO; MAGALI SOUZA ROCHA SILVA; ELISANGELA MASCARENHAS DA SILVA

INTRODUÇÃO: A Paralisia Cerebral (PC) é definida como um conjunto de distúrbios permanentes da postura e do movimento, decorrentes de lesão não progressiva no encéfalo imaturo. É a principal causa de incapacidade física na infância, com prevalência global de 2,11 por mil nascidos vivos, associando-se a fatores como prematuridade e asfixia neonatal. **OBJETIVO:** Descrever as características epidemiológicas e a tendência temporal das internações por PC em menores de 15 anos no Brasil, no período de 2016 a 2025. **MÉTODOS:** Estudo ecológico, de série temporal, descritivo e retrospectivo. Os dados foram extraídos do Sistema de Informações Hospitalares via DATASUS, selecionando-se as variáveis: evolução anual, sexo, faixa etária, caráter de atendimento, média de permanência e taxa de mortalidade hospitalar. Utilizou-se análise descritiva com frequências absolutas e relativas. **RESULTADOS:** Registrou-se um total de 26.624 internações pediátricas por PC no período. No perfil demográfico, houve predomínio do sexo masculino (14.895 casos; 55,95%) sobre o feminino (11.729 casos; 44,05%) e concentração nas faixas de 5 a 9 anos (10.058 casos; 37,78%) e 10 a 14 anos (9.361 casos; 35,16%), com menor representatividade em menores de um ano (1.493 casos; 5,61%). Majoritariamente, os atendimentos foram eletivos (22.076 casos; 82,92%) em relação às urgências (4.548 casos; 17,08%), com permanência média de 14,6 dias, alcançando 17,9 dias no grupo de 10 a 14 anos e 17,5 dias em menores de um ano. A taxa de mortalidade hospitalar pediátrica geral situou-se em 0,68%, registrando-se a maior letalidade de forma acentuada no primeiro ano de vida (menores de 1 ano), cujo índice atingiu 5,29%. Essa letalidade em lactentes mostrou-se 13 vezes superior à das demais idades combinadas (0,41%). Na tendência temporal pediátrica, constatou-se recuo anual das internações de 3.159 casos em 2016 para 1.915 em 2020, seguido por incremento progressivo de 56,97% até alcançar 3.006 registros em 2025. **CONCLUSÃO:** O perfil de internação pediátrica por PC no Brasil caracteriza-se por demanda prevalente de escolares masculinos em procedimentos eletivos de longa permanência, com gravidade clínica e letalidade criticamente concentradas no primeiro ano de vida. Políticas públicas devem priorizar o suporte intensivo neonatal para reduzir óbitos precoces nesta população vulnerável.

Palavras-chave: **INTERNAÇÃO HOSPITALAR; PARALISIA CEREBRAL; CRIANÇAS**

DOI: 10.51161/iv-conasus/90601

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DOS CASOS DE MPOX NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO, 2022–2023

DAYANE RODRIGUES JACQUES; MAYUMI DUARTE WAKIMOTO; VALDILÉIA GONÇALVES VELOSO DOS SANTOS

Introdução: A emergência da Mpox em países não endêmicos, a partir de 2022, representou importante desafio para a vigilância em saúde. A caracterização epidemiológica e clínica dos casos contribui para compreender a dinâmica da doença e subsidiar estratégias de prevenção e resposta. **Objetivo:** Descrever o perfil epidemiológico e clínico dos casos confirmados e prováveis de Mpox no município do Rio de Janeiro nos anos de 2022 e 2023. **Metodologia:** Estudo quantitativo, descritivo e seccional, utilizando dados secundários dos sistemas REDCap e e-SUS Sinan. Foram analisados casos confirmados e prováveis de residentes do município segundo características sociodemográficas, comportamentais, clínicas, epidemiológicas e distribuição territorial. Foram calculadas frequências absolutas e relativas e medidas de tendência central, utilizando-se o R para análise estatística e o QGIS para análise espacial. **Resultados:** Foram analisados 1.044 casos, sendo 920 em 2022 e 124 em 2023. Aproximadamente 93% ocorreram em pessoas do sexo masculino ao nascimento, com predomínio de homens cisgêneros e homossexuais. A mediana de idade foi de 33 anos em 2022 e 32 anos em 2023. A positividade para HIV foi registrada em 41,2% dos casos em 2022 e 47,6% em 2023. Entre as manifestações clínicas, destacaram-se erupção cutânea, febre, adenomegalia e lesões genitais, estas registradas em 28,5% dos casos em 2022 e 61,3% em 2023. A hospitalização por necessidade clínica ocorreu em 4,5% e 3,2% dos casos, respectivamente, e a evolução para cura foi predominante nos dois anos. **Conclusão:** Os casos de Mpox concentraram-se principalmente em homens adultos jovens, com elevada frequência de pessoas vivendo com HIV e predomínio de manifestações clínicas leves. Os achados reforçam a necessidade de vigilância contínua, qualificação dos registros e estratégias de prevenção direcionadas às populações mais afetadas.

Palavras-chave: **VIGILÂNCIA EM SAÚDE PÚBLICA; VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA; VÍRUS DE MONKEYPOX**

DOI: 10.51161/iv-conasus/90604

A IMPORTÂNCIA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NA PREVENÇÃO E NO DIAGNÓSTICO PRECOCE DE DOENÇAS CRÔNICAS NO SUS

LARISSA LAIS FERREIRA DA SILVA; JULIA BITTENCOURT PAULA BORBA

Introdução: As doenças crônicas representam um importante desafio para a saúde pública, devido à sua elevada frequência e aos impactos na qualidade de vida da população.Nesse contexto, a Atenção Primária de Saúde (APS),como principal porta de entrada para o Sistema Único de Saúde (SUS),com isso, a prática de rastreamento de doenças crônicas na APS tem ganhado destaque internacionalmente, como uma estratégia eficaz que permite identificar precocemente o surgimento de doenças crônicas e planejar o melhor tratamento para o indivíduo. **Objetivos:** Analisar a importância do rastreamento na Atenção Primária à Saúde para a identificação precoce de doenças crônicas e fatores de risco, considerando suas contribuições para a prevenção de agravos no âmbito do SUS. **Metodologia:** Foi realizado o rastreamento em dois grupos: o primeiro foca em indivíduos que já manifestam sintomas, enquanto o segundo é uma medida voltada para a identificação de condições em populações que ainda não apresentam sinais de doença. **Resultados:** De acordo, com os estudos analisados foi comprovado que o rastreamento na Atenção Primária à Saúde contribui como uma importante estratégia para a identificação precoce de doenças crônicas e de seus fatores de risco. Dentre as práticas recomendadas no SUS, destacaram-se as ações de rastreamento do câncer do colo do útero e o de mama, realizadas conforme critérios de faixa etária e periodicidade estabelecidos pelas diretrizes nacionais.**Conclusão:** Em suma, o rastreamento na APS releva que essa prática tem sido amplamente promovida como estratégia de antecipação de riscos.No entanto, ao longo dos anos essa prática pode produzir efeitos adversos, como: sobrediagnóstico e a sobrecarga dos serviços de saúde.Nesse viés, é necessário repensar sobre a política de rastreamento na APS, pois exige mais do que uma revisão técnica de protocolos.Requer uma inflexão epistemiológica e política que situe o cuidado em uma perspectiva ampliada, centrada nas necessidades dos sujeitos, na singularidade dos territórios e na promoção da autonomia

Palavras-chave: **DOENÇAS CRÔNICAS; ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE; SUS**

DOI: 10.51161/iv-conasus/90608

ESTUDO TERRITORIAL SOBRE A COMUNICAÇÃO INTERSETORIAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE TORRINHA - SP

SARAH DURAES DE VASCONCELOS FINI; CAMILA FERNANDA MEIRELLES RAMOS CURY

Introdução: A territorialização do Centro de Saúde 3, no município de Torrinha, permitiu compreender aspectos históricos, sociais, econômicos e de saúde que influenciam as condições de vida da população. A análise evidenciou entre as principais fragilidades identificadas, a comunicação intersetorial insuficiente entre Atenção Primária à Saúde e demais serviços especializados, comprometendo a continuidade do cuidado e a integralidade da assistência. O estudo propõe a análise dessa problemática como base para construção de estratégias voltadas à qualificação dos processos de trabalho e melhoria da assistência prestada. **Objetivo**: Fortalecer a comunicação intersetorial entre a Estratégia Saúde da Família e os demais setores do município de Torrinha, visando promover maior integração da Rede de Atenção à Saúde, ampliar a continuidade do cuidado e contribuir para a melhoria da qualidade da assistência ofertada à população. **Metodologia**: Trata-se de um estudo de caráter qualitativo, desenvolvido a partir da territorialização e do diagnóstico situacional do território adscrito à Estratégia Saúde da Família. Foram utilizados dados provenientes de observação de campo, análise de sistemas de informação, entrevistas com moradores e profissionais de saúde, além da aplicação do Planejamento Estratégico Situacional para identificação e priorização de problemas. **Resultados**: A análise do território evidenciou que a principal fragilidade não está na ausência de serviços, mas na baixa articulação entre eles. Foram identificadas falhas nos fluxos de encaminhamento e contra referência, escassez de reuniões intersetoriais e ausência de protocolos padronizados de comunicação. Diante disso, propõe-se a implantação de estratégias como padronização dos fluxos de comunicação, criação de protocolos intersetoriais, realização de reuniões periódicas entre os setores e capacitação dos profissionais, visando fortalecer a integração da rede e qualificar a assistência prestada. **Conclusão**: O estudo territorial demonstrou que a fragilidade central do território está relacionada à comunicação intersetorial insuficiente. O fortalecimento dos mecanismos de referência e contra referência, aliado à organização dos fluxos de informação e à integração entre os serviços, constitui estratégia essencial para garantir cuidado integral e resolutivo. A implementação das ações propostas pode contribuir para aprimorar os processos de trabalho e ampliar a capacidade de resposta às necessidades da população, promovendo uma assistência mais integrada, humanizada e eficiente.

Palavras-chave: **GESTÃO EM SAÚDE; INTEGRALIDADE DO CUIDADO; ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE**

DOI: 10.51161/iv-conasus/90610

A TRANSIÇÃO MENOPAUSAL COMO FATOR ASSOCIADO AO AGRAVAMENTO DA ENXAQUECA: RELATO DE CASO ACOMPANHADO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

JÚLIA NOVELLI SANFELICE; FERNANDA APARECIDA NOVELLI SANFELICE

INTRODUÇÃO: A enxaqueca é uma doença neurológica de elevada prevalência entre mulheres devido à influência das oscilações hormonais sobre ela. Durante a perimenopausa, as variações dos níveis séricos de estrogênio podem intensificar a frequência e a gravidade das crises, tornando esse período um importante desafio diagnóstico e terapêutico. O reconhecimento dessa associação na Atenção Primária à Saúde (APS) favorece o cuidado integral e o encaminhamento oportuno. **OBJETIVO:** Relatar caso de enxaqueca com padrão modificado na perimenopausa acompanhado na APS durante estágio extracurricular de Ginecologia e Obstetícia. **RELATO DE CASO:** Durante estágio em uma Unidade Básica de Saúde, estudante de Medicina acompanhou uma mulher de 48 anos que apresentou, a partir do final de 2023, agravamento progressivo da enxaqueca associado à fadiga intensa e irregularidade menstrual. Em 2024, evoluiu com crises refratárias às medicações orais, necessitando atendimento em serviço de urgência para analgesia intravenosa. No início de 2025, surgiram sintomas associados, como irritabilidade, insônia, ressecamento vaginal e palpitações. Posteriormente, apresentou episódio de aura sensitiva em membro superior esquerdo, inicialmente investigado como acidente isquêmico transitório, com exames de imagem sem alterações. Após avaliação neurológica, foi iniciado tratamento preventivo com fármaco anticonvulsivante e houve redução significativa na frequência e intensidade das crises. Em seguimento ginecológico, foi instituída terapia hormonal transdérmica, observando-se importante melhora dos sintomas perimenopausais e manutenção do controle clínico. O caso evidenciou a influência da transição menopausal sobre a evolução da enxaqueca e ressaltou a importância da conduta multiprofissional entre APS, Neurologia e Ginecologia. O acompanhamento do caso permitiu à estudante associar a piora da enxaqueca a outros sintomas do climatério, ampliando o raciocínio clínico e a abordagem integral. A experiência também evidenciou a importância da coordenação do cuidado pela Atenção Primária à Saúde e da articulação multiprofissional para o manejo individualizado. **CONCLUSÃO:** Através do caso, foi reforçada a importância da APS na identificação precoce da relação entre perimenopausa e a piora da enxaqueca, com encaminhamentos adequados associados à integralidade e à longitudinalidade do cuidado. No âmbito da formação médica, a experiência contribuiu para o desenvolvimento do raciocínio clínico e para a compreensão da atuação integrada entre diferentes níveis de atenção.

Palavras-chave: **ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE; ENXAQUECA COM AURA; PRÉ-MENOPAUSA**

DOI: 10.51161/iv-conasus/90611

ESPIRITUALIDADE E REGULAÇÃO EMOCIONAL: EVIDÊNCIAS NEUROCIENTÍFICAS ASSOCIADAS AO BEM-ESTAR PSICOLÓGICO

CARLA CAROLINE PEREIRA

RESUMO

A espiritualidade tem despertado crescente interesse científico por sua associação com a saúde mental e o bem-estar psicológico, ampliando as investigações sobre os mecanismos neurobiológicos envolvidos nas experiências e práticas espirituais. Este estudo teve como objetivo analisar evidências neurocientíficas relacionadas à espiritualidade e sua associação com mecanismos de regulação emocional e bem-estar psicológico. Trata-se de uma revisão narrativa e qualitativa da literatura, fundamentada em estudos que investigaram correlatos neurais, neuroquímicos e fisiológicos da espiritualidade e de práticas espirituais. Os achados apontam para o envolvimento de regiões cerebrais relacionadas à atenção, ao controle cognitivo, ao processamento emocional e à percepção do *self*, além de associações com sistemas dopaminérgicos e serotoninérgicos envolvidos na regulação do humor, motivação e recompensa. Evidências estruturais também sugerem possível efeito neuroprotetor da espiritualidade, especialmente em indivíduos com risco de transtornos depressivos, com associações entre maiores níveis de espiritualidade e características de regiões corticais implicadas na regulação emocional e resiliência psicológica. Adicionalmente, foram identificadas relações com mecanismos fisiológicos de regulação do estresse e menores índices de depressão. Em conjunto, os resultados sugerem que a espiritualidade está associada a diferentes mecanismos neurobiológicos que podem contribuir para a compreensão de sua relação com a regulação emocional e o bem-estar psicológico. Entretanto, a diversidade metodológica e populacional dos estudos, bem como o caráter predominantemente associativo das evidências, limita conclusões causais e sua generalização. Conclui-se que a espiritualidade constitui um campo relevante de investigação na interface entre psicologia e neurociência, sendo necessários estudos longitudinais e experimentais que aprofundem a compreensão dos mecanismos envolvidos nessa relação.

Palavras-chave: Saúde Mental; Espiritualidade; Neurociência.

1 INTRODUÇÃO

A espiritualidade constitui uma dimensão da experiência humana que tem despertado crescente interesse científico por sua associação com aspectos da saúde mental e do bem-estar psicológico. Para além de sua dimensão subjetiva, estudos provenientes da psicologia e da neurociência têm investigado os processos neurobiológicos envolvidos nas experiências e práticas espirituais, buscando compreender de que maneira essas experiências se relacionam com diferentes aspectos do funcionamento psicológico.

Estudos pioneiros de Newberg e D'Aquili (2001) contribuíram para essa investigação ao identificarem padrões de atividade cerebral associados a práticas como oração e meditação. Entre os achados descritos estão alterações em regiões relacionadas à atenção, ao

DOI: 10.51161/iv-conasus/90613

processamento emocional, à orientação espacial e à percepção do self, indicando que experiências espirituais podem ser investigadas a partir de seus correlatos neurobiológicos.

Investigações posteriores ampliaram essa perspectiva ao identificar associações envolvendo sistemas dopaminérgicos e serotoninérgicos, características estruturais de regiões corticais e mecanismos fisiológicos relacionados ao estresse (Newberg et al., 2017; Miller et al., 2012; Jordán; Caminha; Barbosa, 2025). Considerando que parte desses sistemas e regiões participa de processos relacionados à regulação emocional, torna-se relevante investigar como essas evidências podem contribuir para a compreensão da associação entre espiritualidade e bem-estar psicológico.

Diante disso, o presente estudo tem como objetivo analisar evidências neurocientíficas relacionadas à espiritualidade e sua associação com mecanismos de regulação emocional relacionados ao bem-estar psicológico.

2 MATERIAL E MÉTODOS

A pesquisa consistiu em uma revisão narrativa e qualitativa de literatura para embasamento teórico. Segundo Lakatos e Marconi (2017), esse método configura uma estratégia analítica capaz de reunir e examinar criticamente produções bibliográficas de determinada temática a partir de novos enfoques, interpretações e articulações teóricas.

Foram analisados artigos científicos e livros encontrados nas bases SciELO e Google Acadêmico, apenas em língua portuguesa, no período de 2005 a 2025, para uma análise evolutiva das pesquisas sobre o tema e para o acesso às publicações mais recentes na área. No entanto, alguns artigos e livros saíram desse recorte temporal por serem clássicos e fundamentais para esse estudo; portanto, foi considerada a relevância para a discussão do tema sob a ótica da Psicologia (Gil, 2008).

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O bem-estar psicológico compreende um funcionamento psicológico positivo e multidimensional, envolvendo aspectos que ultrapassam a presença de emoções positivas ou a ausência de sofrimento. O modelo proposto por Ryff contempla seis dimensões: autoaceitação, relações positivas com os outros, autonomia, domínio do ambiente, propósito de vida e crescimento pessoal (Ryff, 1989). Evidências contemporâneas continuam sustentando a relevância desse modelo para a compreensão do funcionamento humano, inclusive em sua relação com aspectos da saúde e mecanismos biológicos (Ryff, 2024). Nesse contexto, a espiritualidade torna-se relevante por sua possível relação com dimensões como propósito de vida e desenvolvimento pessoal, bem como com processos de regulação emocional investigados pela neurociência.

A espiritualidade constitui um fenômeno multidimensional relacionado à busca e à experiência de conexão com o transcendente, podendo estar presente dentro ou fora de sistemas religiosos organizados. No campo psicológico, sua investigação tem se ampliado devido às possíveis relações com processos de construção de significado, enfrentamento e regulação das experiências emocionais. Evidências recentes indicam associações entre religiosidade/espiritualidade e diferentes estratégias de regulação emocional, sugerindo que esse processo pode constituir um dos mecanismos envolvidos na relação entre espiritualidade e desfechos psicológicos (Brandão, 2025). Nesse sentido, compreender a espiritualidade a partir de seus correlatos psicológicos e neurobiológicos possibilita ampliar a investigação sobre sua associação com a regulação emocional e, consequentemente, com o bem-estar psicológico

Diante dessa temática, a investigação da espiritualidade sob a perspectiva da neurociência tem contribuído significativamente para a compreensão de sua relação com o bem-

estar psicológico, evidenciando que experiências espirituais estão associadas a processos neurobiológicos específicos. Nesse contexto, estudos clássicos de Andrew Newberg e Eugene D'Aquili inauguraram uma abordagem científica da espiritualidade ao demonstrar que práticas como oração e meditação estão relacionadas a padrões específicos de ativação cerebral (Newberg; D'Aquili, 2001).

Os autores identificaram aumento da atividade no lobo frontal, especialmente no córtex pré-frontal, região associada à atenção sustentada, intenção e regulação cognitiva, bem como alterações no sistema límbico, incluindo estruturas como o tálamo e o hipocampo, relacionadas ao processamento emocional. Ademais, observaram redução da atividade no lobo parietal superior posterior, área envolvida na orientação espacial e na distinção entre o self e o ambiente, o que tem sido associado à sensação de unidade e transcendência frequentemente relatada em experiências espirituais. Esses achados sugerem que a vivência espiritual possui base neurobiológica organizada, contribuindo para o desenvolvimento do campo denominado neuroteologia (Newberg; D'Aquili, 2001).

No avanço dessas investigações, estudos empíricos passaram a examinar os efeitos das práticas espirituais sobre sistemas neuroquímicos centrais envolvidos na regulação do bem-estar. Nesse sentido, Newberg *et al*. (2017), por meio de tomografia computadorizada por emissão de fóton único (*Single Photon Emission Computed Tomography* – SPECT), que utiliza substâncias radiativas para avaliar o funcionamento de órgãos e tecidos. Avaliou indivíduos antes e após a participação em um retiro espiritual de uma semana, identificando alterações na densidade de ligação dos transportadores de dopamina e serotonina.

Os resultados evidenciaram modulação nesses sistemas neurotransmissores, especialmente em regiões subcorticais e estriatais associadas aos circuitos de recompensa, motivação e regulação do humor. Tais achados indicam que práticas espirituais podem influenciar diretamente a neurotransmissão dopaminérgica e serotoninérgica, sugerindo efeito neurobiológico sobre mecanismos envolvidos na experiência subjetiva de bem-estar (Newberg *et al*., 2017).

Paralelamente, estudos conduzidos por Lisa Miller ampliam a compreensão dessa relação ao investigar correlatos estruturais da espiritualidade no cérebro. Em estudo publicado na JAMA Psychiatry, Miller *et al*. (2012) utilizaram neuroimagem por ressonância magnética (RM) para analisar a espessura cortical em indivíduos com e sem histórico de depressão, correlacionando esses dados com níveis autorreferidos de espiritualidade. Os resultados indicaram que maiores níveis de espiritualidade estavam associados ao aumento da espessura cortical em regiões do córtex pré-frontal medial e dorsolateral, bem como em áreas do córtex parietal, estruturas implicadas na regulação emocional, no processamento autorreferencial e no controle cognitivo.

Quando analisados em conjunto, esses achados apontam para uma possível convergência entre diferentes níveis de investigação neurocientífica da espiritualidade. Enquanto os estudos de Newberg e D'Aquili (2001) evidenciam alterações funcionais em regiões relacionadas à atenção, ao processamento emocional e à percepção do *self*, Newberg *et al.* (2017) ampliam essa compreensão ao identificar alterações em sistemas neuroquímicos relacionados ao humor, à motivação e à recompensa. Por sua vez, os achados de Miller *et al.* (2012) acrescentam uma dimensão estrutural, ao associarem maiores níveis de espiritualidade à espessura cortical em regiões envolvidas no controle cognitivo e na regulação emocional. Dessa forma, embora investiguem fenômenos e medidas distintas, esses estudos sugerem que a relação entre espiritualidade e bem-estar psicológico pode envolver diferentes níveis do funcionamento neurobiológico.

Nesse contexto, a regulação emocional constitui um importante ponto de articulação entre os achados apresentados. A participação de regiões pré-frontais e de estruturas relacionadas ao processamento emocional sugere que experiências espirituais podem estar

associadas a processos envolvidos na modulação das respostas emocionais, na atenção e no controle cognitivo. Da mesma forma, as alterações observadas nos sistemas dopaminérgicos e serotoninérgicos aproximam essa discussão de mecanismos relacionados ao humor, à motivação e à experiência subjetiva de bem-estar. Esses resultados permitem considerar que a relação entre espiritualidade e bem-estar psicológico não se restringe à percepção subjetiva dos indivíduos, apresentando também correlatos neurobiológicos mensuráveis.

Entretanto, tais evidências devem ser interpretadas com cautela. A identificação de atividade cerebral, alterações neuroquímicas ou diferenças estruturais associadas à espiritualidade não permite, isoladamente, estabelecer que a espiritualidade seja responsável por essas características. Além disso, os estudos investigam diferentes dimensões do fenômeno, incluindo práticas como oração e meditação, participação em retiros e níveis autorreferidos de espiritualidade, o que dificulta considerar a espiritualidade como uma experiência única e biologicamente homogênea. Assim, os achados fortalecem a existência de uma associação entre espiritualidade, processos neurobiológicos e bem-estar psicológico, mas ainda demandam investigações capazes de esclarecer a direção e os mecanismos específicos dessas relações.

4 CONCLUSÃO

Os achados analisados sugerem que a espiritualidade está associada a mecanismos neurobiológicos, neuroquímicos e fisiológicos relacionados à regulação emocional e ao bem-estar psicológico. As evidências apontam para um possível efeito neuroprotetor, especialmente diante do risco de transtornos depressivos, além da participação de redes neurais envolvidas na atribuição de significado, resiliência psicológica e regulação emocional. Também foram identificadas associações com mecanismos de regulação do estresse e menores índices de depressão.

Dessa forma, a espiritualidade apresenta-se como uma dimensão relevante para a compreensão do bem-estar psicológico na interface entre psicologia e neurociência. Entretanto, a diversidade de métodos, populações e formas de mensuração da espiritualidade limita a generalização dos achados e a determinação de relações causais.

Estudos futuros devem aprofundar a investigação desses mecanismos, especialmente por meio de estudos longitudinais e experimentais, a fim de compreender com maior precisão o papel da espiritualidade na regulação emocional e na saúde mental.

REFERÊNCIAS

BRANDÃO T. Religion and Emotion Regulation: A Systematic Review of Quantitative Studies. **J Relig Health**. 2025 Jun;64(3):2083-2100. doi: 10.1007/s10943-024-02216-z. Epub 2025 Feb 6. PMID: 39913025; PMCID: PMC12134000.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

JORDÁN, Arturo; CAMINHA, Maria; BARBOSA, Leopoldo. Práticas e mecanismos fisiológicos da ação da espiritualidade na saúde mental. Recife: **Revista eletrônica acervo saúde**, 2025.

MILLER, Lisa et al. Association between spirituality and thickness of the cortex in major depression. **JAMA Psychiatry**, v. 69, n. 8, p. 836-842, 2012. Disponível em: 10.1001/archgenpsychiatry.2014. Acesso em: 26 mai. 2026.

NEWBERG, Andrew; D'AQUILI, Eugene. **Why God Won't Go Away: Brain Science and the Biology of Belief**. New York: Ballantine Books, 2001.

NEWBERG, A. B, et al. Effect of a one-week spiritual retreat on dopamine and serotonin transporter binding: a preliminary study. **Religion, Brain & Behavior,** v. 8, n. 3, p. 265–278, 2017. Disponível em: https://doi.org/10.1080/2153599X.2016.1267035. Acesso em: 26 mai. 2026.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Fundamentos de metodologia científica**. 8. ed. São Paulo: Atlas, 2017.

RYFF, C. D. The Privilege of Well-Being in an Increasingly Unequal Society. **Current Directions in Psychological Science**, v. 33, n. 5, p. 300–307, 2024.

RYFF, Carol D**.** Happiness Is Everything, or Is It? Explorations on the Meaning of Psychological Well-Being. **Journal of Personality and Social Psychology**, v. 57, n. 6, p. 1069–1081, 1989. DOI: 10.1037/0022-3514.57.6.1069.

QUAL A COR DO SUS? RACISMO INSTITUCIONAL E EQUIDADE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

BERNARDO TELES; LEONARDO DE ÁVILA OLIVEIRA

Introdução: Este relato apresenta a vivência prática dos acadêmicos Bernardo Teles e Leonardo de Ávila Oliveira, do curso de Psicologia da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC), na disciplina de Estágio Básico em Práticas Sociais em 2024. A atividade ocorreu no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) periférica em Santa Cruz do Sul/RS, voltada ao atendimento de uma população predominantemente negra e de baixa renda. **Objetivo**: Descrever a vivência prática e o diagnóstico situacional realizado pelos estagiários na UBS, sob a perspectiva da Psicologia e das práticas sociais, destacando a percepção dos impactos do racismo estrutural, das desigualdades sociais e das limitações institucionais no atendimento. **Relato de experiência**: Na imersão prática, os estudantes realizaram uma leitura psicossocial do cotidiano dos profissionais de saúde e gestores da UBS, incluindo médicos, enfermeiros e Agentes Comunitários de Saúde. A observação revelou um cenário de sobrecarga de trabalho e escassez de recursos, no qual o racismo estrutural incide sobre as práticas institucionais. Isso resulta em barreiras de acesso, maior tempo de espera e prejuízos no acolhimento e na humanização do cuidado à população negra e vulnerável. Constatou-se a ausência de espaços para reflexão crítica dos trabalhadores, favorecendo a reprodução involuntária de condutas discriminatórias. Numa abordagem interventiva e reflexiva embasada na Educação Permanente em Saúde (EPS), os alunos realizaram conversas informais com a equipe para mapear percepções, estimular a conscientização e subsidiar propostas de transformação social. **Conclusão**: A vivência articulou referenciais da Psicologia à realidade do SUS, evidenciando que o racismo institucional e a vulnerabilidade socioeconômica comprometem a equidade na Atenção Primária. O diagnóstico situacional reforçou o papel da dimensão psicossocial na promoção de espaços de reflexão crítica e na garantia de um atendimento humanizado e justo na saúde pública.

Palavras-chave: **PSICOLOGIA SOCIAL; RACISMO INSTITUCIONAL; EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE**

DOI: 10.51161/iv-conasus/90615

TRATAMENTO DO TRANSTORNO DE PERSONALIDADE MÚLTIPLA

PRISCILLA TIETBOHL

RESUMO

O presente artigo trata-se de uma revisão bibliográfica e documental realizada em julho de 2026 utilizando enquanto fonte os artigos da plataforma BVS de pesquisa, e as palavras chave "personalidade múltipla" e "transtorno dissociativo", entre outras fontes bibliográficas, juntamente com livros, artigos e material documental de prática psicoterapêutica clínica. Na referida plataforma foram encontrados 35 artigos, e posteriormente optou-se por realizar a análise em 15 artigos, utilizando enquanto critério de seleção a relevância clínica e aqueles que também descreviam o tratamento da psicopatologia. Conforme a compreensão da Psicologia científica baseada nas análises de Thomas Szasz (1998) e Ronald Laing (1990) e utilizadas nos métodos psicoterapêuticos de Sheneider (2011), Castro (2016), Souza (2022), entre outros autores e colaboradores, o transtorno de personalidade múltipla implica numa dinâmica específica durante e/ou após os eventos estressores, ocorrendo do paciente totalizar estados diversos de sua personalidade com nomes de identidades diferentes. Essa totalização ocorre principalmente através de uma racionalidade cultural. O sujeito totaliza essas experiências, assumindo novas identidades. A revisão de literatura científica demonstrou que entre os fatores que estão na gênese dessa psicopatologia estão ocorrências relacionadas a violências, negligências e acontecimentos traumatizantes. O tratamento proposto pela psicologia científica envolve a descrição do histórico do paciente, o inventário dos episódios emocionais, a localização do paciente quanto a formação de sua dinâmica psicológica, na direção do indivíduo identificar como a partir dos eventos estressores e as violências nas quais foi vitima ele tornou-se propenso a desenvolver diferentes estados de personalidade, e assumir identidades distintas. As intervenções em psicoterapia científica tornam possível ao paciente conseguir totalizar os vários aspectos de sua personalidade real, superando progressivamente a dinâmica própria do transtorno de personalidade múltipla.

Palavras-chave: estressores; psicopatologia; violências.

1 INTRODUÇÃO

O transtorno de personalidade múltipla ou dissociativo de identidade descrito no DSM V (American Psychiatric Association, 2014, p. 292) se caracteriza enquanto um conjunto de sintomas, que envolve uma experiência constante de ter duas ou mais personalidades independentes ou com certo grau de independência. Os episódios traumáticos relacionados a eventos estressores estão na base dessa psicopatologia e contribuem de maneira considerável. "A ruptura na identidade envolve descontinuidade acentuada no senso de si mesmo e de domínio das próprias ações, acompanhada por alterações relacionadas no afeto, no

DOI: 10.51161/iv-conasus/90616

comportamento, na consciência, na memória, na percepção, na cognição e/ou no funcionamento sensório-motor." (American Psychiatric Association, 2014, p. 292)

> Os pacientes com esse diagnóstico são caracterizados por apresentarem um quadro polissintomático, com episódios recorrentes de comprometimento da memória. (...) Observa-se um consenso em relação à dissociação como um mecanismo central na explicação do transtorno dissociativo de identidade. Os modelos que descritos compartilham a dissociação como uma resposta à experiência de situações traumáticas, interferindo na forma como a informação é processada e integrada. (González et al., 2020, p.26 e 28)

Também considerados enquanto sintomas uma espécie de lapsos recorrentes de memória relativos a eventos cotidianos, informações pessoais importantes e/ou eventos traumáticos, incompatíveis com o esquecimento comum. (González et al., 2020, p.27) Os estudos de Krüger e colaboradores no departamento de psiquiatria da Universidade de Istanbul descreveram que a dissociação:

> ocorre no nível (identidade/personalidade), criando identidades dissociativas. Sistemas de funcionamento organizados e separados, com sua própria perspectiva única sobre o mundo e sobre quem eles são, coexistindo no indivíduo. Cada uma dessas identidades tem sua própria perspectiva em primeira pessoa ou experiência de autoconsciência. Consequentemente, cada dessas identidades relata suas próprias experiências subjetivas e memórias, seu próprio senso de agência e vontade, e sua própria perspectiva sobre quem eles são. Eles frequentemente relatam desconhecer outras identidades ou relatam amnésia para experiências que presumivelmente ocorreram quando outras identidades estavam aprisionadas em ações executivas. (Krüger; Dorahy; Şar, p. 138, 2017)

Os sintomas também incluem comportamento autolesivo e tentativas de suicídio. Os estressores situacionais estão presentes na precipitação dos sintomas e incluem violências e ou intensos conflitos interpessoais. O transtorno de personalidade múltipla trata-se de uma psicopatologia diagnosticada em cerca de 1,5% da população mundial (Mitra; Jain, 2023, p. 01). Portanto, definiu-se enquanto objetivo geral realizar a investigação da compreensão teórica e dos principais métodos psicoterapêuticos utilizados na prática clínica no tratamento do transtorno de personalidade múltipla.

2 MATERIAL E MÉTODOS

O método de investigação consiste numa revisão bibliográfica e documental realizada em julho de 2026 utilizando enquanto fonte os artigos da plataforma BVS de pesquisa, entre outras fontes bibliográficas, juntamente com livros, artigos e material documental de prática psicoterapêutica clínica.

Na referida plataforma foram encontrados 35 artigos, e posteriormente optou-se por realizar a análise em 15 artigos, utilizando enquanto critério de seleção aqueles que também descreviam o tratamento da psicopatologia e a relevância clínica. A análise do material consistiu em pesquisa científica qualitativa bibliográfica identificando as teorias de base e o método de tratamento da psicopatologia.

DOI: 10.51161/iv-conasus/90616

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nas teorias inatistas observamos as formulações de Van der Hart et al. (2004) que propuseram um modelo de dissociação relacionado a experiências traumáticas. Essas teorias possuem uma compreensão metafísica relacionada a uma possível falta de integração da personalidade, e portanto propõem um modelo de compreensão específico:

> os autores definem dissociação como uma falta de integração da personalidade, manifestada na existência de duas ou mais partes da personalidade insuficientemente integradas, ou dissociadas. (...) A dissociação produziria uma cisão na personalidade, resultante da incapacidade de integrar experiências adversas devido à exposição a eventos potencialmente traumáticos, em conjunto com outros fatores como negligência por parte dos cuidadores durante a infância, falta de apoio social para integrar experiências adversas, entre outros. (González et al., 2020, p. 28)

Conforme a compreensão da Psicologia científica baseadas nas teorias psiquiátricas de Thomas Szasz (1998) e Ronald Laing (1990) e utilizadas nos métodos psicoterapêuticos de Sheneider (2011), Castro (2016), Souza (2022), entre outros autores e colaboradores, durante ou após os eventos estressores, ocorre do paciente totalizar diversas ações, estados e qualidades diversos de sua personalidade com nomes de pessoas diferentes. Essa experiência vivida no espontâneo torna-se freqüente e o paciente apresenta dificuldades em lembrar ou de entrar em contato com aspectos relacionados a outras identidades próprias. Além disso, ocorre a criação de falsas histórias relacionadas a essas identidades, sendo um elemento de crença do paciente essas histórias irreais que não ocorreram consigo, tornando a situação ainda mais complexa. Essa experiência psicológica é vivenciada como se fosse uma "possessão," conforme os termos da Associação de Psiquiatria Americana (2014, p. 292).

> a manifestação ou dissimulação desses estados de personalidade variam em função da motivação psicológica, do nível de estresse, de conflitos e dinâmicas internas e da resiliência emocional. Períodos longos de perturbação da identidade podem ocorrer quando pressões psicossociais são graves e/ou prolongadas. (...) Indivíduos com transtorno dissociativo de identidade podem relatar o sentimento de terem se tornado subitamente observadores despersonalizados de suas "próprias" falas e ações, e podem sentir-se incapazes de reverter essa situação. Essas pessoas também podem relatar a escuta de vozes (...) Atitudes, opiniões e preferências pessoais (p. ex., acerca de alimentos, atividades, roupas) podem mudar subitamente repetidas vezes. Os indivíduos podem relatar que sentem seus corpos diferentes. (...) Alterações no senso de si mesmo e de perda de domínio das próprias ações podem ser acompanhadas por um sentimento de que tais atitudes, emoções e comportamentos – até mesmo o próprio corpo – "não são meus" e/ou "não estão sob meu controle" (...) As identidades que surgem durante o transtorno na forma de possessão apresentam-se de maneira recorrente, são indesejadas e involuntárias, causam sofrimento ou prejuízo clinicamente significativos. (American Psychiatric Association, 2014, p. 293)

Considerando que a consciência é transparente para si mesma (Sheneider, 2011, p. 87), no extremo dessa experiência o paciente possui consciência desses estados, mas em função de recorrer a essa alternância de identidades para conseguir lidar com eventos estressores, possui dificuldade inicial em totalizar essas experiências, constatando-se enquanto uma pessoa específica com esses problemas, geralmente porque está vivenciando muitos conflitos interpessoais e vivendo num contexto atual submetido a muitas situações violentas com alto potencial estressor.

DOI: 10.51161/iv-conasus/90616

Essa totalização ocorre principalmente através de aspectos culturais. Não raro pessoas da rede de relacionamentos ou familiares nomeiam aspectos do comportamento do sujeito com nomes de identidades diferentes, e durante ou após esses eventos, o sujeito totaliza as experiências, assumindo uma nova identidade, num conjunto de identidades que se alternam diante de diferentes eventos estressores.

Em situações diversas, o próprio paciente assume uma identidade criada por ele, utilizando elementos de seu histórico ou sociológico, para conseguir relacionar-se com a realidade, intencionando torná-la mais adaptável e suportável. Pois geralmente esses pacientes estão submetidos a estressores com alto potencial de provocar traumas, relacionados a perdas afetivas e materiais, violências, conflitos familiares e vulnerabilidade social e econômica. "A literatura concorda que um dos fatores etiológicos mais importantes é uma infância com experiências traumáticas graves (...) envolvendo negligência por parte dos cuidadores." (González et al., 2020, p.30)

Após essas ocorrências, pode acontecer do próprio paciente criar outras identidades, e proceder de forma semelhante aquela descrita anteriormente. O objeto dessa criação torna-se um fenômeno de crença, o paciente acredita na existência dessas identidades e começa a construir projetos específicos para cada uma delas. Conforme o DSM V (American Psychiatric Association, 2014, p. 292) o transtorno dissociativo de identidade se caracteriza por uma ruptura de identidade com a presença de dois ou mais estados de personalidade distintos, com dificuldades em apresentar segurança de ser e domínio das próprias ações. Nessa alternância de estados ocorrem mudanças no comportamento, alterações no afeto, e na cognição.

Essa alteração de identidades ocorre também após os eventos traumáticos que provocam instabilidades e mudanças de estados da consciência de acordo com os estressores externos e o histórico do paciente. Ocorrem frequentes esquecimentos de eventos cotidianos, informações pessoais, e de acontecimentos traumáticos durante essa alternância, relacionados a estados anteriores. Esses sintomas provocam sofrimento clinicamente significativo e prejuízos no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes. (American Psychiatric Association, 2014, p. 293)

4 CONCLUSÃO

Conforme a compreensão da Psicologia científica baseadas nas compreensões de Thomas Szasz (1998) e Ronald Laing (1990) e utilizadas nos métodos psicoterapêuticos de Sheneider (2011), Castro (2016), Souza (2022), entre outros autores e colaboradores no Brasil e exterior, quanto ao tratamento psicoterapêutico, além da localização psicoterapêutica do paciente torna-se importante considerar que se existirem violências no contexto antropológico atual o trabalho do psicólogo implica em identificá-las e realizar um planejamento de intervenção com objetivo de impedir ao máximo que ele seja submetido a tais ocorrências.

O trabalho de prevenção de violências e ocorrências traumatizantes trata-se de um planejamento promissor que apresenta excelentes resultados. O psicoterapeuta precisa descrever esses episódios relacionados a alternância de identidades, descrever cada aspecto relacionado a cada identidade especifica, verificar o histórico do sujeito, identificando como esse paciente foi alternando de identidades a partir do contato que estabeleceu com alguns

DOI: 10.51161/iv-conasus/90616

estressores situacionais, verificando o contexto sociológico e os elementos da realidade cultural e de racionalidade que possibilitaram que o mesmo se apropriasse como tendo várias personalidades ou identidades distintas.

De acordo com a compreensão da Psicologia científica baseadas nas análises de Thomas Szasz (1998) e Ronald Laing (1990) e utilizadas nos métodos psicoterapêuticos de Sheneider (2011), Castro (2016), Souza (2022), entre outros autores e colaboradores o psicoterapeuta precisa localizá-lo sobre a complexidade desse fenômeno, na direção dele identificar quais fatores situacionais estressores tiveram função na sua propensão a desenvolver esse tipo de dinâmica psicológica. Objetivar a forma que sua personalidade constituiu-se através da apropriação pela consciência reflexiva das experiências relacionais consigo mesmo e com o contexto social, através da descrição dos episódios emocionais presentes no contexto atual e passado. Essas intervenções tornam possível que o paciente consiga totalizar os vários perfis de sua personalidade real, superando progressivamente aquela dinâmica própria do transtorno de personalidade múltipla, e adquirindo mais controle sobre sua própria dinâmica psicológica.

Todos os artigos analisados evidenciaram que não existem estudos que comprovam que fatores genéticos e/ou neurobiológicos atuem na gênese, formação e manutenção dos sintomas do transtorno de personalidade múltipla, embora alguns artigos considerem a possibilidade desses fatores atuarem na gênese desses mesmos sintomas. Todas as emoções humanas provocam alterações fisiológicas. Porém, essas alterações fisiológicas não estão na gênese desse transtorno enquanto precipitadoras. Todos os artigos evidenciaram que essa psicopatologia está associada ao histórico de eventos traumatizantes e violentos. O transtorno de personalidade múltipla e o fenômeno da dissociação tem sido freqüentemente conceituado enquanto uma conseqüência ao estresse traumático e a exposição do paciente a violências no seu contexto social.

REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais DSM-5**. 5 edição. Porto Alegre: Artmed, 2014.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Casos clínicos. Especialistas contam como tratam seus pacientes**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

BERG, J. H. V. D. **O Paciente Psiquiátrico: Psicopatologia Fenomenológica**. 4 Edição. São Paulo: Mestre Jou, 1981.

BERTOLINO, P. **Antropologia da Loucura: Atendados a crianças, mulheres e trabalhadores**. Florianópolis: Editora Insular. 2015.

BOYSEN, G. A., VANBERGEN, A. A Review of Published Re-search on Adult Dissociative Identity Disorder. **The Journal of Nervous and Mental Disease**, Baltimore, 201(1), 5-11. 2013.

BROWN, R. J. & CLINPSY, D. Different Types of “Dissociation” Have Different Psychological Mechanisms. **Journal of Trauma & Dissociation**, 7 (4), 7-28. 2006.

CASTRO, F. G. **Introdução à psicanálise existencial**. Curitiba: Juruá, 2016.

DOI: 10.51161/iv-conasus/90616

CASTRO, F. G. **Clínicas de Situações Contemporâneas: Fenomenologia e Interdisciplinaridade**. Curitiba: Juruá, 2015.

CASTRO, F. G. **Estudos de Psicanálise Existencial**. Curitiba: CRV, 2012.

GABBARD, G. **Psiquiatria psicodinâmica na prática clínica**. 4a ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

GOFFMAN. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. Rio de Janeiro: Zahar. 1975.

GONZÁLEZ L. M.; PONIEMAN, M.; ARECO P., MARTA M. Acerca del Trastorno de Identidad Disociativo: Modelos Explicativos De Enfoque Cognitivo. Facultad de Psicología Uba, **Anuario De Investigaciones**, Volumen XXVII, Buenos Aires, 2020.

HUNTJENS, R.; DORAHY, M.; VAN WEES-CIERAAD, R. Dissociation and Memory Fragmentation. In Kennedy, F., Kennerley, H., Pearson, D. (Eds.). **Cognitive Behavioural Approaches to the Understanding and Treatment of Dissociation** (pp. 92-103). London, 2013.

KENDALL-TACKETT, K. B. Causal mechanisms and multidirectional pathways between trauma, dissociation, and health. **J Trauma Dissociation**. Arlington, 2009;10:129-34.

KRÜGER, C.; DORAHY, M. J.; ŞAR, V. Revisiting the etiological aspects of dissociative identity disorder: a biopsychosocial perspective. **Department of Psychiatry**, Koç University. School of Medicine, Istanbul, 2017.

LAING, R. D. **A Política Família e outros Ensaios**. J. G. Esteves, trad., 1.ª ed. Lisboa: Portugal Editora. 1971.

LAING, R. D. **O eu e os Outros: o Relacionamento Interpessoal**. 7. ed. Petrópolis: Vozes, 1989.

LAING, R. D. **Sanidade, loucura e família**. Belo Horizonte: Interlivros. 1979.

LAING, R; COOPER, D. **Razão e violência: uma década da filosofia de Sartre** (1950-1960). 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1982.

LEONARD, D.; TILLER, J. (). Dissociative identity disorder (DID) in clinical practice - What you don't see may hurt you. **Australasian psychiatry: bulletin of Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists**. Melbourne, volume 24 (1), 39-41. 2016.

MITRA P,; 1 ; JAIN, A. Transtorno Dissociativo de Identidade. **National Library of Medicine National Center for Biotechnology Information**. Faculdade de Medicina Albert Einstein. São Paulo, 2023.

ROMERO-LÓPEZ, M. J. Una Revisión de los Trastornos Disociativos: de la personalidad múltiple al estrés postraumático. **Anales de psicología**, Múrcia, volume 32(2), 448-456. 2016.

SADOCK, B. J. **Compêndio de psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica**. 11. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017.

DOI: 10.51161/iv-conasus/90616

SANTOS, M. P.; GUARIENTI, L. D.; SANTOS, P. P.; DAURA, E. F.; DAL'PIZOL, A. D. Transtorno Dissociativo de Identidade (Múltiplas Personalidades): Relato e Estudo de Caso. **Revista Debates em Psiquiatria**. Associação Brasileira de Psiquiatria. Rio de Janeiro, 2015.

ŞAR, V. The many faces of dissociation: opportunities for innovative research in psychiatry. **Clinical psychopharmacology and neuroscience: the official scientific journal of the Korean College of Neuropsychopharmacology**, Londres, volume 12(3), 171-179. 2014.

ŞAR, V., D., M. J.; KrÜGER, C. Revisiting the etiological aspects of dissociative identity disorder: a biopsychosocial perspective. **Psychology research and behavior management**, Londres, volume 10, 137-146. 2017

SARTRE, J. P. **Questão de Método**. São Paulo: Abril Cultural, 1978.

SCHNEIDER, D. R. **Sartre e a Psicologia Clínica**. Florianópolis: Editora da Ufsc, 2011.

SPOHR, B. Lógica Psiquiátrica e reforma em saúde mental. **Revista Saúde Mental**. Minas Gerais, nº 17. 2011.

SOUZA, A. C. **Nós e os outros**. Lisboa: Editora Lisbon, 2022.

SZASZ, T. **A fabricação da loucura: em estudo comparativo entre a inquisição e o movimento de saúde mental**. 3 ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara, 1984.

SZASZ, T. **O mito da doença mental**. Rio de Janeiro: Zahar, 1979.

SZASZ, T. **Ideologia e doença mental**. Rio de Janeiro: Editora Zahar. 1977.

SZASZ, T. **Cruel compaixão**. Campinas: Papirus, 1994.

TIETBOHL, P. **Prática Psicoterapêutica clínica Planejamento e Intervenção na Psicoterapia Fenomenológica Existencialista em casos clínicos**. São Paulo : Editora Uiclap, 2021.

ZANELLI, J. C. **Estresse nas organizações de trabalho: compreensão e intervenção baseadas em evidências**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

DOI: 10.51161/iv-conasus/90616

MAPEAMENTO DE PROCESSOS NA UNIDADE DE CONTRATUALIZAÇÃO DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO EM SALVADOR, BAHIA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

SUILANE TAVARES RIBEIRO; ANA CARLA PETERSEN DE OLIVEIRA SANTOS; PATRICIA SILVA DE ALMEIDA MENDES; FABIO DE ANDRADE LOBO; AIRAN SILVA MUTTI

Introdução: O mapeamento de processos em hospitais universitários é uma importante ferramenta para avaliar a exequibilidade e a performance da gestão de contratos com o Sistema Único de Saúde (SUS). **Objetivo:** Relatar a experiência do mapeamento de processos em uma unidade de contratualização de um hospital universitário em Salvador, Bahia, Brasil. **Relato de Experiência:** A equipe de mapeamento foi integrada pelos chefes do setor e da unidade de contratualização, além da enfermeira e médica do setor. O grupo se reunia semanalmente, registrando as deliberações em memórias de reunião. O mapeamento seguiu as 4 etapas do ciclo BPM: 1) Priorização estratégica: ordem de priorização dos processos a serem mapeados; 2) Mapeamento e análise: desenho das atividades com base em normativas, experiência dos envolvidos e identificação de melhorias, incluindo alinhamentos com outras gerências, setores e unidades, quando necessário; 3) Validação e publicação: submissão dos processos ao Escritório de Processos, validação pelo Colegiado Executivo e publicação em meio eletrônico institucional; 4) Gestão e melhoria contínua: monitoramento periódico, de acordo com o cronograma e baseado em análise de indicadores. Ao longo de cinco meses, foram mapeados os três processos da unidade de contratualização. Para compor o mapeamento foram construídos os seguintes documentos: fluxograma do bizagi, manual, ficha de indicador, fluxo de processo, plano de gestão de risco, ficha de ativação da gestão do dia a dia. Todos os processos foram validados e publicados em meio eletrônico institucional, sendo realizado o monitoramento de seus indicadores mensalmente. Durante o mapeamento, além da melhoria no desempenho das atividades executadas, destacou-se como ação exitosa o impacto substancial que a composição de novos indicadores trouxe no acompanhamento das atividades da unidade e na gestão de contratos, a saber: cobertura contratual e apresentação de relatório mensal de metas da contratualização com o gestor local. Como limitação destacou-se a dificuldade de conciliar os horários dos setores envolvidos para o alinhamento das tarefas. **Conclusão:** O mapeamento de processos da unidade de contratualização revelou-se como uma estratégia de baixo custo e assertiva na avaliação da performance da gestão de contratos do SUS, podendo ser utilizado em outros âmbitos da assistência e administração hospitalar.

Palavras-chave: **GESTÃO EM SAÚDE; SERVIÇOS DE SAÚDE; ADMINISTRAÇÃO EM SAÚDE**

DOI: 10.51161/iv-conasus/90624

PREVENÇÃO DE QUEDAS EM PESSOAS IDOSAS NO CONTEXTO DO SUS: UMA ABORDAGEM MULTIFATORIAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

VERUSKA DE ANDRADE SANTOS; GUILHERME DE OLIVEIRA BRITO, JOÃO PAULO FIGUEIREDO; BRUCE MARCOS BARBOSA DUARTE, VITÓRIA DE FÁTIMA SANTOS SOUSA; LAURA CRISTINA PEREIRA MAIA; ERICO FILEV MAIA

FACULDADE DE GUARULHOS – MEDICINA – GUARULHOS, SÃO PAULO

RESUMO

As quedas entre pessoas idosas constituem um problema relevante para a saúde pública, por estarem associadas a lesões, fraturas, hospitalizações, perda de mobilidade, redução da autonomia e piora da qualidade de vida. O risco de queda resulta da interação entre alterações relacionadas ao envelhecimento, condições clínicas, uso de medicamentos, limitações funcionais e características do ambiente. Este estudo teve como objetivo discutir fatores associados às quedas e estratégias de prevenção aplicáveis ao Sistema Único de Saúde (SUS), com ênfase na Atenção Primária à Saúde (APS). Foi realizada revisão narrativa da literatura, de caráter descritivo e analítico, utilizando documentos do Ministério da Saúde e da Organização Mundial da Saúde, além de estudos científicos e revisões sistemáticas sobre prevenção de quedas em pessoas idosas. A análise foi organizada em eixos relacionados aos fatores de risco intrínsecos e extrínsecos, consequências das quedas e intervenções preventivas. Os achados indicam que programas de exercícios voltados à força, equilíbrio e capacidade funcional, associados à avaliação individualizada de riscos, revisão de medicamentos, orientação em saúde e adaptação do ambiente domiciliar, podem contribuir para a redução do risco de quedas. A APS apresenta posição estratégica para identificação precoce de fatores de risco, acompanhamento longitudinal e articulação com outros pontos da rede de atenção. Conclui-se que a prevenção de quedas deve ser contínua, multifatorial e integrada, considerando as necessidades da pessoa idosa, de sua família e de seus cuidadores, com foco na preservação da autonomia, mobilidade e envelhecimento saudável.

Palavras-chave: Envelhecimento saudável; Fatores de risco; Segurança domiciliar

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional modifica o perfil das necessidades de saúde e amplia a importância de estratégias voltadas à manutenção da funcionalidade e da autonomia. Nesse contexto, as quedas merecem atenção por apresentarem causas diversas e consequências que podem ultrapassar o evento inicial. Lesões, fraturas, hospitalizações, medo de cair novamente, restrição de atividades e isolamento social podem comprometer a participação da pessoa idosa em atividades cotidianas e reduzir sua qualidade de vida (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2021).

A ocorrência de quedas não deve ser compreendida apenas como consequência inevitável do envelhecimento. Alterações de força muscular, equilíbrio, visão e respostas posturais podem

DOI: 10.51161/iv-conasus/90628

interagir com doenças crônicas, uso de determinados medicamentos e condições ambientais, aumentando a vulnerabilidade. O ambiente domiciliar, por exemplo, pode apresentar obstáculos, iluminação inadequada, superfícies escorregadias e outros elementos capazes de favorecer acidentes. Dessa forma, a avaliação do risco precisa considerar simultaneamente fatores individuais e ambientais, evitando intervenções isoladas (GUIRGUIS-BLAKE et al., 2024).

No âmbito do SUS, a Atenção Primária à Saúde possui papel relevante na prevenção, pois permite acompanhamento longitudinal, reconhecimento precoce de limitações funcionais, educação em saúde e articulação com diferentes profissionais e serviços. A abordagem deve considerar as particularidades da pessoa idosa e os determinantes sociais que interferem na possibilidade de adoção das medidas preventivas. Assim, o objetivo deste trabalho foi discutir fatores de risco para quedas em pessoas idosas e estratégias multifatoriais de prevenção aplicáveis ao SUS, com ênfase na atuação da Atenção Primária à Saúde.

2 MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de uma revisão narrativa da literatura, de caráter descritivo e analítico. Foram considerados documentos institucionais do Ministério da Saúde e da Organização Mundial da Saúde, além de estudos científicos e revisões sistemáticas relacionados à ocorrência e prevenção de quedas em pessoas idosas. A seleção priorizou publicações recentes e referências consideradas pertinentes à compreensão do problema e das intervenções preventivas. A análise temática foi organizada em cinco eixos: fatores de risco intrínsecos e extrínsecos; consequências das quedas; atuação da Atenção Primária à Saúde; intervenções baseadas em exercícios e treinamento de força e equilíbrio; e medidas de segurança e adaptação do ambiente domiciliar. Os achados foram sintetizados de forma interpretativa, buscando estabelecer relações entre os fatores identificados e as possibilidades de intervenção no contexto do SUS. Por se tratar de estudo baseado em literatura e documentos públicos, não houve participação direta de seres humanos nem coleta de dados primários.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A literatura analisada sustenta a compreensão das quedas como evento multifatorial. Entre os fatores intrínsecos, destacam-se alterações de equilíbrio e força, redução da capacidade funcional, alterações visuais, doenças crônicas e histórico prévio de quedas. Entre os fatores extrínsecos, encontram-se obstáculos no domicílio, iluminação insuficiente, superfícies irregulares ou escorregadias e condições inadequadas para a circulação. A combinação desses elementos faz com que a avaliação de risco precise ultrapassar a identificação de uma única causa e considere a interação entre pessoa, ambiente e contexto social.

O histórico de queda merece atenção durante o acompanhamento na APS, pois a ocorrência de um primeiro evento pode indicar maior vulnerabilidade futura. Além das consequências físicas, o medo de cair novamente pode levar à redução de atividades, perda de condicionamento e diminuição da participação social, criando um ciclo que pode ampliar a fragilidade funcional. Por isso, a prevenção deve ser iniciada mesmo quando não existem lesões graves, com identificação dos fatores modificáveis e construção compartilhada de estratégias de cuidado.

Entre as intervenções com maior relevância encontram-se programas de exercícios que trabalham equilíbrio, força muscular e capacidade funcional. Revisões sistemáticas apontam benefícios de intervenções estruturadas, especialmente quando adaptadas às características e capacidades dos participantes (LOUREIRO et al., 2021). Evidências também indicam que programas supervisionados e realizados em grupo podem contribuir para a prevenção de quedas entre pessoas idosas da comunidade, além de favorecerem adesão e interação social (ZHOU et al., 2024).

DOI: 10.51161/iv-conasus/90628

A revisão de evidências para a U.S. Preventive Services Task Force também destaca a importância de intervenções direcionadas ao exercício e de estratégias que considerem o risco individual. Os resultados reforçam que a prevenção tende a ser mais efetiva quando as medidas são selecionadas de acordo com os fatores presentes em cada pessoa, em vez de serem aplicadas de maneira uniforme (GUIRGUIS-BLAKE et al., 2024). No SUS, essa perspectiva é compatível com o acompanhamento longitudinal realizado pelas equipes de saúde e com a organização do cuidado segundo as necessidades identificadas.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A avaliação domiciliar constitui outro componente importante. Orientações sobre circulação segura, iluminação, organização dos móveis e redução de obstáculos podem atuar sobre fatores ambientais modificáveis. Essas medidas devem ser apresentadas de maneira acessível, considerando as condições de moradia e a autonomia possível para cada pessoa. Quando necessário, a equipe pode articular o cuidado com profissionais de outras áreas para avaliação funcional, reabilitação e adequações específicas.

A revisão de medicamentos também pode integrar a avaliação, especialmente quando houver uso de fármacos capazes de contribuir para tontura, alterações do estado de alerta ou instabilidade. Essa análise deve ser realizada pela equipe responsável pelo cuidado, com participação do profissional habilitado para prescrição e ajuste terapêutico. Da mesma forma, alterações visuais e limitações de mobilidade devem ser reconhecidas e encaminhadas quando necessário, fortalecendo a integralidade da atenção.

A atuação da APS pode envolver busca ativa de pessoas com maior vulnerabilidade, investigação do histórico de quedas, avaliação funcional, educação da pessoa idosa e de seus familiares, acompanhamento de doenças crônicas, incentivo à atividade física e articulação com a rede. Fisioterapia, enfermagem, medicina, terapia ocupacional, oftalmologia, geriatria e profissionais de educação física podem contribuir conforme as necessidades identificadas. Essa articulação amplia a capacidade de resposta e reduz a fragmentação do cuidado.

Do ponto de vista da saúde pública, prevenir quedas significa também preservar independência e participação social. A prevenção não deve se limitar à redução de eventos, mas considerar seus efeitos sobre autonomia, mobilidade e utilização dos serviços de saúde. A abordagem multifatorial é particularmente relevante porque permite combinar medidas relacionadas ao indivíduo, ao ambiente e à organização do cuidado, com acompanhamento periódico e reavaliação das necessidades.

Entre as limitações deste estudo, destaca-se o caráter narrativo da revisão, que não permite a mesma sistematização de uma revisão sistemática nem a produção de estimativas próprias de efeito. Ainda assim, a síntese permite reunir recomendações e evidências relevantes para a prática no SUS. Como perspectiva, recomenda-se ampliar ações de identificação precoce de risco, fortalecer programas de exercício e educação em saúde e integrar medidas de segurança domiciliar ao acompanhamento rotineiro da população idosa.

4 CONCLUSÃO

As quedas em pessoas idosas apresentam origem multifatorial e repercussões que podem comprometer mobilidade, autonomia e qualidade de vida. A análise realizada reforça a importância de reconhecer fatores individuais, clínicos, funcionais e ambientais de forma integrada, evitando abordagens centradas em uma única causa. Estratégias como exercícios de força e equilíbrio, avaliação do risco, revisão de medicamentos, cuidados com a visão, educação em saúde e adaptação do ambiente podem atuar de maneira complementar. No SUS, a Atenção Primária à Saúde ocupa posição estratégica para identificar vulnerabilidades, acompanhar a pessoa idosa ao longo do tempo

DOI: 10.51161/iv-conasus/90628

e articular os diferentes profissionais da rede. A prevenção deve ser contínua, individualizada e compartilhada com a pessoa idosa, família e cuidadores. Como perspectiva, é necessário ampliar ações preventivas e incorporar a avaliação de risco de quedas ao cuidado habitual, fortalecendo a promoção do envelhecimento saudável e a preservação da funcionalidade. A implementação de protocolos simples de rastreamento na rotina da APS, acompanhada de educação permanente das equipes e de ações articuladas com a comunidade, pode favorecer a continuidade do cuidado e a identificação de mudanças funcionais ao longo do tempo. Também são necessárias estratégias que considerem barreiras sociais e de acesso, para que as recomendações preventivas sejam viáveis e não permaneçam restritas à orientação individual.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Prevenção de quedas em pessoas idosas: cartilha educativa. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da pessoa idosa: prevenção de quedas. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2026. Disponível em: https://www.gov.br/saude/. Acesso em: 5 set. 2026.

GUIRGUIS-BLAKE, Janelle M. et al. Interventions to prevent falls in older adults: updated evidence report and systematic review for the US Preventive Services Task Force. JAMA, Chicago, v. 332, n. 1, p. 58-69, 2024. DOI: 10.1001/jama.2024.4166.

LOUREIRO, Vânia et al. Multifactorial programs for healthy older adults to reduce falls and improve physical performance: systematic review. International Journal of Environmental Research and Public Health, Basel, v. 18, n. 20, 10842, 2021. DOI: 10.3390/ijerph182010842.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Falls. Geneva: WHO, 2021. Disponível em: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/falls. Acesso em: 5 set. 2026.

ZHOU, Jianhong et al. Supervised group-based exercise for preventing falls among older adults in the community: a systematic review and meta-analysis. Journal of Nursing Care Quality, v. 39, n. 4, p. E54-E60, 2024. DOI: 10.1097/NCQ.0000000000000792.

PAPEL DO ESTRESSE PROFISSIONAL EM ALTERAÇÕES NEUROFISIOLÓGICAS E PSÍQUICAS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE — REVISÃO INTEGRATIVA

EMANUELLE RIBEIRO DIAS; CAROLINE MARQUES PEREIRA DA COSTA; IGOR ALEJANDRO EVANGELISTA ROSA; SAMARA VITÓRIA DOS SANTOS EVANGELISTA; RÔMULO GUIMARÃES NOGUEIRA JÚNIOR; EZYMAR GOMES CAYANA

RESUMO

O ambiente ocupacional da saúde impõe elevadas demandas físicas e psíquicas, tornando a Síndrome de Burnout uma complicação grave que transcende a estafa emocional passageira ao desencadear profundas alterações neurofisiológicas e psicológicas nos trabalhadores. Diante dessa problemática, este estudo objetivou evidenciar o papel do estresse profissional no desenvolvimento de alterações neurofisiológicas e psíquicas em profissionais de saúde, identificando seus fatores determinantes, repercussões sistêmicas e potenciais intervenções mitigadoras. Para tanto, conduziu-se uma revisão integrativa da literatura estruturada nas bases PubMed, SciELO, Nature e LILACS, da qual foram selecionados 10 artigos científicos originais publicados entre 2021 e 2026, nos idiomas português, inglês e espanhol, mediante o cruzamento de descritores padronizados e submetidos a uma rigorosa avaliação crítica com análise temática descritivo-interpretativa. Os resultados revelam que a exposição contínua e prolongada aos estressores do trabalho desregula o eixo Hipotálamo-Hipófise-Adrenal, provocando perfis anormais de cortisol e a supressão severa da melatonina, o que compromete os ritmos circadianos e degrada a capacidade biológica de restauração através do sono. Evidenciou-se uma intrincada relação bidirecional e uma interação aditiva entre o burnout e os distúrbios do sono, multiplicando os riscos de declínio funcional, manifestações somáticas incapacitantes, aumento de erros clínicos, ideação suicida e intenção de abandono precoce da carreira. Observou-se que crises sanitárias como a pandemia de COVID-19 atuaram como catalisadores sistêmicos desse sofrimento, enquanto a tendência institucional de individualizar a culpa e o estigma social frequentemente julgam a exaustão como fraqueza pessoal, retardando a busca por suporte psicológico e mascarando falhas estruturais. No contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), o subfinanciamento histórico, a superlotação e a escassez crônica de insumos amplificam a precarização laboral, gerando uma devastadora tensão moral no trabalhador entre a vocação do cuidado humanizado e as barreiras materiais do cotidiano. Conclui-se que o estresse no trabalho em saúde não representa um fracasso de adaptação pessoal, mas uma crise institucional e de saúde pública, sendo imperativa a transição de condutas reativas para estratégias organizacionais preventivas, adequação de jornadas e suporte psicológico contínuo, visando assegurar a integridade dos profissionais, a sustentabilidade do SUS e a qualidade da assistência.

Palavras-chave: Burnout; Condições de trabalho; Estresse.

DOI: 10.51161/iv-conasus/90630

1 INTRODUÇÃO

O ambiente profissional da saúde apresenta dificuldades extenuantes no dia a dia com cargas horárias enormes, diversas situações estressantes e exigência de imediatismo e eficiência. Tais situações desenvolvem diversos problemas entre os profissionais da saúde, dentre os quais, destaca-se o Burnout, complicação que tem chamado muita atenção nos últimos anos.

O Burnout é definido como o estresse crônico derivado das exigências excessivas do trabalho e a presença desse problema está diretamente relacionado ao desenvolvimento de diversas patologias associadas ao sistema nervoso e sua relevância na atualidade se relaciona diretamente ao aumento da competitividade, à exposição excessiva a informações, à precarização do trabalho, à flexibilização das cargas horárias entre outros problemas.

Relacionando esse contexto a área da saúde o que se observa são alunos e profissionais cada vez mais competitivos na procura de posições superiores, criando uma visão de que o esforço contínuo e desequilibrado é um exemplo correto e melhor de médico, enfermeiro, fisioterapeuta, entre outros. Com isso, esses indivíduos procuram estar sempre ativos para não ficar para trás através de cargas horárias exaustivas com plantões sucessivos, períodos de estudo exaustivos e uso de energéticos e outras substâncias estimulantes. Somado a isso, observa-se, inclusive no Brasil, a precariedade dos ambientes de trabalho pela negligência governamental ou da instituição responsável pelo ambiente (quando a unidade é de uma empresa particular), o que promove um estresse ainda maior com profissionais precisando desviar da precariedade e/ou ausência dos materiais de trabalho. Tendo em vista essas afirmações, é possível notar essa precariedade nos ambientes de trabalho a partir do momento em que existem inúmeros trabalhadores insatisfeitos com as condições de trabalho estabelecidas, uma vez que estão inseridas em situações de extremo estresse por conta de altas demandas estabelecidas pelo local de trabalho, baixo controle, baixo apoio social, além de insatisfação com o sono e com recursos financeiros limitados. Tais fatores influenciam negativamente na saúde física e na saúde mental dos trabalhadores, podendo provocar problemas como a Síndrome de Burnout.

Diante disso, essa revisão integrativa tem como objetivo evidenciar o papel do estresse profissional em alterações neurofisiológicas e psíquicas dos profissionais de saúde, visto que é de extrema importância a síntese de evidências disponíveis na literatura científica, bem como a identificação de lacunas no conhecimento visando fornecer uma visão geral acerca dessa temática e as possíveis intervenções clínicas nos casos em que os profissionais de saúde foram afetados pelos problemas relacionados ao excesso de trabalho.

2 MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo do tipo revisão integrativa da literatura estruturado em seis fases metodológicas: elaboração da pergunta norteadora, busca na literatura, coleta de dados, análise crítica, discussão e apresentação da revisão. O local de realização da pesquisa concentrou-se no ambiente virtual, por meio das bases de dados PubMed, SciELO, Nature e LILACS. Devido ao delineamento do estudo, a amostra não envolveu a coleta direta de dados com participantes humanos, sendo composta por 10 artigos científicos selecionados após rigorosa triagem na literatura. Os instrumentos utilizados na estratégia de busca englobaram os descritores "burnout", "local de trabalho", "estresse" e "sono", orientados por critérios de inclusão que selecionaram artigos originais disponíveis em texto completo, publicados entre 2021 e 2026, nos idiomas português, inglês e espanhol. Como parâmetros de exclusão, retiraram-se trabalhos duplicados, artigos de revisão, pesquisas com fuga ao tema, além de textos incompletos ou fora do recorte temporal estabelecido. Para a coleta e estruturação dos

DOI: 10.51161/iv-conasus/90630

dados, empregou-se como instrumento uma tabela-síntese padronizada, que permitiu extrair e organizar informações essenciais, como título, autores, ano, tipo de estudo, objetivos, principais resultados e base de origem. Os procedimentos adotados incluíram a avaliação crítica dos artigos quanto à consistência metodológica, tipo de delineamento, clareza e coerência, possibilitando a identificação de lacunas e vieses nas evidências sobre o papel do estresse ocupacional nas alterações neurofisiológicas e psíquicas de profissionais da saúde. O método de análise dos dados seguiu uma abordagem temática, conduzida de maneira descritiva e interpretativa, na qual os resultados foram categorizados à luz dos mecanismos organizacionais e psicossociais para elencar as causas do desgaste (como a sobrecarga de trabalho), suas consequências e as potenciais intervenções mitigadoras. Por fim, o projeto foi dispensado de submissão prévia a um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), amparado pelas diretrizes da Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, uma vez que se baseou exclusivamente em literatura científica, garantindo-se o respeito aos princípios éticos mediante a correta referenciação de todas as obras consultadas.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise abrangente das evidências científicas compiladas ratifica de maneira categórica que o impacto deletério do estresse laboral sobre a saúde neurofisiológica e psíquica dos profissionais de saúde é substancial e clinicamente alarmante, consolidando a compreensão de que a Síndrome de Burnout transcende a mera estafa emocional passageira para configurar-se como um desafio epidemiológico e sistêmico crítico. Sob uma perspectiva clínica e ocupacional, o burnout deve ser considerado uma síndrome multidimensional que atua como uma ponte entre os domínios psicológico, fisiológico e cronobiológico (Ungurianu; Marina, 2025). A prevalência dessa condição atinge patamares expressivos, com estudos conduzidos em hospitais públicos revelando que até 49,2% dos profissionais de enfermagem podem apresentar o quadro, o qual se encontra profundamente associado a fatores como a baixa satisfação no trabalho, o consumo de álcool, o fraco apoio social e o desenvolvimento de transtornos de ansiedade e depressão (Vidotti et al., 2018; Gelaw; Hanoch; Adini, 2023). A gênese desse esgotamento crônico está intrinsecamente vinculada a um conjunto de fatores organizacionais altamente desfavoráveis, destacando-se a persistente e alta pressão laboral, a complexidade inerente à rotina clínica hospitalar, as longas jornadas de trabalho e a crônica deficiência de suporte institucional (Gelaw; Hanoch; Adini, 2023; Xu et al., 2025). As evidências qualitativas e quantitativas demonstram que as causas primárias para o desencadeamento da síndrome englobam a contínua carga de trabalho física e emocional, a deficiência de apoio gerencial, a intensa conexão emocional exigida no cuidado direto aos pacientes e a utilização de estratégias individuais de enfrentamento que frequentemente se mostram insuficientes diante da magnitude das exigências do sistema (Bai et al., 2025; Gelaw; Hanoch; Adini, 2023). Tais vulnerabilidades organizacionais são moduladas por fatores sociodemográficos estruturais, nos quais a idade e a experiência profissional influenciam o acúmulo de estresse, enquanto as disparidades de gênero expõem as trabalhadoras a níveis absolutos de estresse significativamente mais altos, fenômeno frequentemente instigado pela dura imposição de duplas jornadas e pelas expectativas sociais sobrepostas às exigências hospitalares (Shahzad et al., 2025; Vidotti et al., 2018).

A intrincada e letal relação bidirecional entre o estresse laboral crônico e a privação de sono constitui um dos pilares centrais da progressiva deterioração da saúde física e mental das equipes médicas e de enfermagem (Shahzad et al., 2025; Wang; Shang; Zhou, 2026). De acordo com a Teoria da Conservação de Recursos, o burnout representa o esgotamento progressivo de recursos psicológicos e cognitivos vitais, enquanto o distúrbio do sono sinaliza o grave comprometimento da capacidade biológica fundamental de restauração de energia

(Wang; Shang; Zhou, 2026). Quando essas duas condições patológicas coexistem, ocorre uma forte interação aditiva que afeta profundamente a capacidade laboral, gerando uma perigosa espiral de perda na qual a privação de sono e a exaustão se retroalimentam e aceleram o declínio funcional (Wang; Shang; Zhou, 2026). Avançando na compreensão neurobiológica, a exposição prolongada e ininterrupta aos potentes estressores do ambiente atua como o principal motor para a desregulação do eixo Hipotálamo-Hipófise-Adrenal (HPA), afetando a secreção de hormônios vitais e provocando perfis anormais de cortisol ao longo do dia, além da supressão severa da melatonina (Ungurianu; Marina, 2025). Esse desalinhamento endócrino compromete fortemente os ritmos circadianos e serve de gatilho para múltiplas manifestações somáticas incapacitantes, incluindo dores musculoesqueléticas, problemas digestivos, instabilidade cardiovascular e imunossupressão, elevando o risco de morbidades metabólicas a longo prazo (Ungurianu; Marina, 2025 Shahzad et al., 2025).

O perfil epidemiológico e a intensidade exata desse desgaste fisiológico e psicológico variam substancialmente de acordo com a dinâmica dos turnos de trabalho impostos às equipes (Vidotti et al., 2018; Ungurianu; Marina, 2025). Trabalhadores alocados no ciclo diurno, com expressivo destaque para os enfermeiros, enfrentam vulnerabilidades atreladas à altíssima demanda, ao ritmo acelerado de procedimentos, ao baixo controle sobre suas atividades, ao baixo apoio social e ao sedentarismo, o que se traduz em uma piora acentuada da exaustão emocional primária (Vidotti et al., 2018). Em contrapartida, os profissionais atuantes no turno noturno, com índices críticos verificados entre técnicos e auxiliares de enfermagem, sofrem frontalmente os impactos da inversão abrupta do ritmo biológico (Vidotti et al., 2018; Ungurianu; Marina, 2025). Esses trabalhadores noturnos relatam níveis altíssimos de insatisfação com o sono, desajuste na vida sociofamiliar, menor tempo de serviço na instituição e sensação generalizada de isolamento, fatores que convergem para uma probabilidade significativamente maior de vivenciar altos níveis da síndrome e declínio na precisão laboral (Vidotti et al., 2018).

Para além das questões organizacionais e de turnos, o peso emocional inerente ao cuidado atua de forma direta e severa sobre a estrutura do descanso e a retenção de talentos na saúde (Cheval et al., 2018). Modelos longitudinais prospectivos baseados na coleta intensiva de dados documentam em tempo real que a carga silenciosa de arrependimento associada a decisões, condutas e desfechos clínicos atua como um poderoso preditor universal de distúrbios do sono e, subsequentemente, da intenção de abandono precoce da carreira (Cheval et al., 2018). Como o ambiente clínico exige decisões urgentes em cenários de forte incerteza e sobrecarga de informações, a incidência do arrependimento afeta diretamente a arquitetura do sono e eleva o risco de erros médicos, gerando altos custos operacionais para os sistemas de saúde devido à constante rotatividade de profissionais (Cheval et al., 2018).

No âmbito psiquiátrico, análises sofisticadas de redes de sintomas revelam como manifestações específicas interagem dinamicamente; constatou-se que sintomas como sentimentos de inutilidade, medo e inquietação exibem as mais fortes associações com a ideação suicida, enquanto a despersonalização e a exaustão emocional estão intimamente ligadas à intenção de rotatividade e à ocorrência de erros no atendimento (Xu et al., 2025; Bai et al., 2025). Esses dados provam que o burnout transcende as fronteiras do ambiente de trabalho, impactando negativamente todas as dimensões da qualidade de vida do indivíduo (Xu et al., 2025). Contudo, variáveis comportamentais como a resiliência no trabalho operam como fatores protetores fundamentais, sendo que a promoção de atividades que aumentem os níveis de resiliência profissional e o reconhecimento prático reduz significativamente as dimensões de exaustão emocional e despersonalização (Gelaw; Hanoch; Adini, 2023; Despotivć et al., 2025).

A ocorrência de eventos globais de crise extrema, como a pandemia de COVID-19, funcionou como um potente catalisador sistêmico desse sofrimento, elevando

expressivamente a prevalência de burnout e sofrimento emocional entre profissionais de saúde (Xiong et al., 2023). A imprevisibilidade da doença, a escassez crítica de recursos e a falta de infraestrutura colocaram um fardo insuportável sobre as equipes, aumentando exponencialmente o sentimento de impotência e a culpa por não conseguirem fornecer o tratamento adequado aos pacientes (Xiong et al., 2023). O aumento do risco de mortalidade e a exacerbação do estresse emocional geraram impactos severos sobre a qualidade do sono e o bem-estar psicológico das equipes de saúde (Xiong et al., 2023). O isolamento profilático e as altas exigências de proteção privaram os trabalhadores de sua rede de apoio afetivo, enquanto o estigma social adicionou camadas de violência e sofrimento (Xiong et al., 2023). Embora estratégias adaptativas tenham surgido para modular o estresse agudo, a cronificação da crise consolidou níveis elevados de ansiedade, depressão e piora na qualidade do sono (Xiong et al., 2023; Xu et al., 2025). Agravando esse cenário, o medo de consequências profissionais e a falta de suporte institucional adequado frequentemente desencorajam a busca por ajuda psicológica, fazendo com que grande parte dos trabalhadores não receba tratamento formal para o seu sofrimento (Xiong et al., 2023; Gelaw; Hanoch; Adini, 2023).

Apesar do forte e inegável corpo de evidências acerca de suas gravíssimas repercussões materiais e neurológicas, a Síndrome de Burnout continua a enfrentar um imenso desafio de validação, sendo frequentemente subestimada ou lida de forma distorcida (Bai et al., 2025; Gelaw; Hanoch; Adini, 2023). A literatura científica realiza uma dura crítica à atual tendência das instituições de individualizar o problema do burnout, utilizando discursos e abordagens que categorizam o sofrimento mental como uma falha de adaptação de nível pessoal (Bai et al., 2025; Xu et al., 2025). Abordagens que responsabilizam exclusivamente o indivíduo pela gestão do seu próprio adoecimento — exigindo a adoção de estilos de vida saudáveis, técnicas de relaxamento ou atenção plena isoladas — tendem a mascarar e invisibilizar as falhas sistêmicas, organizacionais e estruturais dos ambientes hospitalares (Gelaw; Hanoch; Adini, 2023; Bai et al., 2025). Ao internalizarem essa narrativa individualista de culpabilização, os trabalhadores afetados tendem a questionar sua própria competência e vocação, o que agrava drasticamente os sintomas depressivos e intensifica o ciclo de adoecimento (Xu et al., 2025). A imposição de soluções centradas no autocuidado isolado demonstra-se cientificamente insuficiente para promover a realização pessoal e reverter o quadro clínico quando as bases da precariedade laboral permanecem inalteradas (Gelaw; Hanoch; Adini, 2023; Bai et al., 2025).

Neste panorama delineado, a discussão epidemiológica e neurofisiológica sobre o estresse ocupacional vincula-se de modo visceral à temática da saúde mental no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS) e ao papel fundamental do profissional de saúde que atua nesta rede. O SUS, embasado nos princípios democráticos da universalidade, equidade e integralidade, enfrenta historicamente desafios estruturais e logísticos severos que mimetizam e amplificam os fatores organizacionais desfavoráveis apontados pela ciência (Vidotti et al., 2018; Gelaw; Hanoch; Adini, 2023). A precarização das condições de trabalho no setor público — frequentemente caracterizada por superlotação, escassez crônica de insumos vitais, defasagem no dimensionamento das equipes e infraestrutura limitante — atua como um multiplicador das causas primárias do burnout (Gelaw; Hanoch; Adini, 2023; XU et al., 2025). O profissional de saúde e o SUS estabelecem uma relação de codependência onde o trabalhador é o alicerce absoluto da efetividade do sistema, mas também o seu elo mais sobrecarregado (Gelaw; Hanoch; Adini, 2023). Inserido nesse contexto, o profissional experiencia uma tensão moral devastadora entre a sua vocação formativa de entregar uma assistência humanizada e resolutiva e as barreiras materiais intransponíveis da realidade diária, o que eleva exponencialmente o peso do arrependimento relacionado aos cuidados e o sentimento de impotência (Cheval et al., 2018; Xiong et al., 2023). Dessa forma, o adoecimento psíquico no SUS não pode jamais ser interpretado como uma falha de resiliência

individual, mas deve ser reconhecido como o reflexo agudo e direto do subfinanciamento e da sobrecarga da política pública (Despotivć et al., 2025; Bai et al., 2025). A saúde dos trabalhadores determina-se como um problema global do sistema que cria os contextos fundamentais para falhas no atendimento hospitalar e o abandono prematuro das carreiras (Cheval et al., 2018; Xu et al., 2025).

Portanto, para assegurar a sobrevivência do profissional e a sustentabilidade ética do cuidado, torna-se imperativa a transição de um modelo institucional reativo e culpabilizador para a implementação de estratégias preventivas e estruturais (Bai et al., 2025; Gelaw; Hanoch; Adini, 2023). Recomenda-se fortemente que as administrações hospitalares e os gestores de políticas públicas integrem o burnout e a saúde do sono em um sistema formal e rigoroso de gestão de saúde ocupacional, conduzindo rastreamentos regulares e fornecendo intervenções integradas que superem a barreira do estigma (Ungurianu; Marina, 2025; Wang; Shang; Zhou, 2026). O enfrentamento eficaz da crise exige reformas organizacionais perenes, centradas na adequação das escalas de trabalho, na mitigação da disparidade entre recursos e recompensas, no controle cuidadoso das dinâmicas de turnos noturnos e no fortalecimento de um suporte institucional empático e resolutivo (Vidotti et al., 2018; Shahzad et al., 2025; Gelaw; Hanoch; Adini, 2023). Somente ao desmistificar o esgotamento extremo e assumir a responsabilidade sistêmica por sua prevenção, será possível garantir a integridade neurofisiológica e psíquica daqueles que dedicam suas vidas ao cuidado da população (Gelaw; Hanoch; Adini, 2023; Despotivć et al., 2025).

4 CONCLUSÃO

Esta revisão integrativa evidenciou que o estresse profissional na área da saúde atua como um desencadeador direto de graves alterações neurofisiológicas e psíquicas, consolidando a Síndrome de Burnout não como um mero desgaste temporário, mas como uma condição sistêmica e multidimensional. No âmbito neurofisiológico, a exposição crônica aos estressores ocupacionais promove a desregulação do eixo Hipotálamo-Hipófise-Adrenal (HPA), alterando os padrões de secreção de cortisol, suprimindo a melatonina e comprometendo os ritmos circadianos e a arquitetura do sono. Tais alterações repercutem em manifestações somáticas incapacitantes, como disfunções cardiovasculares, imunossupressão e dores musculoesqueléticas. No plano psíquico, o esgotamento manifesta-se por exaustão emocional, despersonalização, ansiedade e depressão, além de sintomas críticos como sentimentos de inutilidade, ideação suicida, aumento do risco de erros clínicos e intenção de abandono da carreira. A síntese das evidências revelou que essas manifestações são intensificadas por dinâmicas de trabalho exaustivas, como escalas noturnas e duplas jornadas, somadas ao peso emocional e moral do cuidado diário. No contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), as fragilidades estruturais — marcadas pelo subfinanciamento histórico, escassez de insumos, superlotação e dimensionamento inadequado das equipes — potencializam esses estressores e geram uma profunda tensão moral entre a busca pela assistência humanizada e as limitações materiais do cotidiano. O adoecimento do profissional no SUS reflete, portanto, as vulnerabilidades da política pública e a precarização laboral, e não uma falta de resiliência ou falha de adaptação individual. Diante desse panorama, o estudo preenche lacunas ao demonstrar que intervenções focadas exclusivamente no autocuidado individual são insuficientes quando as bases da precariedade laboral permanecem inalteradas. As respostas clínicas e institucionais devem migrar de condutas reativas para estratégias organizacionais preventivas e estruturais, incluindo a implementação de gestão formal de saúde ocupacional, rastreamento periódico de burnout e distúrbios do sono, adequação de jornadas e turnos, além da oferta de suporte psicológico contínuo e desprovido de estigma. Conclui-se que assegurar a integridade neurofisiológica e psíquica dos

trabalhadores da saúde é condição indispensável para a melhoria da qualidade assistencial, a retenção de talentos e a própria sustentabilidade ética e operacional do SUS.

REFERÊNCIAS

BAI, M.; JING, T.; LI, S.; ZHANG, Z. Unravelling critical burnout syndrome in Chinese hospitals: a network analysis of the Maslach Burnout Inventory Human Services Survey. **Scientific Reports**, v. 15, 9870, 2025.

CHEVAL, B.; CULLATI, S.; PIHL-THINGVAD, J.; MONGIN, D.; VON ARX, M.; CHOPARD, P.; COURVOISIER, D. S. Impact of care-related regret upon sleep (ICARUS) cohort study: protocol of a 3-year multicentre, international, prospective cohort study of novice healthcare professionals. **BMJ Open,** v. 8, e022172, 2018.

DESPOTOVIĆ, M. M.; IGNJATOVIĆ RISTIĆ, D.; BANKOVIĆ, D.; MILOVANOVIĆ, D.; STEPANOVIĆ, Ž.; DESPOTOVIĆ, M.; ZLATANOVIĆ, M.; RAKETIĆ, D.; MILISAVLJEVIĆ, M.; BOLJANOVIĆ, J.; ĆETKOVIĆ, M. Suicidality, resilience and burnout in a population of oncology nurses. **Scientific Reports,** v. 15, 2025.

GELAW, Y. M.; HANOCH, K.; ADINI, B. Burnout and resilience at work among health professionals serving in tertiary hospitals in Ethiopia. **Frontiers in Public Health,** v. 11, 1118450, 2023.

SHAHZAD, S.; SATTAR, M. A.; MALIK, F. N.; AQIB, M.; SATTAR, A. Data-driven insights into predictors of stress and sleep health among Pakistani healthcare workers under rotational shifts. **Scientific Reports,** v. 15, 2025.

UNGURIANU, A.; MARINA, V. The biological clock influenced by burnout, hormonal dysregulation and circadian misalignment: a systematic review. **Clocks & Sleep,** v. 7, n. 63, 2025.

VIDOTTI, V.; RIBEIRO, R.; GALDINO, M.; MARTINS, J. Burnout syndrome and shift work among the nursing staff. **Revista Latino-Americana de Enfermagem,** v. 26, 2018.

WANG, N.; SHANG, L.; ZHOU, T. Construction of a multifactorial prediction model for healthcare workers' work ability: focusing on the interaction and impact pathways of job burnout and sleep disorder. **Frontiers in Public Health,** v. 14, 2026.

XIONG, N. N.; FAN, T. T.; LIU, Q.; FRITZSCHE, K.; LEONHART, R.; STEIN, B.; WALLER, C.; MÜLLER, M. M. Burnout, emotional distress and sleep quality among Chinese psychiatric healthcare workers during the COVID-19 pandemic: a follow-up study. **Frontiers in Public Health,** v. 11, 1272074, 2023.

XU, H.; LIU, L.; LI, Z.; WANG, X.; LI, P.; YAN, K.; LIU, T.; TANG, Y. Y.; PENG, P.; WU, Q. Network analysis of burnout, depression, and anxiety with occupational and personal outcomes among clinical nurses in China. **Scientific Reports,** v. 15, 2025.

DO INTERNAMENTO PSIQUIÁTRICO AO LAR: RELATO DE EXPERIÊNCIA SOBRE O COTIDIANO EM SERVIÇO RESIDENCIAL TERAPÊUTICO

JÚLIA COFFERRI DE LIMA; ALEXANDRE AUGUSTO VEIGA; LARISSA MARQUES DA SILVA; MIGUEL NOGUEIRA PEREIRA; MANUELA PIMENTEL LEITE; ROBERTA ELIZEIRE DA SILVA VICENTINE

INTRODUÇÃO: As Residências Terapêuticas (RTs) são moradias destinadas a pessoas egressas de longos internamentos em hospitais psiquiátricos ou de custódia, sem suporte familiar ou social. Regulamentado pela Portaria nº 106/2000, o serviço é um dos dispositivos mais emblemáticos do processo de desinstitucionalização psiquiátrica no Brasil, marcando a ruptura com o modelo asilar-manicomial e a afirmação do direito à cidade, convivência social e autonomia das pessoas em sofrimento psíquico. **OBJETIVO:** Relatar a experiência de acadêmicos de Psicologia, em estágio não obrigatório e vinculado ao Sistema Único de Saúde (SUS), em visitas às Residências Terapêuticas de uma capital brasileira. **RELATO DE EXPERIÊNCIA:** As visitas às RTs foram acompanhadas pela psicóloga supervisora, com o propósito de observar o funcionamento do espaço e o cotidiano dos moradores. A partir da observação do local, da rotina e da convivência entre eles, notou-se como o cuidado se organiza para além da perspectiva exclusiva do tratamento e suporte em saúde mental. As pessoas não estão ali apenas para receber cuidados, mas para viver e construir sua própria história. Percebeu-se como a equipe incentiva a autonomia, de modo que cada um realize suas atividades e faça escolhas sobre a vida. Nos quartos, objetos pessoais e itens escolhidos pelos próprios moradores evidenciaram o resgate da individualidade e a construção de um espaço próprio. Além disso, a possibilidade de escolher roupas, rotina e circular pela casa reforça a autonomia nas decisões cotidianas, confirmando a RT como um verdadeiro espaço de moradia e relações. **CONCLUSÃO:** Essas visitas proporcionaram um olhar muito além do cuidado técnico, mostrando como a rotina comum assume um papel central na saúde mental. Ter a liberdade de escolher, guardar objetos e realizar atividades prova que ações que parecem simples são, na verdade, essenciais para o resgate da identidade desses egressos. É a permissão para que voltem a ser eles mesmos, vivendo de uma forma que lhes foi negada durante os longos anos de internamento.

Palavras-chave: **AUTONOMIA PESSOAL; SAÚDE MENTAL; PSICOLOGIA**

DOI: 10.51161/iv-conasus/90632

SALA DE ESPERA COMO ESPAÇO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE: MITOS E VERDADES DO EXAME CITOLÓGICO

GLEIZIANE PEIXOTO DA SILVA; GABRIELA ROMÃO DE ALMEIDA CARVALHO SANTOS

Introdução: O exame citopatológico cervical, popularmente conhecido como Papanicolau, é a principal estratégia de rastreamento do câncer do colo do útero no Brasil. Apesar de sua consolidada eficácia e ampla disponibilidade no Sistema Único de Saúde (SUS), o enfermeiro rotineiramente enfrenta barreiras de adesão ligadas ao medo, à desinformação e a tabus culturais arraigados na população feminina. **Objetivo:** Relatar a experiência na condução de uma atividade educativa baseada na dinâmica de mitos e verdades sobre o exame citológico, com mulheres na sala de espera de unidade de saúde da família. **Relato de experiência:** A ação foi realizada durante o estágio supervisionado de Enfermagem em Saúde Coletiva em uma Unidade de Saúde da Família (USF). Ao observar a ansiedade e os comentários informais das pacientes na recepção, a equipe, planejou uma intervenção participativa. Para isso, confeccionou-se um painel visual dividido em duas colunas: “Mito” e “Verdade”. As mulheres presentes na sala de espera foram convidadas a retirar de uma caixa uma afirmação popular sobre o preventivo. Cada participante lia a frase em voz alta e, em conjunto com as demais, decidia em qual coluna o cartão deveria ser fixado. A partir de cada escolha, eram dadas as orientações necessárias. A dinâmica permitiu identificar e desmistificar conceitos equivocados graves. Entre os mitos mais frequentes manifestados pelas mulheres, destacaram-se: mulheres assintomáticas não precisam realizar a coleta, mulheres que não iniciaram atividade sexual devem fazer o exame, gestantes não podem fazê-lo, e menores de 25 anos ou maiores de 64 anos devem rastrear. Por outro lado, reforçou-se o intervalo correto de três anos após dois exames anuais consecutivos normais, conforme as diretrizes do Ministério da Saúde. Observou-se uma maior adesão ao exame após ação. **Conclusão:** A realização desta atividade evidenciou que a educação em saúde, em salas de espera é uma ferramenta de baixo custo e alto impacto para a Enfermagem na Atenção Primária.

Palavras-chave: **CITOLOGIA; CUIDADOS DE ENFERMAGEM; ORIENTAÇÃO**

DOI: 10.51161/iv-conasus/90633

GRUPO DE EMAGRECIMENTO SAUDÁVEL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: RELATO DE EXPERIÊNCIA EM UM MUNICÍPIO DE RONDÔNIA

ANDRESSA MACHADO CLABUNDE; ANDREIA MARTINS DE SOUZA; FRANCIELE SOARES LIQUER SUSZEK; JUCILAINE FELBERG OLIVEIRA NERIS; BRUNA DAIZA BARBOSA DE ASSIS

Introdução: A obesidade é uma doença crônica e multifatorial, relacionada à interação de fatores alimentares, comportamentais, psicológicos, sociais, ambientais e genéticos, demandando estratégias de cuidado de longo prazo. Seu manejo não deve se restringir à redução do peso corporal, mas contemplar mudanças sustentáveis no estilo de vida. **Objetivo:** Implementar o Grupo de Emagrecimento Saudável como estratégia de promoção da saúde e cuidado do sobrepeso e da obesidade na Atenção Primária à Saúde. **Relato de experiência**: O Grupo de Emagrecimento Saudável foi desenvolvido em 2025 como uma estratégia de cuidado coletivo voltada à prevenção e ao manejo do sobrepeso e da obesidade no âmbito da APS do município de Espigão do Oeste-RO, foi destinado a adultos com sobrepeso ou obesidade que realizavam acompanhamento nutricional nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), independentemente da presença de doenças crônicas. As atividades foram realizadas na UBS Arlindo Cristo, em encontros semanais com duração de duas horas. A organização ficou sob responsabilidade das nutricionistas residentes e da tutora, com participação de profissionais de diferentes áreas conforme os temas abordados semanalmente. Os encontros foram planejados de forma dinâmica, buscando estimular a participação dos usuários e a troca de experiências. Foram realizadas palestras, rodas de conversa e atividades práticas para a promoção da saúde e ao cuidado do excesso de peso. Entre os temas abordados estiveram alimentação adequada e saudável, fome emocional, prática de atividade física, alongamento, saúde bucal, cuidados quanto ao uso de medicamentos e estratégias para melhoria dos hábitos diários. Como estratégia de estímulo à mudança de comportamento, foram estabelecidas metas semanais relacionadas aos hábitos de vida. Os participantes eram incentivados a aplicar as propostas durante a semana e, no encontro seguinte, compartilhar suas experiências, dificuldades e conquistas. Essa dinâmica possibilitou que as vivências individuais fossem utilizadas como fonte de incentivo e aprendizado coletivo. **Conclusão**: A experiência demonstrou a viabilidade de uma estratégia grupal e multiprofissional para complementar o cuidado de adultos com sobrepeso e obesidade na APS. A utilização da dinâmica abordada favoreceu a participação e o incentivo entre os usuários, enquanto a atuação de diferentes profissionais possibilitou abordar aspectos diversos relacionados ao cuidado.

Palavras-chave: **OBESIDADE; EDUCAÇÃO ALIMENTAR E NUTRICIONAL; TRABALHO EM EQUIPE**

DOI: 10.51161/iv-conasus/90635

SAÚDE DIGITAL NO SUS: AVANÇOS DA TELESSAÚDE E DOS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO APÓS A PANDEMIA DE COVID-19

JANAINA OLIVEIRA SEABRA; SALATIEL FERREIRA DE PAULA; ROSEMARY FERREIRA PEREIRA; LUZIA FERREIRA MANOEL; LUCIA GERALDA DE ARAÚJO; E MARIA APARECIDA DE ARAÚJO EVANGELISTA.

RESUMO

A pandemia de COVID-19 acelerou a incorporação de tecnologias digitais nos serviços de saúde e modificou formas de acesso, registro, comunicação e acompanhamento de usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). Passada a fase emergencial, parte dessas soluções deixou de ter caráter provisório e passou a integrar políticas de transformação digital. Este estudo teve como objetivo analisar os principais avanços da telessaúde e dos sistemas de informação no SUS após a pandemia, destacando contribuições para acesso, continuidade do cuidado, vigilância e gestão, além dos limites impostos pelas desigualdades digitais. Realizou-se revisão integrativa da literatura, com busca em SciELO, PubMed/MEDLINE e Biblioteca Virtual em Saúde, complementada por documentos normativos e institucionais do Ministério da Saúde. Foram priorizadas publicações de 2020 a 2026 relacionadas ao contexto brasileiro, mantendo-se um estudo anterior ao recorte por seu caráter histórico na discussão sobre prontuário eletrônico. A análise foi organizada em quatro eixos: sistemas de informação e digitalização do SUS; telessaúde e ampliação do acesso; informação digital, vigilância e tomada de decisão; e limitações e desafios para a equidade digital. Os estudos mostram expansão da telessaúde, maior integração de registros eletrônicos e fortalecimento de instrumentos nacionais de informação. Entre 2020 e 2024, foram registradas 996.789 teleconsultas por equipes de Saúde da Família em 1.755 municípios, embora a distribuição tenha permanecido desigual entre regiões e níveis de vulnerabilidade social. Conclui-se que a saúde digital se consolidou como componente estratégico do SUS, mas sua capacidade de ampliar direitos depende de interoperabilidade, conectividade, proteção dos dados, qualificação profissional, financiamento estável e políticas de inclusão digital capazes de evitar a reprodução de desigualdades já existentes no acesso aos serviços.

Palavras-chave: Continuidade da assistência; Equidade; Vigilância epidemiológica.

1 INTRODUÇÃO

A transformação digital em saúde antecede a pandemia de COVID-19, mas a emergência sanitária acelerou sua incorporação ao cotidiano assistencial. No SUS, sistemas informatizados, prontuários eletrônicos e iniciativas de telessaúde já vinham sendo desenvolvidos antes de 2020. A crise tornou essas ferramentas centrais para manter parte da assistência, reduzir deslocamentos, reorganizar fluxos e produzir informações em tempo oportuno (Caetano et al., 2020; Celuppi et al., 2021).

A Estratégia de Saúde Digital para o Brasil 2020-2028 (ESD28) consolidou uma agenda nacional para integração de informações e serviços, tendo a Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS) como eixo de interoperabilidade. A proposta inclui atenção, governança, formação de trabalhadores e participação do usuário, ultrapassando a simples informatização administrativa (Brasil, 2020). Durante a pandemia, recursos como e-SUS APS, agenda on-

DOI: 10.51161/iv-conasus/90639

line, teleatendimento e monitoramento remoto ganharam maior presença na organização do cuidado (Celuppi et al., 2021).

O período posterior à emergência consolidou esse movimento. A Lei nº 14.510/2022 incorporou a telessaúde ao marco da Lei nº 8.080/1990. Em 2024, o Programa SUS Digital passou a orientar a transformação digital do sistema, e a Ação Estratégica SUS Digital - Telessaúde definiu modalidades assistenciais, requisitos de registro, segurança e integração com prontuários eletrônicos, RNDS e Meu SUS Digital (Brasil, 2022; Brasil, 2024a; Brasil, 2024b).

A ampliação tecnológica, entretanto, ocorre em um país com desigualdades de conectividade, renda e capacidade instalada. A oferta digital pode reduzir barreiras geográficas, mas também pode criar novas formas de exclusão quando usuários e serviços não dispõem das condições necessárias para utilizá-la (Nakayama et al., 2023). O desafio é incorporar tecnologia sem afastar o SUS de seus princípios de universalidade, integralidade e equidade. Assim, este estudo teve como objetivo analisar os principais avanços da telessaúde e dos sistemas de informação no SUS após a pandemia de COVID-19, considerando benefícios assistenciais e limites para sua consolidação equitativa.

2 MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de revisão integrativa da literatura, de abordagem qualitativa e caráter descritivo-analítico. A busca foi realizada em setembro de 2026 nas bases SciELO, PubMed/MEDLINE e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Utilizaram-se descritores e termos equivalentes em português e inglês relacionados a saúde digital, telessaúde, telemedicina, sistemas de informação em saúde, Sistema Único de Saúde, COVID-19, acesso aos serviços e equidade, combinados por AND e OR.

Foram priorizados artigos de 2020 a 2026, em português, inglês ou espanhol, disponíveis na íntegra e relacionados ao contexto brasileiro e do SUS. Excluíram-se duplicatas e estudos sem interface com organização do cuidado, acesso ou gestão da informação. Um artigo de 2013 foi mantido como referência histórica sobre prontuário eletrônico e Redes de Atenção à Saúde (Gonçalves et al., 2013). A síntese reuniu oito estudos científicos e quatro documentos normativos ou institucionais: ESD28, Lei nº 14.510/2022 e Portarias GM/MS nº 3.232/2024 e nº 3.691/2024.

Os materiais foram lidos integralmente e organizados em matriz com autoria, ano, desenho, objeto e principais achados. A questão orientadora foi: quais avanços da telessaúde e dos sistemas de informação incorporados ou ampliados durante a pandemia permaneceram relevantes para o SUS no período posterior, e quais limites condicionam sua consolidação? A comparação considerou resultados assistenciais, formas de uso dos sistemas, continuidade do cuidado, capacidade de monitoramento e barreiras de acesso. Os documentos normativos foram utilizados para relacionar as evidências à evolução institucional da política pública, sem substituir os resultados dos estudos científicos. A análise temática agrupou os resultados em quatro eixos: sistemas de informação e digitalização; telessaúde e acesso; informação digital, vigilância e decisão; e equidade digital. Por se tratar de revisão integrativa, não foi realizada metanálise, e a heterogeneidade metodológica foi considerada na interpretação dos achados.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A pandemia acelerou processos já em curso e favoreceu sua institucionalização posterior. Os estudos mostram crescimento das experiências digitais e maior centralidade dos sistemas de informação, mas também evidenciam diferenças regionais e sociais na capacidade de utilizar esses recursos. O Quadro 1 sintetiza os achados.

DOI: 10.51161/iv-conasus/90639

Quadro 1 – Síntese dos principais achados sobre saúde digital no SUS no período pandêmico e pós-pandêmico

Eixo analítico	Evidências sintetizadas	Implicações para o SUS
Sistemas de informação e digitalização do SUS	Expansão do e-SUS APS, prontuário eletrônico e integração por RNDS; crescimento de experiências municipais de digitalização.	Interoperabilidade e qualidade dos dados são essenciais para continuidade do cuidado e gestão.
Telessaúde e ampliação do acesso	Teleconsulta e monitoramento remoto permaneceram após a fase crítica. Foram registradas 996.789 teleconsultas em 1.755 municípios entre 2020 e 2024.	Reduz deslocamentos e amplia continuidade, desde que integrada aos fluxos presenciais e à regulação.
Informação digital, vigilância e tomada de decisão	Registros eletrônicos, monitoramento territorial e bases nacionais ampliaram informação disponível para planejamento e vigilância.	Dados consistentes podem orientar recursos e avaliação, exigindo governança e segurança.
Limitações e desafios para a equidade digital	Persistem diferenças de conectividade, renda, idade, território e vulnerabilidade social.	Inclusão digital, suporte e alternativas presenciais são condições para que a tecnologia não amplie desigualdades.

Fonte: Elaborado pelos autores (2026), com base na literatura analisada.

3.1 Sistemas de informação e digitalização do SUS

O prontuário eletrônico é uma base da transformação digital porque organiza informação clínica e favorece continuidade entre pontos da rede. Gonçalves et al. (2013) já discutiam seu potencial para integrar Redes de Atenção à Saúde, ao mesmo tempo em que registravam dificuldades de implantação. Com a pandemia, a digitalização adquiriu função assistencial mais visível: Celuppi et al. (2021) identificaram agenda on-line no e-SUS APS, serviços remotos e ferramentas de orientação utilizadas para reorganizar o cuidado.

No pós-pandemia, a ESD28 e o Programa SUS Digital reforçaram a RNDS, a interoperabilidade e a integração entre sistemas. A Portaria GM/MS nº 3.691/2024 vinculou telessaúde, prontuários eletrônicos, RNDS e Meu SUS Digital (Brasil, 2020; Brasil, 2024a; Brasil, 2024b). Soibelman, Fornazin e Albuquerque (2025) identificaram forte crescimento das experiências de saúde digital na APS/SUS entre 2018 e 2022, com destaque para teleatendimento e telemonitoramento. A expansão, porém, depende de qualidade do registro e comunicação efetiva entre plataformas.

Os dados de Soibelman, Fornazin e Albuquerque (2025) mostram aumento de 668% nos relatos de experiências de saúde digital em interface com a APS entre 2018 e 2021. O crescimento demonstra capacidade de inovação local e resposta rápida dos serviços, mas também revela diversidade de soluções e diferentes níveis de maturidade digital. Para o SUS, essa heterogeneidade exige coordenação nacional que preserve a autonomia dos territórios sem perder padrões comuns de interoperabilidade. Sistemas isolados, ainda que funcionais

localmente, podem dificultar o compartilhamento de informações e fragmentar a trajetória assistencial do usuário.

3.2 Telessaúde e ampliação do acesso

A telessaúde foi uma das mudanças mais visíveis da pandemia. Caetano et al. (2020) apontaram sua utilidade para resposta rápida, mas também desafios de infraestrutura, regulação e capacitação. Freire et al. (2023), em revisão de escopo, verificaram aumento do uso da telemedicina em 88% dos estudos analisados, associado à redução de deslocamentos e à manutenção do acompanhamento de pessoas com doenças crônicas.

A Lei nº 14.510/2022 conferiu caráter permanente à prática, e a Portaria GM/MS nº 3.691/2024 organizou modalidades como teleconsulta, teleconsultoria, telediagnóstico, telemonitoramento e telerregulação (Brasil, 2022; Brasil, 2024b). Ribeiro et al. (2026) identificaram 996.789 teleconsultas realizadas por profissionais de nível superior das equipes de Saúde da Família entre 2020 e 2024, em 1.755 municípios. O maior volume ocorreu em 2021, mas o número de municípios com registros cresceu até 2023, indicando permanência da modalidade para além da fase crítica da pandemia.

A continuidade da telessaúde não deve ser avaliada apenas pelo número de atendimentos. Catapan et al. (2024) ressaltam que a teleassistência precisa estar inserida nas redes de atenção, vinculada à APS, à regulação e aos serviços especializados. O atendimento remoto tem maior valor quando resolve demandas compatíveis com essa modalidade, mantém registro clínico adequado e permite encaminhamento oportuno para avaliação presencial. A combinação entre recursos digitais e assistência face a face tende a ser mais coerente com a integralidade do que a substituição indiscriminada de consultas presenciais.

3.3 Informação digital, vigilância e tomada de decisão

A digitalização aumentou a velocidade de produção e circulação de informações úteis para vigilância e gestão. Durante a pandemia, sistemas de notificação, aplicativos e bases eletrônicas apoiaram monitoramento territorial e organização de recursos. Celuppi et al. (2021) descrevem iniciativas de geolocalização, autoavaliação e análise de dados que aproximaram informação digital e resposta epidemiológica.

No SUS, registros da APS e de teleconsultas permitem acompanhar produção, território e perfil dos serviços. Ribeiro et al. (2026) demonstraram como dados do Sisab podem revelar expansão e concentração regional da telessaúde. A ESD28 e o Programa SUS Digital associam transformação digital a monitoramento e avaliação. Para que a informação subsidie decisões, são necessários registros consistentes, padrões interoperáveis e governança. A Portaria GM/MS nº 3.691/2024 também exige registro em prontuário e observância de privacidade, confidencialidade e segurança da informação (Brasil, 2024b).

A utilidade dos sistemas depende, portanto, da qualidade do dado que os alimenta. Sub-registro, duplicidade e ausência de padronização podem limitar comparações entre territórios e reduzir a capacidade de monitoramento. A transformação digital precisa incluir rotinas de qualificação do registro, treinamento das equipes e definição clara de responsabilidades sobre produção, validação e uso das informações. Quando esses elementos estão presentes, as bases nacionais podem apoiar vigilância, planejamento, avaliação de desempenho e distribuição mais racional de recursos.

3.4 Limitações e desafios para a equidade digital

A desigualdade de acesso às condições necessárias para utilizar serviços digitais permanece como limite central. Nakayama et al. (2023) observaram acesso à internet em 88,48% dos domicílios urbanos analisados e em 53,24% dos rurais, além de diferenças

associadas a renda, idade e região. A oferta digital, portanto, não corresponde automaticamente a acesso universal.

Ribeiro et al. (2026) verificaram concentração das teleconsultas nas regiões Sudeste e Sul, em municípios de maior porte e em localidades de baixa ou muito baixa vulnerabilidade. Freire et al. (2023) também identificaram barreiras de conexão, renda, idade, idioma e acessibilidade. Esses resultados mostram que grupos com maior dificuldade de acesso presencial podem igualmente enfrentar maior exclusão digital.

Catapan et al. (2024) destacam financiamento, formação profissional, participação social e inclusão digital como condições para a sustentabilidade da teleassistência. Assim, ampliar saúde digital exige conectividade, suporte técnico, interfaces acessíveis e manutenção de alternativas presenciais. A tecnologia contribui para a equidade quando reduz barreiras concretas; sem políticas compensatórias, pode apenas deslocá-las para o ambiente virtual.

A equidade digital também envolve reconhecer diferentes níveis de autonomia no uso das ferramentas. Pessoas idosas, usuários com deficiência, populações rurais e famílias de menor renda podem necessitar de apoio adicional, canais telefônicos, pontos públicos de conectividade ou mediação por equipes de saúde. A expansão das plataformas deve ser acompanhada por desenho acessível e por estratégias de alfabetização digital. Esse cuidado evita que a modernização do sistema transfira ao usuário a responsabilidade por superar barreiras estruturais que pertencem à organização dos serviços e às políticas públicas.

4 CONCLUSÃO

A pandemia de COVID-19 acelerou mudanças já presentes na agenda de informatização do SUS e contribuiu para transformar a saúde digital em componente permanente da política pública. A telessaúde passou a contar com marco legal, modalidades assistenciais definidas e integração crescente aos sistemas nacionais de informação.

Os estudos analisados apontam redução de deslocamentos, continuidade do acompanhamento, maior disponibilidade de informações e apoio ao planejamento e à vigilância. Também mostram desigualdades de conectividade e distribuição territorial das teleconsultas. A consolidação da saúde digital requer interoperabilidade, qualidade dos registros, proteção de dados, infraestrutura, capacitação e financiamento estável, além de modelos híbridos de cuidado.

Como limitações, destacam-se a heterogeneidade dos estudos, o uso de dados secundários e a rápida atualização das políticas e plataformas digitais. Pesquisas futuras devem avaliar resultados assistenciais, experiência dos usuários, custos e efeitos distributivos. Também é necessário acompanhar a integração entre atenção primária, atenção especializada e regulação, pois a efetividade da telessaúde depende da continuidade do percurso assistencial. O avanço tecnológico será coerente com os princípios do SUS quando ampliar acesso, integralidade e equidade, sem excluir usuários com menor capacidade de acesso digital.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Lei nº 14.510, de 27 de dezembro de 2022. Altera a Lei nº 8.080/1990 para autorizar e disciplinar a prática da telessaúde. Brasília, DF: Presidência da República, 2022. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2022/lei/l14510.htm. Acesso em: 9 set. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Estratégia de Saúde Digital para o Brasil 2020-2028. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategia_saude_digital_Brasil.pdf. Acesso em: 9 set. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3.232, de 1º de março de 2024. Institui o Programa SUS Digital. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt3232_04_03_2024.html. Acesso em: 9 set. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3.691, de 23 de maio de 2024. Institui a Ação Estratégica SUS Digital - Telessaúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt3691_29_05_2024.html. Acesso em: 9 set. 2026.

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

CATAPAN, Soraia de Camargo et al. Teleassistência no Sistema Único de Saúde brasileiro: onde estamos e para onde vamos? Ciência & Saúde Coletiva, v. 29, n. 7, e03302024, 2024. DOI: https://doi.org/10.1590/1413-81232024297.03302024.

CELUPPI, Ianka Cristina et al. Uma análise sobre o desenvolvimento de tecnologias digitais em saúde para o enfrentamento da COVID-19 no Brasil e no mundo. Cadernos de Saúde Pública, v. 37, n. 3, e00243220, 2021. DOI: https://doi.org/10.1590/0102-311X00243220.

FREIRE, Mariana Prado et al. Telemedicina no acesso à saúde durante a pandemia de covid-19: uma revisão de escopo. Revista de Saúde Pública, v. 57, supl. 1, 2023. DOI: https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2023057004748.

GONÇALVES, João Paulo Pereira et al. Prontuário eletrônico: uma ferramenta que pode contribuir para a integração das Redes de Atenção à Saúde. Saúde em Debate, v. 37, n. 96, p. 43-50, 2013.

NAKAYAMA, Luis Filipe et al. The digital divide in Brazil and barriers to telehealth and equal digital health care: analysis of internet access using publicly available data. Journal of Medical Internet Research, v. 25, e42483, 2023. DOI: https://doi.org/10.2196/42483.

RIBEIRO, Maria de Lourdes et al. Registro de teleconsultas por profissionais de nível superior das equipes de Saúde da Família no Brasil, 2020-2024. Ciência & Saúde Coletiva, v. 31, n. 5, 2026. DOI: https://doi.org/10.1590/1413-81232026315.00742026.

SOIBELMAN, Gustavo; FORNAZIN, Marcelo; ALBUQUERQUE, Mariana Vercesi. Saúde digital na Atenção Primária à Saúde no Brasil: experiências desenvolvidas no Sistema Único de Saúde entre 2018 e 2022. Saúde em Debate, v. 49, supl. 1, 2025. DOI: https://doi.org/10.1590/2358-28982025E110000P.

ATUAÇÃO INTEGRADA DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA, IMUNIZAÇÃO E UNIDADE DE RESPOSTA RÁPIDA FRENTE AO SARAMPO NA AP 5.1 DO RIO DE JANEIRO

JULIANA LOPES RODRIGUES JACQUES; THAMIRES ROBERTA VEROL CASCÃO DE MEDEIROS; DAYANE RODRIGUES JACQUES; RAFAELA PEREIRA DE SOUZA; KAREN DE SOUZA ABRAHÃO; ISABELA DOS SANTOS SOUZA; RAPAHEL PINTO DA COSTA

Introdução: O sarampo é uma doença imunopreveníveel de elevada transmissibilidade, cuja resposta oportuna aos casos suspeitos exige articulação entre diferentes componentes da vigilância em saúde. A integração entre Vigilância Epidemiológica, Imunização e Unidade de Resposta Rápida permite associar investigação dos casos, rastreamento e monitoramento de contatos e bloqueio vacinal, contribuindo para a interrupção de possíveis cadeias de transmissão. **Objetivo:** Relatar a atuação integrada da Vigilância Epidemiológica, Imunização e Unidade de Resposta Rápida na condução de casos suspeitos de sarampo na Área Programática 5.1 do município do Rio de Janeiro. **Relato de experiência:** Entre março e agosto de 2026, foram acompanhados 45 registros de casos suspeitos de sarampo. A Vigilância Epidemiológica realizou a investigação dos casos e a condução das amostras laboratoriais; a Imunização coordenou as ações de bloqueio vacinal; e a Unidade de Resposta Rápida atuou na identificação, rastreamento, avaliação e monitoramento dos contatos e locais de circulação. Dos registros acompanhados, três foram descartados por não atenderem aos critérios para a doença, 36 foram descartados por critério laboratorial, quatro permaneciam em investigação ao final do período analisado, um apresentou mudança sorológica na primeira coleta e um foi confirmado laboratorialmente, com IgM e IgG reagentes e PCR positivo para sarampo em amostra de swab. Foram identificados 1.028 contatos, sendo 183 domiciliares, 119 em unidades de Atenção Primária à Saúde e 726 em outros locais de circulação, incluindo escolas, creches, hospitais, locais de trabalho, cursos e espaços esportivos. O alcance do bloqueio vacinal foi de 79,8% nos domicílios, 86,6% nas unidades de Atenção Primária à Saúde e 71,2% nos demais locais. **Conclusão:** A atuação integrada possibilitou articular investigação epidemiológica, rastreamento e monitoramento de contatos e bloqueio vacinal nos diferentes cenários de exposição. A experiência evidencia a importância da integração entre Vigilância Epidemiológica, Imunização e Unidade de Resposta Rápida para qualificar a resposta oportuna aos casos suspeitos e reduzir o risco de transmissão do sarampo no território.

Palavras-chave: **IMUNIZAÇÃO; SARAMPO; VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA**

DOI: 10.51161/iv-conasus/90640

BAIXA ADESÃO À VACINAÇÃO CONTRA INFLUENZA E HOSPITALIZAÇÕES POR DOENÇAS RESPIRATÓRIAS ENTRE CRIANÇAS E IDOSOS: REPERCUSSÕES PARA O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

VANDA SANTOS DE MIRANDA; GLÁUCIA MARIA CORREIA DE MOURA; MARIA DE FÁTIMA LIMA PEREIRA; FRANCISCO ROGÉRIO GONÇALVES DA COSTA; DEOLINE OLIVEIRA BARBOSA; NILDE MARIA LOPES RODRIGUES; FRANCISCA LEONEIDE DE SOUSA DA SILVA

Introdução: A influenza constitui importante problema de saúde pública, especialmente entre crianças pequenas e idosos, grupos mais vulneráveis ao desenvolvimento de complicações respiratórias, hospitalizações e óbitos. Apesar da disponibilidade da vacinação no Sistema Único de Saúde, a adesão permanece aquém do desejável em diferentes contextos, sendo influenciada por fatores individuais, familiares, sociais e relacionados ao acesso e à organização dos serviços de saúde. **Objetivo:** Analisar, à luz da literatura científica, a baixa adesão à vacinação contra influenza entre crianças e idosos e suas repercussões sobre as hospitalizações por doenças respiratórias e para o Sistema Único de Saúde. **Método:** Trata-se de uma revisão narrativa da literatura, de abordagem qualitativa e caráter descritivo-analítico. Foram consideradas publicações científicas e documentos oficiais relacionados à vacinação contra influenza, adesão e hesitação vacinal, complicações respiratórias, hospitalizações e repercussões assistenciais, com ênfase em crianças e idosos. A análise foi organizada em eixos temáticos relacionados à cobertura e adesão vacinal, fatores associados à não vacinação, complicações e hospitalizações respiratórias e impactos para o SUS. **Resultados:** Os achados evidenciaram que a baixa adesão à vacinação contra influenza é multifatorial e envolve baixa percepção de risco, medo de eventos adversos, desinformação, dificuldades de acesso e ausência de recomendação profissional. Crianças pequenas e idosos apresentaram maior vulnerabilidade às complicações e hospitalizações associadas à influenza, enquanto a vacinação mostrou efeito protetor relevante contra formas graves e internações. A baixa vacinação pode contribuir para maior demanda por atendimentos de urgência, hospitalizações, ocupação de leitos e utilização de recursos do SUS, especialmente nos períodos de maior circulação de vírus respiratórios. **Conclusão:** A ampliação da vacinação contra influenza entre crianças e idosos constitui estratégia fundamental para reduzir complicações e hospitalizações e minimizar repercussões assistenciais para o SUS. O enfrentamento da baixa adesão requer ações contínuas de educação em saúde, busca ativa, ampliação do acesso e fortalecimento da recomendação profissional.

Palavras-chave: **VACINAÇÃO CONTRA INFLUENZA; HOSPITALIZAÇÃO; CRIANÇA E IDOSO**

DOI: 10.51161/iv-conasus/90641

UNIDADE DE RESPOSTA RÁPIDA E RESPOSTA TERRITORIAL ÀS EMERGÊNCIAS EM SAÚDE PÚBLICA NA AP 5.1 DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

JULIANA LOPES RODRIGUES JACQUES; FRANCYELSON LOBATO SENA; JULIANE RODRIGUES VIEIRA

Introdução: A resposta às emergências em saúde pública requer capacidade de detecção precoce, investigação, monitoramento e articulação oportuna no território. No município do Rio de Janeiro, as Unidades de Resposta Rápida constituem estratégia descentralizada de vigilância em saúde, atuando de forma articulada com diferentes componentes da rede na identificação e resposta a eventos relevantes. **Objetivo:** Relatar a atuação da Unidade de Resposta Rápida da Área Programática 5.1 do município do Rio de Janeiro na vigilância e resposta às emergências em saúde pública. **Relato de experiência:** Entre janeiro e agosto de 2026, a Unidade de Resposta Rápida da AP 5.1 desenvolveu ações de detecção, investigação, monitoramento e resposta a eventos de importância para a saúde pública. Foram realizadas 73 notificações ao Centro de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde do Município do Rio de Janeiro, correspondendo a 56 surtos confirmados e monitorados, sete desastres relacionados a incêndios, dois desastres hidrológicos, cinco casos de Mpox investigados, dois casos de intoxicação por metanol e um rumor investigado e posteriormente descartado. Na resposta ao sarampo, foram monitorados 1.055 contatos de casos suspeitos, envolvendo identificação, avaliação e acompanhamento dos indivíduos expostos. A diversidade dos eventos demandou respostas específicas e articulação com diferentes componentes da vigilância e serviços do território. A atuação descentralizada possibilitou acompanhar eventos de diferentes naturezas no território, qualificar sinais e rumores, monitorar populações expostas e articular ações conforme os riscos identificados. O monitoramento dos contatos de sarampo evidencia a capacidade operacional da estratégia para ampliar a vigilância sobre exposições e apoiar a resposta diante do risco de transmissão. Nos desastres e demais eventos investigados, a presença da URR no território favoreceu a avaliação das situações e a articulação da vigilância com os serviços envolvidos. **Conclusão:** A experiência demonstra que a Unidade de Resposta Rápida amplia a capacidade territorial de vigilância diante de eventos de diferentes naturezas. Mais que contabilizar notificações, sua atuação permite verificar eventos, acompanhar populações expostas e articular respostas de acordo com os riscos identificados. A descentralização aproxima a resposta das necessidades locais e fortalece a capacidade do SUS de reconhecer, monitorar e responder às emergências em saúde pública.

Palavras-chave: **EMERGÊNCIAS EM SAÚDE PÚBLICA; RESPOSTA RÁPIDA; VIGILÂNCIA EM SAÚDE**

DOI: 10.51161/iv-conasus/90642

CONSTRUINDO SABERES EM SAÚDE: HIGIENE PESSOAL DESDE A INFÂNCIA

REBECCA ESTHER D'MARA RIBEIRO DOS SANTOS; ANA CLARA NASCIMENTO GOMES; GUILHERME SILVA SANTOS; LARISSA PUNTEL FERREIRA DIAS; LAVÍNIA SARDINHA DE LIMA; LOHANA CARVALHO NUNES; RENATA SILVANA PIMENTA

Introdução: A infância é um período fundamental para a formação de hábitos de autocuidado, especialmente relacionados à higiene, que contribuem para a prevenção de doenças, tendo como orientadora Tauane Letícia Pinto **Objetivo**: Considerando que o ambiente escolar favorece o contato próximo e a disseminação de microrganismos, as ações educativas configuram-se como estratégia essencial de promoção da saúde, de forma a conduzir uma maneira de diminuir essa disseminação. **Relato de experiência**: A extensão universitária procurou propiciar engajamento dos universitários em atividades voltadas para educação e promoção da saúde da comunidade. Desse modo, a ação desenvolvida na Escola de Ensino Fundamental "Professora Márcia Aparecida Della Coletta Sillmann" teve como objetivo estimular práticas adequadas de higiene em 270 crianças de 6 a 12 anos, por meio de atividades lúdicas e participativas. Assim, sendo as intervenções realizadas na referida escola de ensino fundamental, envolveu acadêmicos de Medicina na abordagem de temas como higiene bucal, corporal e das mãos, cuidados com unhas e cabelos e prevenção de pediculose. Destacaram-se a demonstrações em modelo odontológico da correta escovação e distribuição de kits de higiene bucal e atividades didáticas como exercícios lúdicos de como fazer a higiene pessoa. Observou-se ampla adesão dos estudantes, com melhora na compreensão e execução das práticas de higiene. A ação favoreceu a aproximação entre universidade e comunidade, além de promover o desenvolvimento de competências comunicativas e educativas nos acadêmicos. **Conclusão**: Logo, a iniciativa contribuiu para a promoção de hábitos saudáveis na infância e reforçou o compromisso social da universidade na educação em saúde e promover hábitos de higiene que possam durar a vida toda.

Palavras-chave: **PROMOÇÃO DA SAÚDE; HIGIENE NA ESCOLA; PROJETO DE EXTENSÃO**

DOI: 10.51161/iv-conasus/90644

DESAFIOS PARA A IMPLEMENTAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM EM HOSPITAIS DE PEQUENO PORTE: UMA REVISÃO DA LITERATURA

BEATRIZ SOUSA DOS ANJOS; NAYARA FERREIRA SARAIVA VIANA

Introdução: O Processo de Enfermagem constitui um método fundamental para organização do cuidado, favorecendo o raciocínio clínico, a tomada de decisão e a continuidade da assistência. Apesar de sua relevância e da obrigatoriedade de sua implementação nos contextos em que ocorre o cuidado de enfermagem, sua operacionalização ainda apresenta dificuldades, especialmente em serviços com limitações estruturais e organizacionais. **Objetivo:** Analisar os principais desafios relacionados à implementação do Processo de Enfermagem em hospitais de pequeno porte. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão bibliográfica narrativa, realizada a partir de publicações científicas disponíveis em bases e fontes eletrônicas de literatura em saúde. Foram considerados estudos publicados entre 2020 e 2026, nos idiomas português, inglês e espanhol, relacionados à implementação do Processo de Enfermagem no contexto hospitalar. A análise foi direcionada à identificação de dificuldades e estratégias facilitadoras descritas na literatura. **Resultados:** Os estudos analisados evidenciaram que a implementação do Processo de Enfermagem é influenciada por fatores profissionais, organizacionais e estruturais. Entre os principais desafios destacaram-se a sobrecarga de trabalho, dimensionamento insuficiente de profissionais, escassez de tempo, déficit de conhecimento teórico-prático, dificuldades na realização dos registros, resistência às mudanças e fragilidades na liderança e no apoio institucional. Também foram identificadas limitações relacionadas à disponibilidade de instrumentos padronizados e à integração entre capacitação profissional e prática assistencial. Como estratégias facilitadoras, destacaram-se a educação permanente, o treinamento da equipe, a padronização dos instrumentos, o acompanhamento sistemático da implementação e o apoio da gestão. **Conclusão:** A implementação efetiva do Processo de Enfermagem em hospitais de pequeno porte depende da articulação entre qualificação profissional, organização do processo de trabalho e suporte institucional. O fortalecimento da educação permanente, da liderança do enfermeiro e das condições estruturais pode contribuir para a consolidação do processo, favorecendo a qualidade, a segurança e a continuidade da assistência de enfermagem.

Palavras-chave: **EDUCAÇÃO PERMANENTE; ENFERMAGEM; PROCESSO DE ENFERMAGEM**

DOI: 10.51161/iv-conasus/90648

AMPLIAÇÃO DO ESCOPO DE PRÁTICAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA A PARTIR DA RESIDÊNCIA EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE: RELATO DE EXPERIÊNCIA

LUANA CAMARGO HUMBER; ROSANA MARIA PAIVA DOS ANJOS

Introdução: A ampliação do escopo de práticas na Atenção Primária à Saúde (APS) pode aumentar a capacidade dos serviços de responder às necessidades da população e reduzir a necessidade de encaminhamentos quando o manejo é possível nesse nível de atenção. Nesse contexto, a Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade (MFC), ao articular formação e atuação nos serviços, pode favorecer o desenvolvimento de competências clínicas e procedimentais e sua incorporação à prática assistencial. **Objetivo:** Relatar iniciativas desenvolvidas no contexto de uma Residência Médica em MFC voltadas à ampliação do escopo de práticas na APS de um município do interior paulista. **Relato de experiência:** A experiência ocorreu entre março de 2023 e fevereiro de 2025, em diferentes serviços da rede municipal de saúde. A identificação de demandas assistenciais com oferta local limitada orientou iniciativas para ampliar procedimentos passíveis de realização na APS. Foi estruturada a oferta de inserção, retirada e acompanhamento de dispositivo intrauterino de cobre, inicialmente em serviço municipal de referência e, posteriormente, em unidade da Estratégia Saúde da Família. Também foi proposta a implantação de ambulatório de pequenos procedimentos cirúrgicos com utilização de recursos existentes no município. Embora o ambulatório não tenha sido institucionalizado como oferta permanente, procedimentos de baixa complexidade, incluindo exérese de cisto, cauterização de verrugas, drenagem de abscesso e biópsias, foram realizados na unidade. Competências desenvolvidas em estágios supervisionados complementares também foram incorporadas aos cenários de APS, como a realização de infiltração articular, ampliando as possibilidades de manejo no próprio serviço. As iniciativas evidenciaram diferentes possibilidades de incorporação de práticas, bem como a necessidade de condições organizacionais, recursos disponíveis e articulação entre formação, equipes e gestão para sua continuidade. **Conclusão:** A experiência evidenciou que a Residência em MFC pode contribuir para a ampliação do escopo de práticas na APS ao articular identificação de necessidades locais, desenvolvimento de competências e sua aplicação nos serviços. A transformação dessas iniciativas em ofertas permanentes, entretanto, requer que a qualificação profissional esteja associada à organização dos processos de trabalho, à disponibilidade de recursos e à pactuação com equipes e gestão, favorecendo sua sustentabilidade na APS.

Palavras-chave: **ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE; MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE; RESOLUTIVIDADE**

DOI: 10.51161/iv-conasus/90651

RACISMO ESTRUTURAL NA FORMAÇÃO DE PSICÓLOGAS(OS): O PAPEL DAS INSTITUIÇÕES DE ENSINO SUPERIOR NA PERPETUAÇÃO DA PRÁTICA RACISTA.

NINO BIONDINE DA PAZ MIRANDA; ADRIANA DA SILVA SOUSA PIRACIABA; JÚLIA SANTOS DE SANTANA; ÚRSULA DA SILVA ROCHA; VICTÓRIA COSTA MORAES DA SILVA

Introdução: O racismo, enquanto prática e ideologia social, constitui fenômeno histórico e estrutural que atravessa a sociedade brasileira, produzindo impactos sociais, culturais e no campo da saúde. Nesse contexto, a Psicologia, fundamentada cientificamente e orientada por princípios éticos, exerce papel relevante no enfrentamento das desigualdades raciais, especialmente na formação de seus profissionais. **Objetivo:** Analisar como universidades do estado do Rio de Janeiro que ofertam graduação presencial em Psicologia abordam a temática do racismo em seus componentes curriculares. **Metodologia:** Estudo qualitativo, descritivo e documental, realizado entre março e abril de 2023, a partir do sistema e-MEC e dos sites institucionais. Foram analisadas 36 (trinta e seis) IES, contemplando 31 (trinta e uma) matrizes curriculares e 9 (nove) ementas. Nas matrizes, buscaram-se os termos “social”, “antropologia”, “direitos humanos” e “comunitária”. Nas ementas, foram pesquisados “racismo”, “diversidade”, “direitos humanos”, “étnico-racial”, “políticas sociais”, “multiculturalismo”, “saúde social”, “raça” e “quilombos”. **Resultados:** Das 36 (trinta e seis) IES analisadas, 5 (cinco) não apresentaram acesso à grade curricular e à ementa; 22 (vinte e duas) apresentaram apenas a grade curricular, destacando-se disciplinas relacionadas à Psicologia Social, Psicologia Comunitária, Psicologia e Políticas Públicas e Direitos Humanos e Diversidade, presente em 4 (quatro) instituições. Em 6 (seis) instituições, foram identificadosbaixa ou nenhuma ocorrência dos descritores correspondentes. Outras 3 (três) apresentaram maior ocorrência, totalizando 16 (dezesseis) disciplinas identificadas nas ementas, sendo 7 (sete), 5 (cinco) e 4 (quatro), respectivamente, das quais 2 (duas) eram optativas. Nas grades, destacaram-se Psicologia Social, Antropologia, História Social, Saúde, Comunidade, Direitos Humanos e Cultura. Nas ementas, sobressaíram Discriminação, Preconceito, Étnico-racial, Diversidade, Direitos Humanos e Racismo. Das 31 (trinta e uma) matrizes curriculares analisadas, apenas 1 (uma) apresentou explicitamente a relação entre racismo e saúde pública. **Conclusão:** Os resultados indicam escassez de conteúdos que abordem explicitamente o racismo e sua relação com a saúde pública na formação em Psicologia, predominando descritores correlatos que apenas se aproximam da temática investigada.

Palavras-chave: **RACISMO; PSICOLOGIA; UNIVERSIDADE**

DOI: 10.51161/iv-conasus/90659

ASSOCIAÇÃO ENTRE DISTÚRBIOS DO SONO E DEPRESSÃO: UMA REVISÃO DAS EVIDÊNCIAS RECENTES

MURILO PERES DE MORAES; JOÃO PEDRO LESSA MACHADO MENDES PENA

Introdução: Os distúrbios do sono, especialmente a insônia e as alterações na duração e qualidade do sono, apresentam associação relevante com a depressão. Evidências indicam relação possivelmente bidirecional, na qual alterações do sono podem preceder manifestações depressivas, enquanto a depressão também pode comprometer o sono. **Objetivo:** Analisar as evidências disponíveis acerca da associação entre insônia e demais distúrbios do sono e a ocorrência de depressão. **Metodologia:** Foi realizada revisão bibliográfica na base PubMed, utilizando a estratégia: "(sleep[Title] OR insomnia[Title] OR chronotype[Title]) AND (depressive[Title] OR depressed[Title] OR depression[Title])". Foram aplicados filtros para estudos publicados nos últimos cinco anos, realizados em humanos e com adultos ≥19 anos. Foram identificados 1.160 registros, posteriormente submetidos à triagem por título e resumo e avaliação dos textos completos, priorizando estudos sobre a associação entre alterações do sono, especialmente insônia, e depressão. **Resultados:** Os estudos analisados demonstraram associação consistente entre alterações do sono e sintomas depressivos. Em adolescentes, a menor duração do sono esteve associada a maior afetividade negativa no dia seguinte e a mais de duas vezes maior probabilidade de ocorrência de episódio depressivo maior durante o seguimento de cinco anos. Em adultos com depressão, observou-se relação não linear entre duração do sono e bem-estar afetivo, com piora dos indicadores emocionais diante de variações superiores a duas horas em relação ao padrão habitual. A análise de randomização mendeliana identificou associações entre insônia, sono curto e cochilos diurnos e maior risco de transtorno depressivo maior, enquanto sono prolongado e apneia obstrutiva do sono não apresentaram associação causal significativa. Entre enfermeiros, a insônia destacou-se como principal sintoma de conexão entre alterações do sono e depressão. **Conclusão:** Os achados evidenciam associação consistente entre alterações do sono, especialmente insônia e sono insuficiente, e manifestações depressivas. A relação mostrou-se complexa, envolvendo alterações na duração e na variabilidade do sono e repercussões sobre o funcionamento afetivo. Esses resultados reforçam a importância da avaliação sistemática do sono na identificação e abordagem de indivíduos com risco ou sintomas de depressão.

Palavras-chave: **DISTÚRBIOS DO SONO; INSÔNIA; DEPRESSÃO**

DOI: 10.51161/iv-conasus/90662

O IMPACTO BUROCRÁTICO DO SISTEMA DE AGENDAMENTO NA SAÚDE EMOCIONAL DOS USUÁRIOS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF)

RAQUEL RINEIRO

Introdução: O presente resumo tem por intenção relatar uma experiência pessoal no contexto de estágio com duração de um ano, oferecido pela prefeitura de Marataízes/ES, na Estratégia Saúde da Família (ESF) de um dos bairros da cidade. Essa ocupação é disponibilizada com o intuito de contribuir para processo de formação de estudantes de graduação e nível técnico, não tendo, necessariamente, obrigação demandada por parte da instituição de ensino desses acadêmicos, podendo ser opcional a solicitação do estágio. **Objetivo:** Este relato tem por finalidade estimular uma discussão sobre o impacto do advento do sistema Soul MV na rede pública de saúde que burocratiza o gerenciamento de agendamento de consultas e exames. **Relato de experiência:** Diante da realidade observada dentro deste espaço, o efeito da demora prolongada no processo de liberação de exames e consultas via sistema tem gerado sofrimento emocional nos usuários que dependem exclusivamente do atendimento público, pessoas mais humildes e necessitadas, demonstravam preocupação acentuada. O sistema veio como reposta a uma necessidade de tornar as marcação de consultas mais organizadas e fluídas para atender as demandas. No entanto, a realidade tem apresentado um atraso desproporcional que, por consequência, prejudica o usuário. **Conclusão:** Este relato tem por finalidade apresentar uma experiência pontual em uma parte do país. Entretanto, é válido o levantamento de tal questão para averiguar se, talvez, outros lugares não têm passado pela mesma situação, sendo válida a abertura de discussão sobre melhorias para otimizar o sistema ou, até mesmo, sobre o que está por trás dele e que dificulta a liberação de exames e consultas, ocasionando sofrimento em um grupo com menos recursos e mais urgência de atendimentos, mas que não tem outros meios de cuidar de seu problema de saúde.

Palavras-chave: **BUROCRATIZAÇÃO; VULNERABILIDADE; SOFRIMENTO PSÍQUICO**

DOI: 10.51161/iv-conasus/90667

DEPRESSÃO PÓS-PARTO E FATORES ASSOCIADOS: REPERCUSSÕES PARA O CUIDADO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

VICTOR LUIZ GOMES DA SILVA; PEDRO LUCAS TORRES SOUZA DE ALMEIDA; PRISCILLA STEPHANIE MACEDO DUARTE; RAYSSA XAVIER PEREIRA; MHAYRA AXER OLIVEIRA E SILVA; HENIKA PRISCILA LIMA SILVA

Introdução: A saúde pública representa um dos pilares fundamentais para o bem-estar das populações, envolvendo ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde. No contexto da saúde materna, a depressão pós-parto constitui importante problema de saúde pública, podendo repercutir na saúde mental da mulher, no vínculo mãe-bebê, na dinâmica familiar e na qualidade de vida. Diante desses impactos, torna-se essencial a produção de conhecimento científico que subsidie práticas de identificação precoce e cuidado no âmbito da Atenção Primária à Saúde. **Objetivo:** Analisar, na literatura científica, os principais fatores associados à depressão pós-parto e suas implicações para o cuidado à saúde mental materna na Atenção Primária. **Metodologia:** Trata-se de revisão de literatura realizada a partir de estudos disponíveis nas bases Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), SciELO e PubMed, utilizando descritores relacionados à depressão pós-parto, período pós-parto, fatores de risco e Atenção Primária à Saúde. Foram considerados estudos que abordassem sintomas depressivos no puerpério, fatores associados e estratégias de identificação e cuidado à saúde mental materna. **Resultados:** Os estudos apontam que a depressão pós-parto apresenta caráter multifatorial, estando relacionada, principalmente, ao histórico de transtornos mentais, fragilidade ou ausência de rede de apoio, conflitos conjugais, violência, gravidez não planejada, vulnerabilidade socioeconômica, sobrecarga materna e experiências adversas durante a gestação e o parto. A literatura também evidencia que a identificação tardia dos sintomas pode ampliar as repercussões sobre a mulher e sua família. Nesse contexto, o rastreamento de sintomas depressivos e a escuta qualificada na Atenção Primária apresentam-se como estratégias relevantes para identificação de mulheres que necessitam de avaliação e acompanhamento profissional. **Conclusão:** A depressão pós-parto envolve fatores sociais, emocionais, clínicos e familiares, exigindo atenção que ultrapasse os aspectos biológicos do puerpério. O fortalecimento das ações de saúde mental na Atenção Primária, com identificação precoce, acolhimento e articulação da rede de cuidado, pode contribuir para uma assistência mais integral e humanizada às puérperas.

Palavras-chave: **ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE; DEPRESSÃO PÓS-PARTO; SAÚDE MENTAL MATERNA**

DOI: 10.51161/iv-conasus/90671

MEMÓRIA E HISTÓRIA DO COMITÊ TÉCNICO MUNICIPAL DE SAÚDE INTEGRAL DA POPULAÇÃO NEGRA DO RIO DE JANEIRO: DESAFIOS À IMPLEMENTAÇÃO DA PNSIPN

ANA PAULA PROCOPIO DA SILVA
ANYELLA BRAGANCA CRUZ
CAROLINA LIBANIO FRANCISCO DA SILVA
JULIANA LIMA ROMA
KEVELYN CRISTINA RAMOS CORREIA

RESUMO

A pesquisa em andamento tem como objetivo geral reconstituir através do acesso aos documentos institucionais, atas de reunião, relatórios de atividades e entrevistas, a trajetória do Comitê no período 2006-2026. Tem como objetivos específicos: promover reflexões críticas sobre o racismo estrutural e os efeitos institucionais da naturalização das iniquidades decorrentes, tomando como elemento central as relações raciais; indicar elementos para a leitura crítica da política de saúde integral da população negra no interior da seguridade social, no contexto dos ajustes estruturais econômicos e políticos das duas últimas décadas; identificar em termos conceituais e históricos o dado raça/cor e a sua relação com as políticas públicas no Estado brasileiro; investigar a correlação entre as ações do Comitê e os desafios na implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra-PNSIPN no município do Rio de Janeiro; contribuir na formação de recursos humanos nos níveis de graduação e pós-graduação; partilhar intercâmbios acadêmicos e profissionais com pesquisadores, ativistas, gestores, trabalhadoras/es da saúde e estudantes de diferentes especialidades. A orientação teórico-metodológica funda-se no privilégio da história e da teoria social crítica para mediante pesquisa rigorosa do movimento do real em suas múltiplas determinações e relações – na sua totalidade contraditória-, decifrar os processos sociais que moldam as relações entre o Estado e sociedade de classes no país, na tensão entre continuidade e ruptura com os elementos fundantes de nossa formação histórica. Sendo a pesquisa de caráter bibliográfico, documental e empírico ela implica: revisão da literatura brasileira especializada sobre as políticas de promoção igualdade racial e o dado raça/cor; análise documental, com privilégio de documentos dos órgãos institucionais do governo brasileiro sobre as políticas públicas, como o IPEA, das políticas de promoção da igualdade racial, como a SEPPIR, e das ações realizadas pelo Comitê e pela Secretaria Municipal de Saúde como atas e documentos oficiais; sistematização de atas e documentos oficiais produzidos pelo Comitê; investigação de dados estatísticos disponíveis sobre a implantação do dado raça/cor e a implementação da PNSIPN no Rio de Janeiro; observação participante nas reuniões mensais do Comitê e realização de entrevistas com seus integrantes e militantes dos movimentos negros.

Palavras-chave: Antirracismo no SUS; Dado raça ou cor; Racismo institucional.

DOI: 10.51161/iv-conasus/90683

1 INTRODUÇÃO

O acesso das populações negras à política pública de saúde na sociedade brasileira é estruturalmente marcado pela racialização. Assim, as condições de saúde destas populações são impactadas pelo racismo como determinante social em saúde e suas interferências nas práticas de cuidado em saúde desenvolvidas no Sistema Únicos de Saúde-SUS.

Os indicadores sociais brasileiros revelam a disparidade no acesso à bens e serviços públicos e a violência sistemática contra as populações negras desmistifica quaisquer ideias sobre a existência de uma real democracia racial no país. Em contrapartida, a crise econômica, de dimensões globais, agrava o quadro historicamente vivenciado, sobretudo, pelas populações negras, de desigualdades econômicas e sociais.

> Prevalecem, no Brasil, de maneira densa, as ideias de mestiçagem e democracia racial, em contraposição às ideias de identidade negra forjadas pelos movimentos negros, cujos projetos em disputa têm permeado as arenas de luta no campo social e político. Neste cenário, algumas conquistas dos movimentos negros são garantidas através da implantação de políticas de ações afirmativas para a população negra na educação (educação básica, ensino fundamental, médio e superior), no mercado de trabalho, na política de saúde etc., em consonância aos preceitos constitucionais e dentro dos limites jurídicos normativos do Estado de Direito. Longe da garantia de atendimento às suas necessidades mínimas, a população negra é o segmento populacional que ocupa, maciçamente, a base da pirâmide social, e sua presença no topo é quase inexistente (Almeida, 2014, p.132).

O Censo 2022 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) demonstrou uma significativa alteração na composição racial brasileira, na qual a população negra figura como maioria em relação à população branca. No referido censo os negros no Brasil corresponderam a 55, 5% (pretos – 10,2%; pardos- 45,3%;) de uma população de 203.080.756 milhões de pessoas. Contudo, o fato censitário não significa que os acessos às políticas sociais ocorram qualitativamente na mesma proporção. As populações negras continuam apresentando os níveis mais altos de pobreza associados ao menor acesso aos serviços básicos de saúde e saneamento ambiental. Portanto, problematizar em termos de equidade racial o alcance das políticas sociais universais, implica entender sua interface com a trajetória de institucionalização das políticas de promoção da igualdade racial no Brasil. É nesta direção que indagamos acerca da correlação entre as ações do Comitê no período abordado, a implantação do dado raça/cor nos sistemas de informação em saúde e a implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra no município do Rio de Janeiro. Pensar o contexto em que as relações ocorrem e os atores políticos que foram e são importantes para a consolidação da equidade no Sistema Único de Saúde.

Apesar da PNSIPN ser uma política federal com obrigatoriedade de implementação no interior das políticas e projetos de saúde, o descumprimento aos seus princípios tem sido flagrante. No caso do Rio de Janeiro, por exemplo, constatamos que o Plano Municipal de Saúde do período 2018-2021 não apresentou sequer a distribuição da população por raça/cor nos dados demográficos da cidade (o fez apenas por sexo e faixa etária). De modo análogo, nenhuma referência à PNSIPN é feita ao longo do documento.

Consideramos este fato emblemático, especialmente porque a PNSIPN é um compromisso firmado entre as gestões federal, estadual e municipal, pactuada e aprovada na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) para o combate às desigualdades no Sistema Único de Saúde (SUS). Nesta direção, em 1º de fevereiro de 2017, O Ministério da Saúde, por meio da sua Portaria n.º 344, adotou o critério da autodeclaração, ou seja, o próprio usuário define qual é sua raça/cor, com exceção de recém-nascidos, óbitos ou diante de situações em que o usuário estiver impossibilitado, cabendo aos familiares ou responsáveis a declaração de sua cor ou

pertencimento racial, devendo ser orientados quanto ao método de classificação utilizado pelo IBGE e respeitados diante de sua autodeclaração. As informações com os dados desagregados por raça/cor são relevantes para atender ao princípio da equidade do SUS, ao reconhecer as diferenças nas condições de vida e saúde, oferecendo atendimento de acordo com as necessidades das populações, o que pode contribuir na redução do impacto dos determinantes sociais de saúde aos quais estão submetidas. São os dados desagregados por raça/cor que nos permitem confirmar o racismo como determinante social em saúde em um município como o Rio de Janeiro, onde segundo os dados do Censo 2022 a população é composta por 38, 7% da população parda, 15,59% da população preta, 45,43% da população branca, 0,11% indígena e 0,17% amarela (população asiática).

O reconhecimento do racismo por parte do Estado brasileiro como determinante de desigualdade social e a necessidade de políticas públicas para sua superação está profundamente articulado aos contextos sócio-históricos e as reivindicações do movimento negro. Especialmente a partir de 2003 as estratégias de combate às desigualdades raciais passaram a figurar institucionalmente como Política Nacional de Igualdade Racial - PNPIR instituída pelo Decreto nº 4.886, de 20 de novembro de 2003, com o "objetivo principal de reduzir as desigualdades raciais no Brasil, com ênfase na população negra". Anterior à PNPIR, a criação da Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial pela Medida Provisória n° 111, de 21 de março de 2003, convertida na Lei nº 10.678, centralizou a formulação, coordenação e articulação de políticas e diretrizes para a promoção da igualdade racial. São elementos e processos históricos que justificam nosso objetivo de reconstituição da memória e história do Comitê desde a sua origem até a atualidade.

2 MATERIAL E MÉTODOS

A orientação teórico-metodológica que norteia a pesquisa funda-se no privilégio da história e da teoria social crítica. E, particularmente, nas reflexões que possam ser dela derivadas para, mediante pesquisa rigorosa do movimento do real em suas múltiplas determinações e relações – na sua totalidade contraditória-, decifrar os processos sociais que moldam as relações entre o Estado e sociedade de classes no país, na tensão entre continuidade e ruptura com os elementos fundantes de nossa formação histórica. Sendo a pesquisa de caráter bibliográfico, documental e empírico ela implica: 1.Revisão da literatura brasileira especializada recente sobre as políticas de promoção igualdade racial e o dado raça/cor no marco da política social pública no Brasil; 2.Análise documental, com privilégio de documentos dos órgãos institucionais do governo brasileiro sobre as políticas públicas, como o IPEA, das políticas de promoção da igualdade racial, como a SEPPIR, e das ações realizadas pelo Comitê e pela Secretaria Municipal de Saúde como atas e documentos oficiais; 3.Sistematização de todas as atas e documentos oficiais produzidos pelo Comitê Técnico Municipal de Saúde Integral da População Negra do Rio de Janeiro até 2026; 4.Investigação de dados estatísticos disponíveis sobre a implantação do dado raça/cor e a implementação da PNSIPN no município do Rio de Janeiro; 5. Observação participante nas reuniões mensais do Comitê Técnico Municipal de Saúde Integral da População Negra do Rio de Janeiro; 6. Realização de entrevistas com integrantes do Comitê e militantes dos movimentos negros (Projeto submetido ao Sistema CEP/CONEP- em apreciação).

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A saúde da população negra consiste em um campo epistemológico e científico que articula o conteúdo dos estudos sobre relações raciais e saúde, nos quais destacam-se três aspectos: a)o racismo que atua diretamente nas condições de vida e de saúde; b) a vulnerabilidade diferenciada da população negra à determinados agravos ou doenças e; c) o aprendizado e vivência da população negra e de sua cultura e tradições, trazem visões de mundo específicas e modos de agir que influenciam suas visões e práticas de saúde. Nesse sentido, demarca uma dimensão política, científica que é alicerçada também na tradição. Tais aspectos devem ser reconhecidos no SUS.

O SUS foi criado visando garantir o que estabelece a Constituição Federal, ou seja: saúde como um direito de todos e dever do Estado. E este deve atuar na promoção, prevenção, e assistência à saúde de todas as pessoas que estão no território nacional. Apoia-se em três princípios: a universalidade (para todas/os sem exceção), a integralidade (com todos os meios necessários e seguros) e a equidade (para cada indivíduo ou grupo de acordo com a sua necessidade ou especificidade). Outros aspectos relevantes são a participação e o controle social, que significa a obrigação e o direito da população em apresentar propostas, monitorá-las e avaliá-las nos conselhos e nas conferências de saúde. Aponta a responsabilidade dos municípios, estados e do governo federal atuarem de forma articulada para fazer cumprir o direito de saúde da população (Criola, 2010, p. 8).

A instauração de organismos de controle social e a efetiva participação da sociedade civil através dos movimentos sociais são essenciais na implementação das políticas. É nesta perspectiva que caracterizamos os Comitês de Saúde da População Negra, e não por acaso, as orientações para implementação dos Comitês estão em nível federal à cargo do Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social, da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde.

À semelhança com Conselhos de políticas e Conselhos de direitos, os Comitês de Saúde da População Negra são espaços forjados na ideia de participação popular no planejamento, execução e avaliação de políticas públicas prevista na constituição de 1988, mas que sofreu ao longo dos anos 1990 e 2000 um largo esvaziamento. Os citados Comitês Técnicos são instâncias colegiadas que tem a função de auxiliar a gestão local do SUS na implementação e monitoramento das ações da PNSIPN.

A Lei n.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990, criou os conselhos de saúde como instância colegiada do SUS, em cada esfera de governo, regulamentando o direito da sociedade de participar do controle social na saúde. Porém, alguns conselhos municipais criados por exigência legal para repasse de verbas do Fundo Nacional de Saúde, não são conduzidos pela gestão pública no sentido de garantir o direito participação da população de na gestão pública através de discussões coletivas. Este certamente é um entrave institucional à incorporação de legislações como a PNSIPN na saúde pública municipal

A orientação teórico-metodológica que A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra instituída pela Portaria GM/MS nº 992/2009 indica o reconhecimento de que no Brasil o acesso das populações negras às políticas públicas de saúde é afetado pelo racismo institucional materializado no atendimento direto realizado nas unidades de saúde. Esta Política tem como objetivo geral: *"promover a saúde integral da população negra, priorizando a redução das desigualdades étnico-raciais, o combate ao racismo e à discriminação nas instituições e serviços do SUS".* Sua implementação baseia-se na premissa do racismo como determinante social em saúde, o que torna a sua execução uma importante estratégia de promoção da equidade em saúde ao amplificar para toda a sociedade os princípios da Igualdade racial.

Os dados de acesso precário das populações negras aos serviços de saúde expressam o que o desenho das políticas públicas universais no Brasil oculta: a relação entre racismo e iniquidade. O que sobressai é uma ideia abstrata de acesso universal desvinculada do contexto

sócio-histórico e das condições objetivas em que os direitos se constituíram no país. Fica encoberto o fato de que as condições raciais modelam a ideologia do trabalho e a questão social. Em contrapartida, o país desde a promulgação da Constituição de 1988 tem demarcado um arcabouço legislativo balizado por concepções de equidade no acesso aos direitos sociais. Estes processos indicam o movimento político para colocar o respeito à diversidade no âmbito das políticas públicas. Mas, embora, a conquista formal de direitos tenha validade e significado para a luta antirracista, a superação das desigualdades raciais é uma questão política ainda a ser ampliada junto aos segmentos identificados com as lutas por uma transformação social democrática. Isso porque o racismo é uma relação social, sendo por isso um fenômeno provido de materialidade, historicidade e conteúdos de dominação econômica, política e cultural. Por isso, a sua superação transborda os vieses culturalistas para articular a dimensão da luta de classes e compreendê-lo nos processos dinâmicos de acumulação de capital e como questão a ser enfrentada politicamente no âmbito do Estado e no nível das lutas concretas dos trabalhadores (Silva, 2017).

Concordamos que, "[...], o racismo não é apenas um problema ético, uma categoria jurídica ou um dado psicológico. Racismo é uma relação social, que se estrutura política e economicamente" (Almeida, 2016, p. 23). Partindo dessa concepção, a luta antirracista demanda o enfrentamento político de identificar o Brasil como um país institucionalmente racista e, portanto, obrigado a promover políticas públicas de promoção de igualdade racial. Assim, ultrapassar paradigmas conservadores, cujo discurso centrado na igualdade de oportunidades e no mérito individual procura refutar os dados da realidade e reduzir recursos públicos para intervenções de combate às desigualdades historicamente constituídas, implica em revisão de valores e mudanças de atitudes, com base no reconhecimento da hegemonia ideológica da branquitude[1] nas sociedades colonizadas e dos privilégios materiais e imateriais dos sujeitos que a detém, mesmo aqueles que não os advogam. Pois trata-se de uma hegemonia que se sustenta paralelamente à ausência de afirmações da história e do pensamento intelectual das populações negras.

A instauração de organismos de controle social e a efetiva participação da sociedade civil através dos movimentos sociais negros são essenciais na implementação das políticas, sendo caracterizados como instâncias colegiadas que tem a função de auxiliar a gestão local do SUS na implementação e monitoramento das ações da PNSIPN e à semelhança com Conselhos de políticas e Conselhos de direitos, os Comitês de Saúde da População Negra são espaços forjados na ideia de participação popular no planejamento, execução e avaliação de políticas públicas prevista na constituição de 1988, mas que sofreu ao longo dos anos 1990 e 2000 um largo esvaziamento.

4 CONCLUSÃO

[1] Os termos branquidade e branquitude, em geral, referem-se às situações de privilégio que os indivíduos brancos detêm nas sociedades estruturadas pelas hierarquias raciais. Ruth Frankenberg (2004, p. 312-313) define o conceito de branquidade em oito pontos: 1. A branquidade é um lugar de vantagem estrutural nas sociedades estruturadas na dominação racial; 2. A branquidade é um 'ponto de vista', um lugar a partir da qual nos vemos e vemos os outros e as ordens nacionais e globais; 3. A branquidade é um *lócus* de elaboração de uma gama de práticas e identidades culturais, muitas vezes não marcadas e não denominadas, ou denominadas como nacionais ou "normativas", em vez de especificamente raciais; 4. A branquidade é comumente redenominada ou deslocada dentro das denominações étnicas ou de classe; 5. Muitas vezes, a inclusão na categoria "branca" é uma questão controvertida e, em diferentes épocas e lugares, alguns tipos de branquidade são marcadores de fronteira da própria categoria; 6. Como lugar de privilégio, a branquidade não é absoluta, mas atravessada por uma gama de outros eixos de privilégio e subordinação relativos; estes não apagam nem tornam irrelevante o privilégio racial, mas o modulam ou modificam; 7. A branquidade é produto da história e é uma categoria relacional. Como outras localizações raciais, não tem significado intrínseco, mas apenas socialmente construído. Os significados da branquidade têm camadas complexas e variam localmente e entre os locais; além disso, seus significados podem parecer simultaneamente maleáveis e inflexíveis; 8. O caráter relacional e socialmente construído da branquidade não significa que esse e outros lugares raciais sejam irreais em seus efeitos materiais e discursivos.

Em nossa pesquisa temos evidenciado o racismo como um elemento estrutural e estruturante das relações sociais o que significa pensá-lo para além das relações interpessoais diretas, mas como um fundamento das sociedades capitalistas, sobretudo a sociedade brasileira oriundas de sistema colonial escravista. Na formação sócio-histórica brasileira o racismo é um dos componentes que fundamenta as relações sociais. Nesse sentido, mesmo os direitos sociais resultantes das reinvindicações e lutas da classe trabalhadora sociedades são marcados pela naturalização das iniquidades raciais. E o antagonismo de classe acirrado nas duas últimas décadas com a crise estrutural do capital, a prevalência da lógica neoliberal e a ofensiva do pensamento conservador no Brasil e no mundo são fenômenos que aprofundam as desigualdades.

O racismo é parte estrutural de uma racionalidade instituída para ser a norma de compreensão e manutenção das relações sociais. Não se trata, portanto, de uma anomalia no interior de um sistema, e sim do modo próprio de funcionamento das sociedades ocidentais contemporâneas. Então afirmar que o racismo é estrutural significa pensá-lo como fundamento de tais sociedades, o que abrange as dimensões da economia, da política e da cultura. De outra parte, o racismo também é estruturante, então atua como elemento dinâmico que favorece, condiciona e mantém um tipo específico de racionalidade. Ou dito de outra forma, é agente expressivo que articulado a outros, como o patriarcado e o sexismo, impede a erosão das relações de exploração e das condições de opressão presentes em todas as expressões da vida social. Assume a forma de racionalidade intrínseca ao sistema político e econômico dominante e incorpora-se ao pacote de respostas do capitalismo às suas crises. Nesse sentido, o racismo contemporâneo, componente dinâmico das relações sociais tem um significado mais abrangente e eficaz de instrumento ideológico de dominação, o racismo institucional, fenômeno que perpassa todas as relações sociais, porém, não pode ser atribuído ao indivíduo isolado, pois se expressa na desconsideração sistemática dos preconceitos em relação às especificidades étnico-raciais, o que reitera a reprodução de práticas discriminatórias nas diversas instituições.

Por outro lado, em tempos de acirramento da crise econômica as iniciativas de implantação de projetos e programas antirracistas são solapadas pela justificativa de racionalização de recursos e operacionalização de planejamentos cujas prioridades desconsideram o racismo como mantenedor das desigualdades.

O funcionamento racional da sociedade capitalista é racista e sua continuidade demanda a naturalização da violência contra as populações negras e a perpetuação de assimetrias de gênero combinadas com valores morais tidos como pilares da ordem social. De modo concomitante, o pensamento conservador atinge todas as instâncias da vida e nesse sentido, a manutenção da propriedade privada, os fundamentalismos religiosos, o reforço das hierarquias tradicionais na família e a ênfase nacionalista para a cooperação com as decisões do Estado são alguns exemplos. E para a implementação de cada uma das soluções racionais da crise há correspondentes valores morais que são reforçados. Por conseguinte, a ofensiva do pensamento conservador em tempos de crise não é coincidência, mas uma necessidade estratégica de conjugar aspectos econômicos, políticos e culturais na direção mais favorável ao capital que atingem diretamente as políticas de igualdade racial que têm sido promulgadas pelo Estado no Brasil. Nestes termos, a equidade, como princípio da igualdade é uma estratégia potente contra as ordenações hegemônicas, na medida em que sua proposição está baseada na superação de condições sociais concretas de desigualdade materializadas através dos dados e índices produzidos em todas as dimensões da vida social.

DOI: 10.51161/iv-conasus/90683

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M. da S. "Desumanização da população negra: genocídio como princípio tácito do capitalismo". **Em Pauta** – Revista da Faculdade de Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, nº. 34, v. 12. p. 131- 154. Rio de Janeiro, 2014.
ALMEIDA, M. S. Saúde da população negra e equidade no Sistema Único de Saúde. In: DUARTE, M. J. de O; MONERAT, G. L. et al. (orgs.). **Política de Saúde hoje**: interfaces & desafios no trabalho de assistentes sociais. 1ed.Campinas-SP: Papel Social, 2014, v. 1, p. 271-294.

ALMEIDA, S. L. de. Apresentação. Dossiê: Marxismo e questão racial. Margem Esquerda. Revista da Boitempo, n. 27, out., p. 23-24. São Paulo: Boitempo, 2016.

BRASIL. Portaria GM992 de 13 de maio de 2009. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicações/politica_nacional_saude_integral_populacao.pdf. Acesso em 12/08/26.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 344, de 1º de fevereiro de 2017: dispõe sobre o preenchimento do quesito raça/cor nos formulários dos sistemas de informação em saúde.

FRANKENBERG, R. A miragem de uma branquidade não-marcada. In: WARE, V. (org.). **Branquidade**: identidade branca e multiculturalismo. Rio de Janeiro: Garamond, 2004.

RIO DE JANEIRO. Secretaria Municipal de Saúde. Resolução nº 1298, de 14 de setembro de 2007. Constitui o Comitê Técnico de Saúde da População Negra – CTSPN. 2007.

RIO DE JANEIRO. Conselho Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde do Rio de Janeiro 2018-2021. Disponível em: http://prefeitura.rio/documents/73801/b191c47b-2dd9-476d-8812-6e93c6f1482a. Acesso em 10/08/26.

SILVA, A. P. P. da. Racismo estrutural, crise do capital e ofensiva conservadora: desafios à luta antirracista. In: Anais do V Seminário Internacional da Faculdade de Serviço Social da Universidade Federal de Juiz de Fora: Ofensiva do capital, exploração/opressão de classe/gênero/raça/etnia, lutas sociais e Serviço Social, de 23 a 26 de outubro de 2017, em Juiz de Fora- MG, 2017.

DOI: 10.51161/iv-conasus/90683

EVOLUÇÃO DA COBERTURA VACINAL CONTRA O HPV NO BRASIL: DESIGUALDADES REGIONAIS E DESAFIOS PARA O SUS

ELEEN KELYNE OMENA PEDROSA[1]; HILLARY MAYSA BARBOSA AMORIM[1]; ISABEL GONÇALVES CRUZ[1]; JACIANA MARIA DOS SANTOS[1]; JOSÉ CASSIANO ALVES JÚNIOR[1]; MARIA LORRANE DE MELO SANTOS[1]; MARLLON JONÁSIO DE MEDEIROS LIMA[1].

[1] Discente do Curso de Medicina, Afya Faculdade de Ciências Médicas de Garanhuns.
E-mail: kelyneomena452@gmail.com

RESUMO

A vacinação contra o papilomavírus humano (HPV) constitui uma das principais estratégias de prevenção das neoplasias associadas à infecção, especialmente do câncer do colo do útero. Apesar da disponibilização gratuita do imunobiológico pelo Sistema Único de Saúde (SUS), a manutenção de coberturas vacinais insuficientes e heterogêneas permanece como desafio para o Programa Nacional de Imunizações. Este estudo teve como objetivo analisar a evolução da vacinação contra o HPV no Brasil e compreender as desigualdades regionais e os fatores associados à proteção inadequada da população-alvo. Trata-se de estudo ecológico, descritivo e de abordagem quantitativa, realizado com dados secundários de domínio público provenientes do Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI/DATASUS). Foram analisados dados referentes à vacinação de adolescentes de 9 a 14 anos, estratificados por macrorregião, sexo e dose administrada, considerando a série histórica estudada. Os resultados evidenciaram importante heterogeneidade temporal e territorial da vacinação contra o HPV, além de disparidades entre os sexos. Durante a vigência do esquema de duas doses, observou-se menor adesão à segunda dose em relação à primeira, indicando dificuldades na continuidade do esquema vacinal. No Nordeste, por exemplo, a cobertura acumulada entre 2013 e 2021 atingiu apenas 73,9% (D1) e 54,3% (D2) entre meninas, abaixo da meta de 80% do PNI. Verificaram-se também desigualdades entre as macrorregiões e redução expressiva da vacinação no período correspondente à pandemia de COVID-19, seguida de recuperação a partir de 2022, ainda insuficiente para restabelecer os patamares observados no início da estratégia de imunização. Os achados sugerem que barreiras sociais, territoriais e operacionais contribuem para a persistência das desigualdades, evidenciando que a disponibilidade do imunobiológico, isoladamente, não assegura proteção equitativa. Conclui-se que o enfrentamento dessas disparidades requer o fortalecimento de estratégias do SUS, incluindo vacinação no ambiente escolar, busca ativa e educação em saúde. A adoção do esquema de dose única em 2024 representa uma perspectiva favorável para ampliar a adesão e reduzir perdas de seguimento, embora essa mudança deva ser considerada na interpretação da evolução temporal da vacinação.

Palavras-chave: Determinantes Sociais da Saúde; Imunização; Programas de Imunização.

DOI: 10.51161/iv-conasus/90684

1 INTRODUÇÃO

O papilomavírus (HPV) é o agente etiológico que infecta a pele ou as mucosas podendo desencadear no desenvolvimento do carcinoma cervical, além de estar associado a neoplasias de vulva, vagina, ânus, pênis e orofaringe. Diante desse impacto, Organização Mundial da Saúde (OMS) estabeleceu, como pilar da estratégia global de eliminação do câncer do colo do útero, a meta de 90% de cobertura vacinal completa em meninas até os 15 anos. No Brasil, o Programa Nacional de Imunizações (PNI) adota como parâmetro nacional a meta de 80% de cobertura. Mesmo essa meta mais modesta não vem sendo alcançada: dados confirmam que a região Nordeste manteve, entre 2013 e 2021, coberturas abaixo de 80% em praticamente todas as faixas etárias recomendadas (GLEHN *et al*., 2023).

A insuficiência de cobertura vacinal contra o HPV significa deixar sem proteção justamente as adolescentes mais vulneráveis, uma vez que estudos nacionais já demonstraram que a cobertura da vacina contra o HPV é significativamente menor em áreas rurais e suburbanas do que em áreas predominantemente urbanas, refletindo condições socioeconômicas de base que atuam como barreiras estruturais de acesso (MOURA; CODEÇO; LUZ, 2021). Ignorar esse recorte social é permitir que o câncer do colo do útero continue recaindo de forma desproporcional sobre quem já enfrenta as maiores barreiras de acesso à saúde, perpetuando um ciclo em que a desigualdade social se traduz em desigualdade em saúde, reforçando as mesmas vulnerabilidades que a vacinação deveria romper. Diante disso, este estudo teve como objetivo analisar a evolução da vacinação contra o HPV no Brasil e discutir as desigualdades regionais e os fatores sociais e operacionais associados à proteção inadequada da população-alvo.

2 MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo ecológico, descritivo, de abordagem quantitativa, com dados secundários e de acesso público. As informações foram obtidas no Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI), por meio da ferramenta TabNet do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), consultada em setembro de 2026.

Foram extraídos dados referentes ao número de doses aplicadas e às coberturas vacinais contra o HPV, estratificados por macrorregião, sexo, dose administrada e faixa etária, considerando os registros disponíveis no SI-PNI/DATASUS no período de 2013 a 2024 e as alterações da população-alvo e do esquema vacinal ocorridas ao longo da série histórica. Os dados foram organizados e tabulados em planilha eletrônica, sendo calculadas as diferenças percentuais de cobertura vacinal entre as cinco macrorregiões brasileiras (Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul) ao longo do período estudado, e comparadas à meta de 80% estabelecida pelo Programa Nacional de Imunizações e à meta de 90% preconizada pela Organização Mundial da Saúde (WHO, 2020).

Complementarmente, foi realizada busca bibliográfica nas bases de dados PubMed e SciELO, com o objetivo de identificar estudos que subsidiassem a discussão dos achados à luz da literatura científica nacional e internacional sobre o tema, utilizando os descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e Medical Subject Headings (MeSH) "Papillomavirus Humano" (Human Papillomavirus), "Vacinas contra Papillomavirus" (Papillomavirus Vaccines), "Cobertura Vacinal" (Vaccination Coverage), "Programas de Imunização" (Immunization Programs), "Determinantes Sociais da Saúde" (Social Determinants of Health) e "Adolescente" (Adolescent), combinados por meio dos operadores booleanos AND e OR, priorizando-se artigos publicados em português, inglês ou espanhol, com ênfase em estudos referentes ao

contexto brasileiro e às desigualdades regionais e socioeconômicas associadas à vacinação contra o HPV.

A análise dos dados foi de natureza descritiva, com apresentação em tabelas e/ou figuras, sendo os achados discutidos à luz da literatura científica sobre os determinantes regionais e socioeconômicos da vacinação contra o HPV. Além disso, por se tratar de estudo com dados secundários, de domínio público e sem identificação dos sujeitos, dispensa-se a submissão a Comitê de Ética em Pesquisa, conforme a Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise dos dados do SI-PNI evidenciou heterogeneidade temporal e territorial da cobertura vacinal contra o HPV no Brasil, bem como as disparidades significativas entre os sexos. Observou-se que a adesão a primeira dose (D1) foi sistematicamente superior à da segunda dose (D2), evidenciando fragilidades operacionais e barreiras na conclusão do esquema vacinal. Essa discrepância dialoga com estudo de abrangência nacional sobre heterogeneidade espacial da vacinação contra o HPV, que associou a cobertura adequada da D2 a variáveis estruturais como a proporção de população urbana e acesso a saneamento domiciliar (MOURA *et al*., 2021). Esse achado sugere que a retração da D2 não decorre apenas de falhas pontuais de gestão local, mas reflete um padrão estrutural em que condições socioeconômicas de base condicionam a capacidade dos serviços de saúde de sustentar o esquema vacinal completo, e não apenas de iniciá-lo.

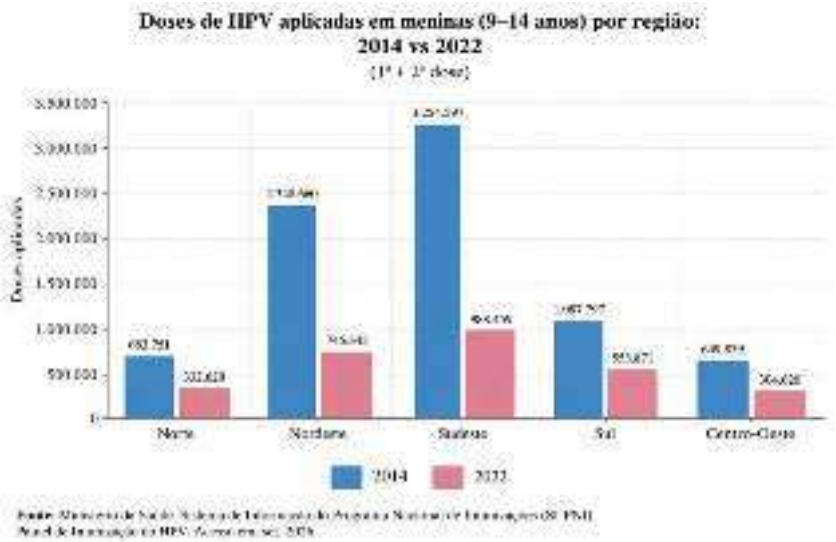
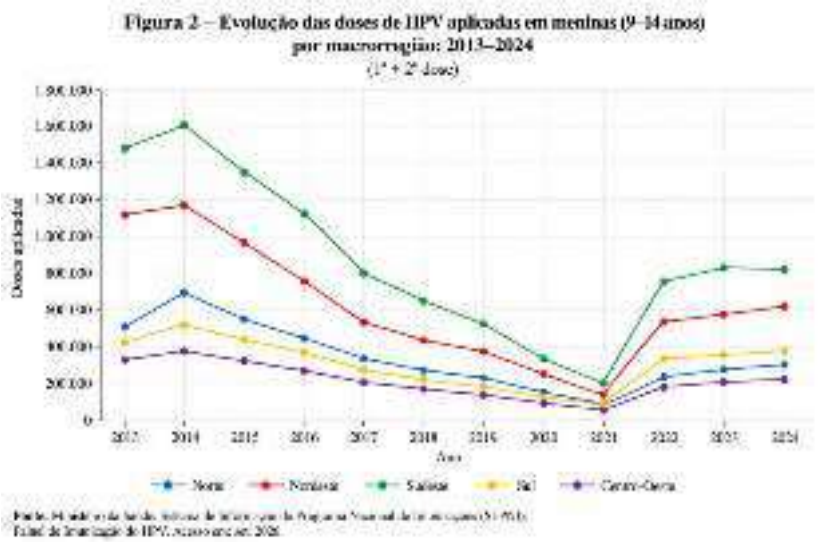


Figura 1 – Gráfico comparativo 2014 vs 2022 nas doses aplicadas por região em meninas

A Figura 1 ilustra a retração e o contraste no volume de doses aplicadas em meninas de 9 a 14 anos entre os anos de 2014 e 2022. Os dados revelam que o Sudeste e o Nordeste concentram os maiores volumes absolutos de doses administradas, em virtude do contingente populacional; contudo, quando analisadas sob a ótica percentual de cobertura, regiões como o Norte e o Nordeste historicamente enfrentam maiores óbices para atingir as metas ministeriais. Especificamente no Nordeste, entre 2013 e 2021, a cobertura acumulada atingiu 73,9% para a D1 e 54,3% para a D2 entre o público feminino, enquanto entre os meninos os percentuais caíram para 49,7% e 32,6%, respectivamente. Destaca-se, ainda, que apenas 50,6% dos municípios nordestinos alcançaram a meta de ≥80% na D1 para meninas, indicador que reduziu para 15,2% na D2. Esse contraste regional é corroborado por estudo conduzido no Distrito

Federal, que identificou desempenho vacinal superior ao da região Centro-Oeste e do país, com desigualdades persistentes por sexo e faixa etária (GOMES *et al*., 2026), sugerindo que a posição relativa de cada território no ranking de cobertura tende a se manter estável ao longo do tempo, um padrão mais compatível com determinantes estruturais do que com fatores conjunturais isolados, hipótese que estudos com desenho analítico poderiam testar de forma mais robusta. Esses achados corroboram, ainda, a literatura ao apontar que a baixa retenção do público-alvo para a segunda aplicação compromete a efetividade plena da imunização de esquemas duplos (GLEHN *et al*., 2023).



A evolução temporal detalhada na Figura 2 destaca o impacto negativo de eventos críticos sobre o Programa Nacional de Imunizações. Nota-se uma curva descendente acentuada em praticamente todas as macrorregiões ao longo dos anos, com ponto de inflexão crítico e queda abrupta em 2020 e 2021, período que coincide com a emergência da pandemia de COVID-19. As medidas de distanciamento social, a sobrecarga da Atenção Primária à Saúde (APS) e o temor da população em buscar unidades de saúde exacerbaram barreiras históricas de acesso. Embora se observe inflexão de recuperação a partir de 2022, a retomada aos patamares iniciais da introdução da vacina ainda permanece desafiadora. Cabe ressaltar que a literatura ainda debate se a insuficiência de cobertura decorre predominantemente da recusa parental (hesitação vacinal) ou de barreiras operacionais na oferta do serviço de saúde (MENDES LOBÃO *et al*., 2018); os dados aqui analisados, por si só, não permitem distinguir entre essas duas hipóteses, o que constitui uma limitação a ser explorada em estudos futuros com dados primários.

A insuficiência e a assimetria das coberturas vacinais constituem entraves graves para o controle das neoplasias associadas ao HPV no âmbito do SUS. Esse cenário multifatorial é retroalimentado por determinantes sociais de saúde, hesitação vacinal, desinformação nas mídias digitais e desarticulação das estratégias de busca ativa no território. Nesse contexto, intervenções intersetoriais — a exemplo do Programa Saúde na Escola (PSE) e de campanhas educativas direcionadas — figuram como estratégias fundamentais para resgatar a confiança da comunidade e ampliar a capilaridade da vacina. Por fim, ressalta-se que a transição normativa para o esquema de dose única, implementada pelo Ministério da Saúde em 2024, representa marco importante para mitigar as perdas de seguimento (D2); todavia, tal mudança metodológica deve ser ponderada na análise de séries históricas, uma vez que altera a comparabilidade direta com os indicadores dos anos antecedentes.

4 CONCLUSÃO

A análise evidenciou que a vacinação contra o HPV no Brasil apresenta desigualdades temporais, regionais e entre os sexos. As diferenças entre D1 e D2 demonstram dificuldades na continuidade do esquema vacinal, enquanto as disparidades entre as macrorregiões indicam a influência de barreiras sociais, territoriais e de acesso aos serviços de saúde. Observou-se ainda redução expressiva da vacinação durante o período da pandemia de COVID-19, seguida de recuperação a partir de 2022, ainda insuficiente para restabelecer os patamares observados no início da estratégia de imunização. Esses achados reforçam a necessidade de fortalecer estratégias do SUS, especialmente a vacinação nas escolas, a busca ativa e as ações de educação em saúde.

A utilização de dados secundários e agregados constitui uma limitação do estudo, pois não permite estabelecer relações causais entre os determinantes sociais e a não vacinação. Nesse sentido, a simplificação do esquema vacinal em 2024 desponta como oportunidade concreta de reverter o padrão histórico de queda entre a primeira e a segunda dose, embora seus efeitos sobre a equidade regional ainda precisem ser monitorados nos próximos ciclos de vacinação. Estudos futuros com dados individuais e desenho analítico poderão aprofundar a identificação das barreiras associadas à vacinação, contribuindo para o desenvolvimento de políticas de imunização mais equitativas contra o HPV no Brasil.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016.** Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 24 maio 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS – DATASUS. **Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI)**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: https://datasus.saude.gov.br. Acesso em: 9 set. 2026.

GLEHN, M. P. von *et al.* Cobertura da vacinação contra papilomavírus humano no Nordeste do Brasil, 2013-2021: estudo descritivo. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 32, n. 2, e2022790, 2023. DOI: 10.1590/S2237-96222023000200012.

GOMES, L. B.; OLIVEIRA, T. R. S. de; RODRIGUES, L. C. C.; SANTOS, K. A.; YUNG, G. M. N. A. Cobertura vacinal contra o HPV em adolescentes no Distrito Federal em comparação ao Centro-Oeste e Brasil (2014–2024). **Revista Ciências da Saúde Ceuma**, v. 4, n. 1, p. 1-12, 2026. DOI: 10.61695/rcs.v4i1.95.

MENDES LOBÃO, W.; DUARTE, F. G.; BURNS, J. D.; SOUZA TELES SANTOS, C. A. de; CHAGAS DE ALMEIDA, M. C.; REINGOLD, A. *et al*. Low coverage of HPV vaccination in the national immunization programme in Brazil: parental vaccine refusal or barriers in health-service based vaccine delivery? **PLoS One**, v. 13, n. 11, e0206726, 2018. DOI: 10.1371/journal.pone.0206726.

MOURA, L. de L.; CODEÇO, C. T.; LUZ, P. M. Cobertura da vacina papilomavírus humano (HPV) no Brasil: heterogeneidade espacial e entre coortes etárias. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 24, e210001, 2021. DOI: 10.1590/1980-549720210001.

SILVA, I. A. G.; SÁ, A. C. M. G. N.; PRATES, E. J. S.; MALTA, D. C.; MATOZINHOS, F. P.; SILVA, T. M. R. Vacinação contra o papilomavírus humano em escolares brasileiros:

Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar, 2019. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 30, n. spe, e3835, 2022. DOI: 10.1590/1518-8345.6296.3835.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Global strategy to accelerate the elimination of cervical cancer as a public health problem. Geneva: World Health Organization, 2020.

INSEGURANÇA ALIMENTAR NA REGIÃO SUL DO BRASIL

GABRIELE FEUSER; JAINE DA SILVA; CRISTIANE EMILIA GROSMANN

Introdução: A insegurança alimentar é caracterizada pela dificuldade de acesso regular e permanente a alimentos em quantidade e qualidade adequadas. Segundo a Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA), a insegurança alimentar pode ser classificada em três níveis: leve, moderada e grave. A forma leve envolve preocupação ou incerteza quanto ao acesso aos alimentos e comprometimento da qualidade da alimentação; a moderada caracteriza-se pela redução quantitativa de alimentos entre os adultos; e a grave envolve restrição alimentar entre os moradores, podendo ocorrer situação de fome. **Objetivo:** Descrever e comparar a situação de insegurança alimentar na Região Sul do Brasil entre os anos de 2023 e 2024. **Metodologia:** Estudo epidemiológico descritivo, realizado a partir de dados secundários da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNADC), referentes aos módulos de Segurança Alimentar de 2023 e 2024. Foram analisados os percentuais de domicílios da Região Sul segundo a classificação da EBIA, permitindo a comparação entre os dois anos. **Resultados:** Em 2023, 83,4% dos domicílios da Região Sul encontravam-se em situação de segurança alimentar, enquanto 16,6% apresentavam algum grau de insegurança alimentar. Destes, 11,8% apresentavam insegurança alimentar leve, 2,7% moderada e 2,0% grave. Em 2024, a proporção de domicílios em segurança alimentar aumentou para 86,4%, enquanto a insegurança alimentar reduziu para 13,6%, sendo 9,7% insegurança leve, 2,1% moderada e 1,7% grave. **Conclusão:** Observou-se redução na insegurança alimentar da Região Sul entre 2023 e 2024, com redução nos três níveis de insegurança alimentar. Em 2024, 86,4% dos domicílios da Região Sul encontravam-se em situação de segurança alimentar, percentual superior à proporção nacional de 75,8%.

Palavras-chave: **INSEGURANÇA ALIMENTAR; PNAD; SEGURANÇA ALIMENTAR**

DOI: 10.51161/iv-conasus/90685

DO PAPANICOLAU AO DNA-HPV: AVANÇOS NA DETECÇÃO PRECOCE DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO NO SUS

NOARA MOURA GOMES

Introdução: O câncer do colo do útero permanece como importante problema de saúde pública prevenível, com 17.010 casos novos/ano estimados de 2023–2025 e 6.627 óbitos em 2020.Está ligado à infecção persistente por HPV oncogênico (HPV-16/18). O rastreamento historicamente baseado em citologia (Papanicolau) tem limitações de cobertura e adesão; a CONITEC recomendou a incorporação do DNA-HPV como método primário em 2024, com implementação no SUS prevista para 2025.**Objetivo:** Analisar a importância da implementação do teste DNA-HPV no SUS para o rastreio do CA de colo, considerando benefícios clínicos, epidemiológicos, econômicos e sociais, com ênfase na adesão das pacientes.**Metodologia:** Revisão observacional quantitativa descritivo-analítica de literatura científica e diretrizes da OMS, CONITEC e Ministério da Saúde.**Resultados**: O rastreamento por HPV é eficaz na prevenção na prevenção da neoplasia de colo. Modelagem que fundamenta as diretrizes da OMS de 2021, aplicada a 78 países de baixa/média renda, demonstrou que o rastreamento primário por HPV a cada cinco anos pode reduzir a mortalidade por câncer cervical em 63–67%, superando estratégias baseadas em citologia ou inspeção visual com ácido acético a cada três anos. No programa PREVENTIVO, em Indaiatuba-SP, 20.551 mulheres foram rastreadas entre 2017 e 2022, com 12,8% de positividade, identificação de 258 lesões de alto grau e 29 casos de câncer, dos quais 83% estavam em estágio I. A idade média ao diagnóstico foi de 41,4 anos, cerca de 10 anos inferior à da citologia. Do ponto de vista econômico, o rastreamento por HPV mostra-se mais custo-efetivo que a citologia, enquanto o tratamento do câncer invasivo pode custar até 6.005 vezes mais que o rastreamento. A autocoleta também representa estratégia promissora para ampliar a adesão, reduzindo desconforto e constrangimento, sendo preferida por 56,6% das mulheres e podendo aumentar a captação de populações sub-rastreadas. O intervalo de cinco anos entre os testes reduz a frequência dos exames e as barreiras de acesso, favorecendo a adesão e a eficiência do programa.**Conclusão:**O DNA-HPV oferece maior sensibilidade diagnóstica, economia sistêmica relevante e maior adesão via autocoleta, devendo ser integrado à atenção primária, vacinação contra HPV e cuidado longitudinal, superando os índices de uma neoplasia possivelmente previnível.

Palavras-chave: **CÂNCER DE COLO DE ÚTERO; DNA HPV; RASTREIO**

DOI: 10.51161/iv-conasus/90686

A CONTRIBUIÇÃO DA FISIOTERAPIA NA REDUÇÃO DA MORTALIDADE MATERNA: ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO E CUIDADO NO CICLO GRAVÍDICO-PUERPERAL

ELAYNE CRISTINA OLIVEIRA NASCIMENTO DE SALES

Introdução: A mortalidade materna é um grave problema de saúde pública, caracterizada pelo óbito de uma mulher durante a gestação ou até 42 dias após o parto, quando relacionado a causas associadas ou agravadas pela gravidez. No Brasil, esse indicador ainda apresenta índices elevados, especialmente nas regiões Norte e Nordeste, mesmo diante dos avanços nas políticas de atenção à saúde da mulher. Causas obstétricas como eclâmpsia e hemorragias permanecem entre os principais fatores de risco. Nesse contexto, a fisioterapia se destaca como área essencial na promoção da saúde materna, atuando de forma preventiva e reabilitadora para reduzir complicações durante o ciclo gravídico-puerperal. **Objetivo:** Discutir a contribuição da fisioterapia na redução da mortalidade materna, enfatizando estratégias de prevenção e cuidado voltadas à saúde da mulher no período gestacional e puerperal. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão narrativa da literatura, realizada em bases nacionais e internacionais, incluindo artigos, protocolos e diretrizes publicados entre 2023 e 2026. Foram selecionados estudos que abordam práticas fisioterapêuticas aplicadas à saúde materna, com enfoque na prevenção de complicações e na promoção da qualidade de vida. **Resultados:** A análise dos estudos revelou que a fisioterapia contribui significativamente para o fortalecimento da saúde da mulher, por meio de intervenções como exercícios respiratórios, controle postural, manejo da dor e educação corporal. Essas práticas favorecem o bem-estar físico e emocional, reduzem o risco de complicações obstétricas e promovem recuperação funcional no pós-parto. **Conclusão:** A fisioterapia desempenha papel fundamental na redução da mortalidade materna, integrando-se às estratégias multiprofissionais de cuidado. Sua atuação preventiva e educativa reforça a necessidade de políticas públicas que ampliem o acesso às práticas fisioterapêuticas durante o pré-natal e o puerpério.

Palavras-chave: **FISIOTERAPIA; MORTALIDADE MATERNA; GRAVIDEZ**

DOI: 10.51161/iv-conasus/90688

RELATO DE EXPERIÊNCIA DE CAPACITAÇÃO EM AURICULOTERAPIA PARA PROFISSIONAIS DA SAÚDE DO SUS NO MUNICÍPIO DE GASPAR

ANA LUIZA SCHWANKE ZIPF; ALINE BERNARDES DE SOUZA; LUCAS ROBERTO PEREIRA CASAROTTO; MARIA EDUARDA GUISONI ELIAS; SANDRO SANDRI; ARNALDO GONÇALVES MUNHOZ JUNIOR; CAROLINE VALENTE

Introdução: A formação de profissionais habilitados para praticar a técnica de auriculoterapia no SUS auxilia na promoção da saúde e prevenção de doenças, utilizando pontos do pavilhão auricular para se obter respostas positivas no reequilíbrio do organismo. Técnica de fácil aprendizado, aplicação e baixo custo apresenta a possibilidade de um cuidado integral na Atenção Primária, atendendo aos princípios da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC). **Objetivo**: Relatar a experiência de formação em auriculoterapia desenvolvida em Gaspar/SC, nos anos de 2025 e 2026 e a aceitação da prática pela comunidade. **Relato de experiência**: As formações foram realizadas no formato presencial em parceria com o projeto de extensão de Práticas Integrativas e Complementares na Escola da FURB, com 80 horas/aula. Sendo 20 horas teóricas abrangendo conteúdos sobre fundamentos da medicina chinesa, anatomia auricular, localização de pontos, anamnese, protocolos e casos clínicos, 40 horas de prática e 20 horas de estágio, no município de Gaspar, SC, sendo dividido em três encontros no ano de 2025 e 2026 respectivamente. Nas duas formações foram qualificados 22 servidores da saúde. Em 2025 foram realizados 62 atendimentos no Centro de Convivência do Idoso (CCI) e em 2026 foram realizados 35 atendimentos na Vigilância Sanitária. Os participantes responderam um questionário no acompanhamento dos atendimentos durante o estágio. Em 2025, 85% dos profissionais ficaram muito satisfeitos e 15% satisfeitos. Entre os usuários, 100% gostaram da terapia, 87% perceberam algum efeito, 84% relataram redução da queixa e 100% demonstraram interesse em continuar. Em 2026, 100% dos profissionais ficaram muito satisfeitos. Entre os usuários, 100% dos 35 participantes gostaram da terapia e manifestaram interesse em continuar; 91,4% perceberam algum efeito e 77,1% relataram redução da queixa, com média autorreferida de 57,9%. **Conclusão**: A experiência evidencia o potencial da formação em auriculoterapia para qualificar profissionais, ampliar as PICS no SUS e fortalecer a articulação entre universidade, serviços e comunidade. Os resultados apresentados demonstram o interesse dos profissionais no aprendizado e a melhora das queixas das pessoas atendidas, podendo auxiliar na manutenção da saúde, reduzindo assim a utilização de fármacos.

Palavras-chave: **TERAPIAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES; SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE; QUALIDADE DE VIDA**

DOI: 10.51161/iv-conasus/90696

FORTALECIMENTO DO ACOLHIMENTO E DA COMUNICAÇÃO EM UNIDADE BÁSICA: RELATO DE INTERVENÇÃO FORMATIVA MULTIPROFISSIONAL

PAULO MATEUS MENDES LOPES; KARINA XAVIER DE CARVALHO; DAIANE KARINA LOURENÇO MARQUES; ANA CLARA GOMI MARQUES; LAURA PIZANI BROTTO; LETÍCIA GRAVA SILVA; MARIA EDUARDA OLIVEIRA LEMOS

RESUMO

A Atenção Primária à Saúde representa a principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde, sendo a comunicação interpessoal e o acolhimento elementos essenciais para a qualidade do cuidado e a organização dos serviços. Este estudo teve como objetivo relatar uma intervenção formativa voltada ao aprimoramento das práticas comunicacionais e relacionais da equipe multiprofissional da Unidade Básica de Saúde Itaici, localizada em Indaiatuba, São Paulo. Trata-se de um relato de experiência sobre intervenção institucional de caráter qualitativo-descritivo, desenvolvida entre setembro e novembro de 2025 por estudantes dos cursos de Medicina e Psicologia da Universidade Max Planck, sob supervisão docente continuada. O percurso metodológico ancorou-se nos referenciais da Educação Permanente em Saúde, da Psicodinâmica do Trabalho e da Comunicação Não Violenta, sendo estruturado em seis oficinas presenciais semanais com metodologias ativas, integrando momentos de acolhimento, problematização prática, discussão teórica guiada e síntese reflexiva. A adesão média foi de 13 colaboradores por encontro, com variação entre 8 e 17 participantes conforme as demandas rotineiras da assistência. A avaliação quantitativa de reação evidenciou índice global de concordância superior a 95% em todos os eixos pedagógicos avaliados, alcançando aprovação unânime de 100% nas cinco oficinas finais. Os registros qualitativos demonstraram uma evolução progressiva na dinâmica grupal: a postura inicial de cautela deu lugar a uma abertura dialogal madura, permitindo o reconhecimento de ruídos de comunicação intersetoriais, a explicitação de sobrecargas de trabalho e a pactuação conjunta de estratégias para qualificar o fluxo de acolhimento ao usuário. Conclui-se que intervenções participativas e interdisciplinares fortalecem a cooperação institucional e minimizam o desgaste nas equipes de saúde, demonstrando que o cuidado humanizado direcionado aos usuários do serviço público pressupõe, fundamentalmente, espaços protegidos de escuta e valorização dos próprios trabalhadores da saúde.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Educação Permanente; Relações Interpessoais.

1 INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) constitui a principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS), atuando na promoção da saúde, na prevenção de doenças e no acompanhamento contínuo dos usuários (BRASIL, 2013). A qualidade da assistência prestada pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS) relaciona-se diretamente à comunicação entre profissionais e usuários, à organização dos fluxos de atendimento e à construção de vínculos de confiança, uma vez que a forma como ocorre o acolhimento influencia a experiência de cuidado e o acesso da população aos serviços de saúde (SOUZA et al., 2016).

DOI: 10.51161/iv-conasus/90699

A Política Nacional de Humanização do SUS destaca a escuta qualificada, a valorização das relações interpessoais e a corresponsabilização entre profissionais e usuários como princípios fundamentais para a melhoria do cuidado (BRASIL, 2013). Nesse contexto, a Comunicação Não Violenta (CNV), proposta por Rosenberg (2006), reforça a importância da escuta empática e do respeito nas interações para a construção de ambientes de trabalho colaborativos.

Observou-se, contudo, a presença de desafios recorrentes na UBS Itaici, localizada em Indaiatuba (SP), relacionados à escuta qualificada, à clareza na transmissão de informações e a ruídos nos fluxos internos de comunicação. Diante desse cenário, foi desenvolvido um projeto de intervenção, em parceria entre os cursos de Medicina e Psicologia da Universidade Max Planck (Unimax), com o objetivo geral de promover melhorias nas práticas comunicacionais e relacionais da equipe da UBS Itaici, visando à construção de um ambiente institucional mais acolhedor, eficiente e funcional. Como objetivos específicos, buscou-se aprimorar os fluxos de comunicação interna, incentivar práticas de atendimento baseadas na escuta qualificada e na comunicação empática, e estimular a valorização das percepções dos usuários no cotidiano assistencial.

2 MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo de intervenção institucional, de caráter qualitativo-descritivo, fundamentado na modalidade de relato de experiência no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS). A intervenção foi realizada na Unidade Básica de Saúde (UBS) Itaici, serviço pertencente à rede municipal de saúde de Indaiatuba, São Paulo. As atividades foram executadas entre setembro e novembro de 2025, ao longo de onze semanas, mediante parceria acadêmico-assistencial entre estudantes do 2º ano do curso de Medicina e do 5º ano do curso de Psicologia do Centro Universitário Max Planck (Unimax), sob supervisão docente contínua de professores vinculados a ambas as áreas.

A proposta metodológica orientou-se pelas diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (EPS), da Psicodinâmica do Trabalho e da Comunicação Não Violenta (CNV), privilegiando metodologias ativas que favorecessem a reflexão crítica dos trabalhadores sobre o cotidiano assistencial. O programa pedagógico foi estruturado em um ciclo sequencial de seis oficinas formativas presenciais, com duração média de 60 minutos cada, integrando teoria e vivências práticas. Cada oficina foi executada a partir de uma matriz operacional de quatro etapas integradas:

a) Aquecimento: dinâmica disparadora de sensibilização e integração para diminuir defesas e barreiras iniciais de comunicação;

b) Dinâmica principal: aplicação de metodologias ativas com dramatizações, simulações e estudos de casos baseados nos ruídos cotidianos relatados na unidade;

c) Discussão guiada: reflexão coletiva mediada pelos facilitadores articulando conceitos teóricos à prática observada;

d) Síntese e fechamento: consolidação de aprendizados e pactuação coletiva de ferramentas comunicacionais para aplicação imediata nos serviços.

Os temas desenvolvidos contemplaram: 1. Acolhimento e Inteligência Emocional; 2. Comunicação Assertiva e Humanização; 3. Feedback entre Equipes; 4. Profissionalismo e Respeito no Ambiente de Trabalho; 5. Atendimento ao Usuário, Persuasão e Negociação; e 6. Gestão do Tempo e Organização das Rotinas de Trabalho.

A participação ocorreu de forma voluntária, sem prejuízo das rotinas assistenciais, configurando amostragem por conveniência e não probabilística. Para a apreensão qualitativa, realizaram-se observações diretas com diário de campo sobre engajamento grupal, qualidade das interações e registros de falas espontâneas. Para a avaliação quantitativa de reação, aplicou-

se, ao final de cada oficina, um instrumento estruturado composto por sete critérios: Conteúdo, Domínio do Tema, Metodologia, Carga Horária, Dinâmicas Práticas, Participação e Estrutura Geral, mensurados em escala Likert de 4 pontos (Discordo Totalmente, Discordo, Concordo e Concordo Totalmente). Os critérios investigados abarcaram:

1. Conteúdo: avaliou se o conteúdo do treinamento foi relevante para o trabalho dos colaboradores e se o nível de profundidade atendeu às expectativas;
2. Domínio do Tema: analisou se os facilitadores demonstraram segurança técnica sobre o assunto, com comunicação clara, envolvente e de fácil compreensão;
3. Metodologia: verificou se as estratégias pedagógicas, incluindo atividades práticas e exemplos do cotidiano, contribuíram significativamente para a fixação do aprendizado;
4. Carga Horária: examinou se a duração do treinamento foi adequada e se o ritmo de apresentação e discussão permitiu absorver o material de forma satisfatória;
5. Dinâmicas: mensurou se os exercícios e dinâmicas propostos foram suficientes para compreender a aplicabilidade prática do tema na rotina da unidade;
6. Participação: avaliou se o espaço estimulou uma atuação ativa e efetiva do colaborador para contribuir com as reflexões e interagir com o grupo;
7. Estrutura Geral: contemplou a adequação do material de apoio, dos recursos, da organização e do ambiente para proporcionar condições favoráveis ao aprendizado.

A análise descritiva compreendeu o cálculo de frequências percentuais relativas por critério e por tema avaliado.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Durante o ciclo de intervenção foram realizados seis encontros formativos com profissionais da equipe multiprofissional da UBS Itaici, registrando uma frequência média global de 13 colaboradores por oficina (mediana = 13,5; desvio padrão = ±3,5; intervalo = 8 a 17 participantes). A flutuação observada no engajamento numérico esteve diretamente atrelada à rotatividade das escalas e à sobrecarga pontual de atendimento nos setores da unidade básica.

Tabela 1 — Participação e índice de concordância positiva por tema da oficina

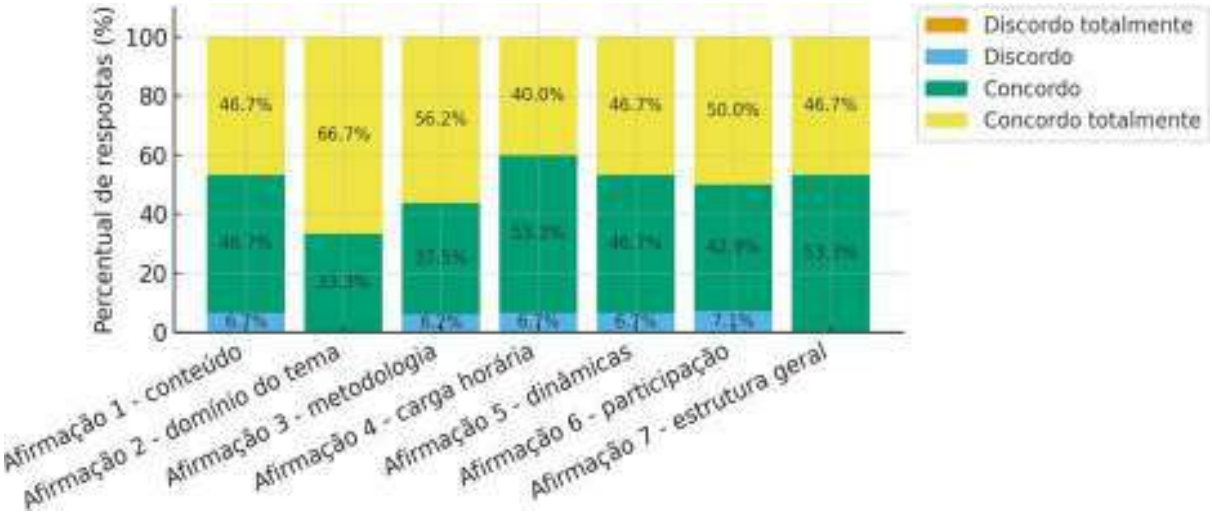
Tema	Participantes (n)	Concordância total (%)*
Comunicação Assertiva e Humanização	15	100,0%
Feedback entre Equipes	17	100,0%
Profissionalismo e Respeito	8	100,0%
Atendimento ao Usuário, Persuasão e Negociação	12	100,0%
Gestão de Tempo	10	100,0%
Acolhimento e Inteligência Emocional	16	95,2%

*Percentual de respostas "concordo" ou "concordo totalmente" no instrumento de avaliação de reação.

A avaliação quantitativa de satisfação (Tabela 1) indicou índice global de concordância superior a 95% em todos os temas analisados. Nas oficinas referentes à Comunicação Assertiva, Feedback entre Equipes, Profissionalismo e Respeito, Negociação e Atendimento, e Gestão do Tempo, registrou-se 100,0% de concordância integral (soma de "Concordo" e "Concordo Totalmente"), sem qualquer marcação de respostas nas opções de discordância.

DOI: 10.51161/iv-conasus/90699

Gráfico 1: Distribuição das respostas por afirmação – Inteligência Emocional



A única variação nas respostas concentrou-se na oficina inicial de Acolhimento e Inteligência Emocional (Gráfico 1), na qual se registrou pequeno percentual na opção "Discordo", variando entre 6,2% e 7,1% nos itens de Conteúdo (6,7%), Metodologia (6,2%), Carga Horária (6,7%), Dinâmicas (6,7%) e Participação (7,1%). Em contrapartida, os critérios Domínio do Tema e Estrutura Geral obtiveram 100,0% de aprovação. Em nenhum dos eixos avaliados durante todo o ciclo houve registro da opção "Discordo Totalmente".

A análise qualitativa longitudinal dos dados permitiu compreender essa dinâmica inicial através do modelo de desenvolvimento grupal de Bruce Tuckman (TUCKMAN, 1965). No primeiro encontro, a presença tímida de respostas discordantes e a fala contida evidenciaram o estágio de formação (forming), no qual os colaboradores adotam postura defensiva e avaliam o nível de segurança do ambiente. Com o desenvolvimento das oficinas sobre Comunicação e Feedback, o grupo transitou para o estágio de confrontação (storming), possibilitando a exteriorização de insatisfações acumuladas, ruídos de comunicação intersetoriais entre recepção e consultórios, e sentimentos de sobrecarga profissional.

A abordagem mediada permitiu alcançar a fase de normatização (norming) e desempenho (performing) nos módulos finais, nos quais os trabalhadores demonstraram maturidade relacional, autocrítica e colaboração propositiva para reestruturar os fluxos internos de acolhimento e priorização de tarefas.

Os resultados convergem substancialmente com a teoria da Psicodinâmica do Trabalho de Christophe Dejours (DEJOURS, 2011). No âmbito da Atenção Primária à Saúde, as pressões cotidianas geram sofrimento psíquico que, na ausência de canais legítimos de escuta, cristaliza-se em comportamentos reativos e fragmentação do trabalho em equipe. A criação de espaços institucionais protegidos atuou como dispositivo de ressignificação e mobilização subjetiva, convertendo tensões em cooperação técnica e fortalecimento de vínculos. Entre os impactos institucionais percebidos, destacam-se a maior consciência sobre a importância da comunicação no processo de cuidado, o reconhecimento de conflitos interpessoais previamente não verbalizados, a ampliação da empatia nas interações entre profissionais e a maior disposição para diálogo e cooperação entre setores.

4 CONCLUSÃO

A intervenção formativa na UBS Itaici alcançou os objetivos propostos ao criar espaços protegidos de diálogo e reflexão, promovendo melhorias nas práticas comunicacionais e no acolhimento institucional. A trajetória do estudo evidenciou que a equipe transitou de uma

postura inicial reservada para uma dinâmica de colaboração ativa e corresponsabilização, com índice global de satisfação superior a 95%. O percurso demonstrou que o fortalecimento das relações interpessoais e a mediação de conflitos cotidianos qualificam diretamente o ambiente de trabalho e o cuidado na Atenção Primária à Saúde.

Como principais limitações, destacam-se a amostragem por conveniência, a flutuação do número de participantes em decorrência da sobrecarga assistencial da unidade e a ausência de seguimento longitudinal para mensurar impactos clínicos diretos a longo prazo.

Como perspectivas futuras, ressalta-se a necessidade de institucionalizar momentos permanentes de escuta na rotina da unidade e replicar esse modelo formativo interdisciplinar nas demais unidades da rede de saúde, consolidando a Política Nacional de Humanização no âmbito municipal.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização (PNH): HumanizaSUS.** Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

DEJOURS, Christophe. **A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho**. 6. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

ROSENBERG, Marshall B. **Comunicação não-violenta: técnicas para aprimorar relacionamentos pessoais e profissionais.** São Paulo: Ágora, 2006.

SOUZA, Thaise Honorato de et al. **Recepção: ponto estratégico para o acesso do usuário ao Sistema Único de Saúde.** Texto & Contexto - Enfermagem, Florianópolis, v. 25, n. 3, e2470015, 2016.

TUCKMAN, Bruce W. **Developmental sequence in small groups.** Psychological Bulletin, Washington, v. 63, n. 6, p. 384–399, 1965.

EDUCAÇÃO EM DIABETES E SEGURANÇA NA INSULINOTERAPIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: SÍNTESE NARRATIVA E IMPLICAÇÕES PARA O CUIDADO

JOAQUIM ALBINO FERREIRA NETO; TANCREDO SILVA NASCIMENTO

RESUMO

A administração de insulina no domicílio exige conhecimentos e habilidades que precisam ser desenvolvidos, observados e retomados durante o acompanhamento na Atenção Primária à Saúde (APS). Este trabalho objetiva discutir criticamente como estratégias educativas podem contribuir para o manejo seguro da insulinoterapia, considerando as necessidades do usuário, a atuação multiprofissional e a organização dos serviços. Trata-se de síntese narrativa teórica elaborada a partir de um corpus de 11 referências previamente reunidas no manuscrito preliminar. Na revisão desta versão, foram conferidos títulos, autorias e identificadores das fontes; como o processo original de seleção não foi documentado, não se atribuem ao estudo busca sistemática, exaustividade ou avaliação formal do risco de viés. A análise comparou a natureza, o objeto, os achados, os limites e a aplicabilidade das fontes à APS. Os estudos apontam que orientações sobre conservação da insulina, preparo e aplicação, rodízio dos locais, descarte de perfurocortantes e reconhecimento de situações de risco precisam ser vinculadas às condições concretas de vida e verificadas ao longo do cuidado. Materiais educativos, demonstração e redemonstração, escuta qualificada e recursos digitais podem apoiar esse processo, embora as fontes analisadas não permitam estimar redução de eventos clínicos. Como contribuição interpretativa, propõe-se compreender a segurança em três dimensões interdependentes: habilidades e autonomia segura do usuário; coordenação da equipe; e condições institucionais para a continuidade do cuidado. Essa estrutura organiza a discussão, mas não constitui protocolo validado. Conclui-se que integrar educação, acompanhamento longitudinal e suporte organizacional é uma direção coerente para qualificar a insulinoterapia na APS, cuja efetividade deve ser avaliada em estudos empíricos no Sistema Único de Saúde.

Palavras-chave: Autocuidado; Equipe multiprofissional; Hipoglicemia.

1 INTRODUÇÃO

O cuidado às pessoas que utilizam insulina não termina na prescrição e na dispensação dos insumos. No domicílio, o usuário interpreta horários e doses, conserva o medicamento, prepara o dispositivo, escolhe e alterna os locais de aplicação e precisa reconhecer situações que exigem apoio. Essas tarefas combinam conhecimento, coordenação motora, condições materiais e confiança para tomar decisões cotidianas. Por isso, dúvidas aparentemente simples podem persistir mesmo após uma orientação anterior, sobretudo quando o ensino ocorre em um único encontro e sem observação da técnica realizada pela própria pessoa (Lima; Mazarakis, 2021; Soldera et al., 2022).

A APS oferece vínculo e acompanhamento longitudinal capazes de transformar a educação em parte do cuidado, em vez de restringi-la a uma explicação inicial. Essa possibilidade, contudo, depende do modo como o serviço organiza o trabalho. Problemas de

DOI: 10.51161/iv-conasus/90703

disponibilidade e fixação de profissionais, documentados em municípios rurais remotos, ajudam a compreender obstáculos à continuidade, mas não podem ser generalizados para todos os territórios nem atribuídos especificamente à insulinoterapia (Almeida et al., 2023). De modo semelhante, dificuldades na interface entre atenção primária e especializada evidenciam a importância da coordenação, embora a fonte analisada trate de contextos rurais e não exclusivamente de diabetes (Nunes et al., 2023).

As fontes reunidas abordam objetos distintos: experiências de usuários, estratégias educativas, construção de tecnologia educacional, recursos digitais, educação permanente, redes colaborativas e organização da atenção. Essa heterogeneidade amplia os ângulos de análise, mas impede tratar o conjunto como demonstração uniforme de eficácia. Estudos qualitativos ajudam a reconhecer necessidades e sentidos atribuídos ao cuidado; revisões e textos teóricos organizam possibilidades; estudos metodológicos avaliam conteúdo e apresentação de ferramentas; e análises organizacionais situam barreiras do serviço. Nenhum desses desenhos, isoladamente, comprova que uma intervenção educativa garanta a prevenção de erros ou reduza desfechos clínicos.

Diante desse limite, o objetivo deste trabalho é discutir a contribuição das estratégias de educação em diabetes para a segurança na insulinoterapia na APS, examinando o alcance das evidências e suas implicações possíveis para o cuidado no SUS. A contribuição analítica consiste em articular três dimensões interdependentes: habilidades e autonomia segura do usuário, coordenação da equipe e condições institucionais para a continuidade. Essa estrutura serve para interpretar o corpus e identificar responsabilidades compartilhadas; não corresponde a protocolo assistencial validado.

2 MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de estudo teórico de base bibliográfica, desenvolvido como síntese narrativa. O corpus corresponde às 11 referências já presentes no manuscrito preliminar, publicadas entre 2021 e 2023 e relacionadas a educação em saúde, diabetes, insulinoterapia, segurança do paciente, trabalho em equipe e organização da APS. O processo pelo qual essas fontes foram originalmente selecionadas não foi registrado. Por essa razão, o presente trabalho não é apresentado como revisão sistemática ou integrativa, não afirma cobertura exaustiva da literatura e não informa bases, descritores, períodos, números de registros ou critérios retrospectivos que não possam ser comprovados.

Durante a revisão do manuscrito, em 8 de setembro de 2026, foram realizadas consultas dirigidas por título, autoria e identificadores para conferir os metadados das referências. Essa etapa teve finalidade bibliográfica e não constituiu nova busca de seleção. A leitura analítica considerou, em cada fonte, sua natureza, o objeto abordado, o principal resultado ou argumento, as limitações reconhecíveis pelo desenho e a possibilidade de aplicação à APS. Os conteúdos foram agrupados em três eixos: desafios da educação em saúde; práticas educativas para a segurança na insulinoterapia; e atuação da equipe multiprofissional.

A síntese foi interpretativa e não utilizou instrumento formal para avaliar qualidade metodológica ou risco de viés. Também não realizou metanálise, coleta de dados primários nem estimativas próprias de efeito. As conclusões foram mantidas proporcionais ao corpus: resultados observacionais, qualitativos, metodológicos ou teóricos foram usados para compreender necessidades e orientar hipóteses de cuidado, sem convertê-los em evidência causal de redução de hipoglicemia, internações, erros ou custos.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 Desafios da educação em saúde na Atenção Primária

A revisão integrativa de Soldera et al. (2022), composta por oito estudos, reuniu estratégias de educação em saúde dirigidas a pessoas em insulinoterapia. Seu valor para esta síntese está em mostrar que o ensino pode assumir formatos diversos e precisa acompanhar as demandas práticas do tratamento. O número restrito e a heterogeneidade dos estudos incluídos, entretanto, recomendam cautela: a revisão sustenta a pertinência de estratégias educativas, mas não autoriza afirmar que elas, por si, garantam segurança ou produzam determinada magnitude de benefício clínico.

Na perspectiva dos usuários, o estudo qualitativo de Lima e Mazarakis (2021), baseado em 21 entrevistas, torna visíveis dificuldades e facilidades da insulinoterapia domiciliar. A fonte é diretamente pertinente para compreender como as orientações são recebidas e executadas, pois desloca o foco da informação fornecida pelo profissional para a experiência de quem aplica a insulina. Como investigação qualitativa e situada, seus achados aprofundam sentidos e necessidades, sem estimar frequência populacional de erros ou efetividade comparativa de intervenções.

A adaptação da comunicação à escolaridade, às condições socioeconômicas, às experiências anteriores e às possibilidades motoras e cognitivas decorre desse olhar centrado na pessoa. A associação entre educação e apoio, autoeficácia e atividades de autocuidado observada por Juarez et al. (2022) reforça a importância da confiança para o manejo. A população estudada, composta por adultos com diabetes tipo 2 cobertos pelo Alabama Medicaid, limita a transferência direta dos resultados ao SUS. Ainda assim, o estudo oferece uma hipótese útil para a APS brasileira: orientar também significa criar condições para que a pessoa compreenda, pratique e reconheça quando necessita de ajuda.

As barreiras organizacionais devem ser descritas conforme o alcance de cada fonte. Almeida et al. (2023) discutem atração e fixação da força de trabalho em municípios rurais remotos, enquanto Nunes et al. (2023) examinam a interface entre APS e atenção especializada no Semiárido. Esses capítulos sustentam preocupações com continuidade e coordenação em contextos específicos; não demonstram, isoladamente, falta de recursos educativos ou falhas de insulinoterapia em toda a rede. Sua implicação para este trabalho é indicar que a educação depende de equipes disponíveis, comunicação entre pontos de atenção e capacidade local de acompanhar o usuário.

Assim, o primeiro desafio é evitar que a responsabilidade pelo manejo seja transferida integralmente à pessoa após uma orientação pontual. A autonomia segura não equivale a realizar tudo sem apoio. Ela envolve compreensão, participação nas decisões, oportunidade de praticar e acesso à equipe quando surgem dúvidas ou mudanças no tratamento. Para a APS, isso sugere reservar momentos sucessivos de ensino e verificação, ajustados ao percurso de cada usuário, sem presumir domínio técnico pela simples existência de prescrição anterior.

3.2 Práticas educativas para a segurança na insulinoterapia

Os conteúdos práticos discutidos no corpus incluem conservação da insulina, manuseio de seringas ou canetas, preparo e aplicação, rodízio dos locais de injeção, descarte de perfurocortantes e reconhecimento de alterações que demandem apoio. A síntese de Soldera et al. (2022) e as experiências relatadas por Lima e Mazarakis (2021) permitem tratar esses temas como componentes recorrentes do ensino. As fontes não oferecem, contudo, uma sequência universal capaz de substituir avaliação clínica, recomendações oficiais atualizadas ou adaptação às características do dispositivo e da pessoa.

A demonstração seguida de redemonstração pode aproximar a explicação da execução cotidiana: o profissional mostra o procedimento, a pessoa o realiza e ambos identificam dúvidas

concretas. No corpus, essa prática é compreendida como desdobramento das estratégias educativas descritas, e não como intervenção comparada em ensaio clínico. Sua utilidade plausível está em tornar observáveis etapas que permanecem ocultas quando a consulta se limita a perguntar se o usuário entendeu. Na APS, a técnica pode ser retomada após início ou mudança da terapia, diante de dificuldades relatadas e em avaliações periódicas, conforme a necessidade individual.

Miranda, Reis e Oliveira (2023) descrevem a construção e a validação de uma ferramenta educativa sobre insulinoterapia para adultos com diabetes. O estudo sustenta o uso de critérios de conteúdo e apresentação na elaboração de materiais, oferecendo base mais específica do que a simples produção de folhetos. A validação da ferramenta não deve ser confundida com demonstração de efetividade clínica: o artigo não permite concluir que seu uso reduza hipoglicemias, erros de aplicação ou internações. A implicação adequada é empregar materiais como apoio à conversa e à prática, acompanhando compreensão e uso no contexto real.

No campo digital, Lemos et al. (2023) analisaram aplicativos em língua portuguesa e identificaram limites nas funcionalidades orientadas à mudança de comportamento. A disponibilidade de um aplicativo, portanto, não assegura acessibilidade, qualidade do conteúdo, engajamento ou integração ao plano terapêutico. Diferenças de acesso à internet, letramento digital e necessidades visuais ou cognitivas podem ampliar desigualdades. Recursos digitais podem complementar lembretes e informações, desde que a equipe avalie sua adequação e mantenha canais não digitais para quem deles necessita.

A padronização de informações essenciais entre profissionais deve coexistir com a personalização do ensino. Mensagens contraditórias fragilizam o cuidado, enquanto roteiros rígidos podem ignorar barreiras concretas. A segurança do paciente, discutida em perspectiva ampla por Luedy e Peixoto (2021), fornece um horizonte institucional, mas sua aplicação à insulinoterapia neste texto é indireta. A síntese indica que uma prática educativa consistente combina conteúdo tecnicamente coerente, linguagem compreensível, observação de habilidades e registro das dificuldades para acompanhamento; essa combinação permanece uma proposição interpretativa a ser avaliada.

3.3 A atuação da equipe multiprofissional no manejo

A educação em diabetes atravessa diferentes núcleos profissionais. Médicos, enfermeiros, farmacêuticos, nutricionistas e outros trabalhadores podem abordar componentes clínicos, alimentares, técnicos e psicossociais do tratamento. A contribuição de Freitas et al. (2022), publicada em anais de evento, aproxima educação permanente, cuidado e autocuidado na APS. Por se tratar de fonte com menor detalhamento metodológico do que um artigo completo, ela deve ser interpretada como apoio à discussão e não como demonstração conclusiva de um modelo multiprofissional superior.

A colaboração exige mais do que a soma de consultas. Informações essenciais sobre o plano terapêutico, dificuldades observadas e acordos educativos precisam circular entre os profissionais, respeitando atribuições e continuidade. Quando cada encontro reinicia a orientação ou transmite mensagens incompatíveis, o usuário passa a mediar sozinho as divergências do serviço. O desafio consiste em construir um plano de aprendizagem compartilhado, com registro do que foi ensinado, do que a pessoa conseguiu demonstrar e do que necessita ser retomado.

A educação permanente pode apoiar essa coordenação ao criar espaço para análise de problemas do processo de trabalho. Castro e Pinto (2021) relacionam educação permanente e segurança do paciente, enquanto Gonçalves e Zanoni (2021) discutem sua função na ativação de redes colaborativas. Essas fontes são predominantemente conceituais e organizacionais; por

isso, sustentam a necessidade de reflexão coletiva, mas não quantificam efeitos específicos sobre a insulinoterapia. Para a APS, sua contribuição está em orientar discussão de casos, alinhamento de mensagens e revisão de práticas diante de incidentes ou dificuldades recorrentes.

A interface com a atenção especializada também precisa preservar a continuidade educativa. Nunes et al. (2023) mostram desafios de coordenação em municípios rurais remotos, contexto que limita generalizações, mas evidencia o risco de planos desconectados. Mudanças de dose, dispositivo ou conduta devem chegar à equipe que acompanha a pessoa no território, e dúvidas identificadas na APS precisam encontrar um fluxo de apoio. A coordenação não elimina a responsabilidade do usuário; ela evita que essa responsabilidade seja exercida sem informação coerente e suporte acessível.

Da comparação entre as fontes emerge uma estrutura em três dimensões. A primeira reúne habilidades, compreensão, confiança e autonomia segura do usuário. A segunda abrange coordenação, comunicação e responsabilidades compartilhadas da equipe. A terceira envolve tempo, recursos, continuidade profissional, articulação da rede e educação permanente. Uma fragilidade em qualquer dimensão pode limitar as demais: materiais adequados têm pouco alcance sem acompanhamento; profissionais capacitados enfrentam barreiras sem condições organizacionais; e serviços estruturados não produzem cuidado seguro se o ensino não dialogar com a vida da pessoa. Essa estrutura sintetiza o corpus e explicita a contribuição do trabalho, sem pretensão de protocolo validado.

4 CONCLUSÃO

As fontes analisadas sustentam que a educação em diabetes é componente relevante do acompanhamento da insulinoterapia na APS, especialmente quando vincula orientações às dificuldades concretas do domicílio e permite observar e retomar habilidades. O corpus apoia o uso contextualizado de materiais educativos, demonstração e redemonstração, escuta qualificada, recursos digitais acessíveis e educação permanente. Entretanto, sua heterogeneidade, a ausência de seleção bibliográfica documentada e a predominância de desenhos não destinados a estimar efeito impedem afirmar garantia de segurança ou redução de eventos clínicos.

A principal contribuição desta síntese é organizar as implicações para o cuidado em três dimensões interdependentes: autonomia segura do usuário, coordenação da equipe e condições institucionais para a continuidade. Essa leitura orienta perguntas práticas para a APS — o que a pessoa compreendeu e consegue realizar, como a equipe mantém mensagens coerentes e quais condições o serviço oferece para acompanhar —, mas não substitui protocolo assistencial nem recomendações clínicas atualizadas. Estudos empíricos no SUS devem avaliar a viabilidade, a aceitabilidade e os efeitos dessas estratégias sobre habilidades, incidentes e desfechos relevantes para as pessoas em insulinoterapia.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Patty Fidelis de; FRANCO, Cassiano Mendes; PEREIRA, Aline Gonçalves; GIOVANELLA, Ligia. Força de trabalho em saúde em municípios rurais remotos: desafios e estratégias para atração e fixação de profissionais na Atenção Primária à Saúde. Atenção primária à saúde em municípios rurais remotos no Brasil, 2023. DOI: https://doi.org/10.7476/9786557082140.0014.

CASTRO, Janete Lima de; PINTO, Isabela Cardoso de Matos. A contribuição da educação permanente em saúde para a segurança do paciente. In: QUALIDADE no cuidado e segurança

do paciente: educação, pesquisa e gestão. Brasília, DF: Conass, 2021. p. 22-33. DOI: https://doi.org/10.29327/561057.1-1.
FREITAS, Neires Alves de; ALBUQUERQUE, José Henrique Moreira; OLIVEIRA, Karine da Silva; PESSOA, Catarina de Vasconcelos. Educação permanente em saúde, cuidado e autocuidado de usuários com diabetes mellitus na atenção primária à saúde. Anais do I Congresso Brasileiro de Pesquisa e Educação em Saúde On-line, 2022. DOI: https://doi.org/10.51161/conpeds/12266.
GONÇALVES, Crhistinne Cavalheiro Maymone; ZANONI, Deisy Adania. SIG Segurança do Paciente, a Educação Permanente em Saúde como Ferramenta na Ativação de Redes Colaborativas. Qualidade no Cuidado e Segurança do Paciente: Educação, Pesquisa e Gestão, 2021. DOI: https://doi.org/10.29327/561057.1-27.
JUAREZ, Lucía D.; PRESLEY, Caroline A.; HOWELL, Carrie R.; AGNE, April A.; CHERRINGTON, Andrea L. The mediating role of self-efficacy in the association between diabetes education and support and self-care management. Health Education & Behavior, v. 49, n. 4, p. 689-696, 2022. Disponível em: https://eric.ed.gov/?id=EJ1347542. Acesso em: 8 set. 2026.
LEMOS, Bruna Oliveira; GEBRIM, Tatiane de Fátima de Oliveira; ABREU, Maria Cristina Ferreira de; DULLIUS, Jane; GINANI, Verônica Cortez. Aplicativos como ferramenta de educação em saúde para portadores de diabetes mellitus: o que está disponível na língua portuguesa? Saúde e Sociedade, v. 32, supl. 1, e220930pt, 2023. DOI: https://doi.org/10.1590/S0104-12902023220930pt.
LIMA, Fernanda Leal Correia Pereira; MAZARAKIS, Leila Pitangueira Guedes. Educação em Saúde para insulinoterapia em domicílio na ótica do usuário. Research, Society and Development, 2021. DOI: https://doi.org/10.33448/rsd-v10i1.11936.
LUEDY, Almerinda; PEIXOTO, Vera. Segurança do paciente: uma questão de saúde pública. In: QUALIDADE no cuidado e segurança do paciente: educação, pesquisa e gestão. Brasília, DF: Conass, 2021. p. 122-135. DOI: https://doi.org/10.29327/561057.1-8.
MIRANDA, Luiz Henrique Diniz; REIS, Janice Sepúlveda; OLIVEIRA, Suelen Rosa de. Construção e validação de ferramenta educativa sobre insulinoterapia para adultos com diabetes mellitus. Ciência & Saúde Coletiva, v. 28, n. 5, p. 1513-1524, 2023. DOI: https://doi.org/10.1590/1413-81232023285.09502022.
NUNES, Fabiely Gomes da Silva; SANTOS, Adriano Maia dos; SOUSA, Jéssica de Oliveira; CERQUEIRA, Raisa Santos; CARNEIRO, Ângela Oliveira. Interface entre Atenção Primária à Saúde e Atenção Especializada: desafios para produção do cuidado em municípios rurais remotos no Semiárido. Atenção primária à saúde em municípios rurais remotos no Brasil, 2023. DOI: https://doi.org/10.7476/9786557082140.0012.
SOLDERA, Andrezza Gabrielly dos Santos; RODRIGUES, Jackelina de Lima; TESTON, Elen Ferraz; MAZZO, Alessandra; ALMEIDA, Rodrigo Guimarães dos Santos. Estratégias de educação em saúde a pacientes com diabetes mellitus em insulinoterapia: revisão integrativa. Ciência, Cuidado e Saúde, v. 21, e58574, 2022. DOI: https://doi.org/10.4025/ciencuidsaude.v21i0.58574.

A TRANSIÇÃO MENOPAUSAL COMO JANELA DE OPORTUNIDADE PARA A PREVENÇÃO CARDIOVASCULAR: POSSIBILIDADES PARA A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO SUS

BÁRBARA DUTRA DA SILVA LUZ; CLEBER LUIZ FERREIRA FILHO

RESUMO

A transição menopausal constitui um período de importantes alterações hormonais, metabólicas e cardiovasculares. A redução dos níveis de estradiol pode favorecer mudanças no perfil lipídico, na composição corporal, na função vascular e na pressão arterial. Neste sentido, este estudo teve como objetivo discutir a transição menopausal como janela de oportunidade para a prevenção e avaliação do risco cardiovascular no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), identificando desafios e possibilidades de intervenção na Atenção Primária à Saúde (APS). Trata-se de uma revisão narrativa da literatura, de caráter descritivo e reflexivo, com busca em bases de dados com pesquisas dos últimos cinco anos, além de diretrizes nacionais e dados oficiais do Ministério da Saúde. Os resultados evidenciaram que, apesar do potencial da APS para ações preventivas, a abordagem do climatério ainda se concentra predominantemente nos sintomas ginecológicos, com limitada integração da avaliação do risco cardiovascular. Entre os principais desafios identificados estão a ausência de fluxos assistenciais estruturados, de campos específicos nos sistemas de informação e de protocolos direcionados ao rastreamento cardiovascular durante o período de transição para a menopausa. O estudo destaca a importância da avaliação individualizada de fatores de risco cardiovasculares clássicos e obstétricos, além da educação em saúde e do trabalho multiprofissional. Também são discutidas possibilidades de aprimoramento da estratificação de risco por meio de biomarcadores e de tecnologias digitais de apoio à decisão clínica. Conclui-se que a integração entre rastreamento clínico-laboratorial e ações educativas, incorporada aos momentos de contato já existentes entre a mulher e a equipe de APS, pode transformar a transição menopausal em uma oportunidade concreta de prevenção cardiovascular, mesmo diante da ausência de fluxos formalmente estruturados para essa finalidade.

Palavras-chave: menopausa; doenças cardiovasculares; Atenção Primária à Saúde.

1 INTRODUÇÃO

A menopausa constitui um importante marco biológico no curso de vida das mulheres e é definida retrospectivamente pela ocorrência de 12 meses consecutivos de amenorreia, decorrente da cessação da atividade folicular ovariana e da consequente redução da produção de hormônios sexuais, especialmente o estradiol (Lourenço et al., 2026). Mais do que um evento isolado, a transição menopausal representa um período de importantes mudanças hormonais, metabólicas e cardiovasculares, que pode constituir uma oportunidade estratégica

DOI: 10.51161/iv-conasus/90704

para a identificação precoce de fatores de risco e para o fortalecimento de ações de promoção da saúde e prevenção de doenças cardiovasculares.

A redução dos níveis de estradiol durante a transição menopausal está associada a alterações na função vascular, incluindo redução de mecanismos relacionados à vasodilatação, além de modificações no metabolismo lipídico e na composição corporal. Nesse período, podem ocorrer elevação do colesterol de lipoproteína de baixa densidade (LDL-c) e dos triglicerídeos, redução relativa de fatores cardioprotetores e maior concentração de tecido adiposo na região abdominal (Oliveira et al., 2024).

Segundo dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM/DATASUS), 22.932 mulheres entre 40 e 59 anos morreram por doenças do aparelho circulatório no Brasil em 2024 (Brasil, 2026). Embora essa faixa etária não corresponda integralmente à transição menopausal, os dados evidenciam a importância de estratégias de prevenção cardiovascular direcionadas às mulheres durante o período de transição para a menopausa e nos anos subsequentes.

Nesse contexto, a Atenção Primária à Saúde (APS) ocupa posição privilegiada para a identificação e o manejo precoce dos fatores de risco cardiovascular, considerando sua longitudinalidade, proximidade com os territórios e capacidade de acompanhar as mulheres ao longo do curso de vida. Consultas ginecológicas, de medicina de família e comunidade e demais contatos com os serviços de saúde podem constituir oportunidades para avaliação da pressão arterial, perfil lipídico e glicêmico, estado nutricional, hábitos de vida e outros determinantes relacionados ao risco cardiovascular.

Essa abordagem, no entanto, deve ultrapassar a identificação dos fatores de risco tradicionais e incorporar aspectos psicossociais e socioeconômicos, bem como antecedentes obstétricos frequentemente negligenciados na estratificação de risco. Mulheres com histórico de hipertensão gestacional, pré-eclâmpsia ou eclâmpsia, por exemplo, apresentam maior risco cardiovascular ao longo da vida e podem se beneficiar de acompanhamento sistemático da pressão arterial e de outras estratégias de prevenção (Timóteo et al., 2023).

Entre os fatores de risco modificáveis que se intensificam nesse período, hipertensão arterial e dislipidemia configuram duas faces de uma mesma transição cardiometabólica. No pós-menopausa, as alterações vasculares associadas ao envelhecimento e ao hipoestrogenismo contribuem para o aumento da rigidez arterial e para modificações hemodinâmicas que favorecem a hipertensão arterial, particularmente a sistólica, acompanhadas de maior frequência de alterações estruturais e funcionais cardíacas, incluindo hipertrofia ventricular esquerda e disfunção diastólica. Paralelamente, o aumento do LDL-c e dos triglicerídeos reforça a necessidade de avaliação sistemática do risco cardiovascular e de estratégias terapêuticas baseadas na estratificação de risco, considerando dislipidemia, história familiar de doença cardiovascular precoce e evidências de aterosclerose subclínica, sempre orientadas pelas diretrizes vigentes, de modo a evitar tanto o subtratamento quanto a medicalização desnecessária (Rached, 2025).

Apesar da relevância desse período para a saúde cardiovascular, a transição menopausal ainda pode ser abordada predominantemente sob a perspectiva dos sintomas climatéricos e da saúde ginecológica, com menor integração das ações de prevenção cardiovascular. Na perspectiva da APS, portanto, a menopausa pode ser compreendida não apenas como um evento fisiológico, mas como uma oportunidade para ampliar a abordagem integral da saúde da mulher, fortalecer a estratificação de risco e implementar intervenções precoces e factíveis no âmbito do SUS.

Diante desse cenário, o presente estudo tem como objetivo discutir a transição menopausal como uma janela de oportunidade estratégica para a prevenção e a avaliação do risco cardiovascular no contexto da Atenção Primária à Saúde do Sistema Único de Saúde (SUS).

2 MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo de revisão narrativa da literatura, de caráter descritivo e reflexivo. A busca bibliográfica foi realizada nas bases de dados SciELO, PubMed e nos repositórios de diretrizes das principais sociedades médicas nacionais (Sociedade Brasileira de Cardiologia — SBC; Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia — FEBRASGO; Sociedade Brasileira de Climatério e Menopausa — SOBRAC), além de dados oficiais do Ministério da Saúde e do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Foram utilizados os seguintes descritores, em português e inglês, combinados por meio dos operadores booleanos AND e OR: "menopausa", "climatério", "doenças cardiovasculares", "atenção primária à saúde", "prevenção", em correspondência com "menopause", "climacteric", "cardiovascular disease", "primary health care", "prevention".

Foram incluídos estudos originais, revisões, diretrizes e documentos oficiais que abordassem a relação entre transição menopausal, risco cardiovascular e atenção primária à saúde, publicados entre 2019 e 2026.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

No contexto do envelhecimento populacional e do aumento da expectativa de vida feminina, a Atenção Primária à Saúde assume papel central como primeiro contato e porta de entrada preferencial no Sistema Único de Saúde, constituindo espaço privilegiado para o acolhimento, a escuta qualificada, a promoção da saúde, a prevenção de agravos e o manejo clínico longitudinal, com continuidade do cuidado e coordenação que considerem a singularidade de cada pessoa em um contexto multiprofissional (Brasil, 2026).

Observa-se, na prática clínica da Atenção Primária, que as mulheres na transição menopausal geralmente não relacionam espontaneamente os sintomas do climatério, como ondas de calor, alterações de humor e ganho de peso, a um possível aumento do risco cardiovascular, relatando apenas os sintomas climatéricos em si durante a consulta. Assim, a oportunidade de prevenção cardiovascular na menopausa permanece subutilizada não apenas pela ausência de rastreamento estruturado nos serviços de saúde, mas também pelo desconhecimento da própria população quanto a essa associação, o que mostra a necessidade de ações educativas que aproximem esse tema da vivência sintomática já reconhecida pelas mulheres nesse período.

Entre os fatores de risco modificáveis nesse período, destacam-se o sedentarismo e o tabagismo, cujos impactos extrapolam o âmbito cardiovascular. O sedentarismo na pós-menopausa leva a pior condicionamento físico e menor controle dos fatores de risco cardiovascular, além de maior incidência de fraturas e de mortalidade. O tabagismo, por sua vez, aumenta o risco de menopausa precoce e a probabilidade de doença cardiovascular, acidente vascular cerebral, osteoporose, diabetes mellitus e mortalidade por todas as causas (Oliveira, 2024). Nesse sentido, recomenda-se o incentivo a iniciativas comunitárias, como corridas de rua e aulas gratuitas de dança em espaços públicos, associadas a campanhas de conscientização sobre a importância da atividade física para o condicionamento das mulheres nessa fase da vida.

O estudo desenvolvido por Pereira e colaboradores (2026) realizado com 15 profissionais de duas equipes de Estratégia Saúde da Família, identificou que, embora as equipes demonstrem conhecimento técnico sobre o climatério e conduzam adequadamente as queixas apresentadas espontaneamente pelas usuárias, não existe fluxo assistencial estruturado nem agenda específica voltada a essa população. Os autores descrevem que o acesso das mulheres climatéricas à unidade ocorre majoritariamente por demanda espontânea, associada a sintomas isolados como fogachos, irregularidade menstrual e alterações de humor, sem que haja uma linha de cuidado que integre a avaliação de riscos mais amplos relacionados a essa transição hormonal. Outro desafio apontado pelos profissionais

entrevistados é a baixa procura espontânea das mulheres pelo serviço fora de campanhas como o Outubro Rosa, somada à inexistência de política pública específica de acompanhamento no climatério.

Observa-se, assim, que o climatério representa uma janela de oportunidade subaproveitada pela Atenção Primária à Saúde, na medida em que a ausência de um fluxo estruturado impede que a ESF converta o contato já estabelecido com essas usuárias em estratégia efetiva de prevenção cardiovascular.

Quanto à conduta da equipe de profissionais da APS, recomendam-se estratégias como a discussão de casos de mulheres em transição menopausal e pós-menopausa durante as reuniões multiprofissionais, favorecendo a construção coletiva das condutas e o compartilhamento de conhecimentos entre médicos, enfermeiros, farmacêuticos, nutricionistas, psicólogos e demais profissionais da APS. É fundamental, ainda, estimular a atualização profissional contínua por meio de capacitações relacionadas ao manejo da transição menopausal e da pós-menopausa. O cuidado deve contemplar a elaboração de um Plano de Cuidado Personalizado, construído conforme as necessidades de cada mulher e revisado periodicamente. Nos casos identificados como prioritários, recomenda-se a elaboração de um Plano Terapêutico Singular (PTS), com definição de estratégias e acompanhamento compartilhado pelos profissionais envolvidos, além da avaliação individualizada dos fatores de risco cardiovascular (Brasil, 2026).

Quanto à propedêutica, no âmbito do SUS, a avaliação do risco cardiovascular na APS pode incluir a solicitação de exames laboratoriais para investigação de fatores de risco, como hiperglicemia e hipercolesterolemia, além da realização de eletrocardiograma (ECG) quando clinicamente indicado. Na presença de alterações ou de maior risco cardiovascular, a mulher pode ser encaminhada para avaliação especializada de um cardiologista, o qual pode solicitar exames complementares, como a Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial (MAPA).

Em estudo publicado por Ridker e colaboradores (2024), que acompanhou 27.939 mulheres americanas inicialmente saudáveis por 30 anos, observou-se que uma única avaliação combinada da proteína C-reativa ultrassensível (PCR-us), do colesterol LDL (LDL-c) e da lipoproteína(a) [Lp(a)] foi capaz de predizer a ocorrência de eventos cardiovasculares incidentes durante o seguimento. Esses achados sugerem que a incorporação desses biomarcadores poderia complementar os modelos tradicionais de estratificação de risco cardiovascular, especialmente na identificação de mulheres com risco aumentado ao longo da vida. Cabe ressaltar, no entanto, que a disponibilidade desses biomarcadores na rede pública brasileira ainda é limitada, o que reforça a necessidade de estudos de custo-efetividade antes de sua incorporação sistemática aos protocolos do SUS. Ainda assim, seria pertinente considerar sua disponibilização conforme critérios clínicos e protocolos assistenciais específicos, como estratégia complementar para o aprimoramento da prevenção cardiovascular na transição menopausal e na pós-menopausa.

Como estratégia complementar para reduzir desigualdades no acesso ao conhecimento especializado e fortalecer a capacidade da APS para o cuidado integral às mulheres na transição menopausal, destaca-se a iniciativa desenvolvida por Cruz (2024), que elaborou e validou o aplicativo móvel MenoAps como ferramenta de apoio aos profissionais da Atenção Primária no manejo do climatério e da menopausa. A tecnologia disponibiliza conteúdos científicos, escalas de avaliação, calculadoras de risco e informações voltadas à tomada de decisão clínica, ampliando a resolutividade dos profissionais diante das demandas relacionadas a esse período da vida da mulher. Sua avaliação por profissionais atuantes na APS demonstrou elevada satisfação e boa usabilidade, evidenciando o potencial das tecnologias digitais como instrumentos de qualificação do cuidado. Destaca-se, ainda, sua possível contribuição para comunidades geograficamente distantes e regiões com menor disponibilidade de profissionais especializados, nas quais o acesso a informações atualizadas e

a ferramentas de apoio à decisão pode favorecer a identificação precoce de fatores de risco e a adoção de condutas mais oportunas.

4 CONCLUSÃO

A transição menopausal configura uma janela de oportunidade estratégica, porém subaproveitada, para a prevenção cardiovascular no âmbito da Atenção Primária à Saúde. Os resultados discutidos evidenciam que essa oportunidade permanece limitada não pela ausência de contato entre as mulheres e os serviços de saúde, mas pela falta de fluxos estruturados, de campos específicos nos sistemas de informação e de sensibilização das equipes e das próprias usuárias quanto à associação entre climatério e o risco cardiovascular.

Uma estratégia viável para reverter esse cenário é a combinação de rastreamento clínico-laboratorial oportunista com ações de educação em saúde, incorporadas aos momentos de contato já previstos no fluxo assistencial da Estratégia Saúde da Família, como consultas de rotina e visitas domiciliares. Essa abordagem tem a vantagem de dispensar a criação de novos fluxos assistenciais, apoiando-se na estrutura já existente da APS, ao mesmo tempo em que amplia a percepção de risco entre as mulheres e fortalece a adesão ao cuidado preventivo. Como perspectivas futuras, sugere-se o desenvolvimento de estudos que avaliem a viabilidade e o custo-efetividade da incorporação de biomarcadores cardiovasculares aos protocolos do SUS, a criação de campos específicos de rastreamento cardiovascular no e-SUS APS, e a validação de tecnologias digitais de apoio à decisão, como o aplicativo MenoAps, em fluxos assistenciais formais da Estratégia Saúde da Família. Espera-se, com isso, transformar a transição menopausal em um momento efetivo de cuidado integral e prevenção cardiovascular para as mulheres atendidas pelo SUS.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **DATASUS**. Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). Óbitos por Capítulo CID-10, sexo feminino, faixa etária 40-59 anos, Brasil, 2024. Disponível em: tabnet.datasus.gov.br. Consulta realizada em 24 ago. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Gestão do Cuidado Integral. Coordenação-Geral de Saúde das Mulheres. **Manual de atenção às mulheres na transição menopausal e menopausa.** 1. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2026.

CRUZ, I. C. E. S. **Menoaps: aplicativo de manejo para climatério e menopausa para profissionais da atenção primária.** 2024. Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Ciências Médicas, Pós-graduação em Telemedicina e Telessaúde.

LOURENÇO, S. V.; FLOREZI, G. P.; PELISSARI, C.; HOJAIJ, F. C.; OTOCH, J. P.; RAMIRES, J. A. F. The Silent Shift of Menopause: The Intersection between Salivary Glands, Oral Cavity Status, and Cardiovascular Health. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 123, p. e20250737, 2026.

OLIVEIRA, G. M. M.; ALMEIDA, M. C. C. de; ARCELUS, C. M. A.; NETO ESPÍNDOLA, L.; RIVERA, M. A. M.; SILVA-FILHO, A. L.; WENDER, M. C. O. Diretriz brasileira sobre a saúde cardiovascular no climatério e na menopausa – 2024. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 121, n. 7, p. e20240478, 2024.

PEREIRA, I. M.; SANTOS, E. O.; CRUZ, V.D.s; MORAES, C. L. Entre desafios e

possibilidades: cuidado às mulheres no climatério na estratégia saúde da família. **Revista Científica de Enfermagem (Recien)**, São Paulo, v. 16, n. 44, p. 310-322, 2026. DOI: https://doi.org/10.24276/rrecien2026.16.44029.

RACHED, F. H. et al. **Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose** – 2025. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, v. 122, n. 9, e20250640, 2025. DOI: https://doi.org/10.36660/abc.20250640.

RIDKER, P. M.; MOORTHY, M. Vinayaga; COOK, Nancy R.; RIFAI, N.; LEE, I-Min; BURING, J. E. Inflammation, cholesterol, lipoprotein (a), and 30-year cardiovascular outcomes in women. **New England Journal of Medicine**, v. 391, n. 22, p. 2087-2097, 2024.

TIMÓTEO, A. T.; RIBEIRAS, R.; CALÉ, R.; MOURA, B.; ALMEIDA, A. G.; GAVINA, C.; CABRAL, S.; ANTÓNIO, N.; FRANCO, F.; MOREIRA, R. I.; GERALDES, F.; MACHADO, A. P.; PALMA, F.; SILVA, V. P.; GONÇALVES, L. Saúde cardiovascular da mulher – Documento de Consenso da Sociedade Portuguesa de Cardiologia, Sociedade Portuguesa de Ginecologia, Sociedade Portuguesa de Obstetrícia e Medicina Materno-Fetal, Sociedade Portuguesa de Contracepção e Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar. **Revista Portuguesa de Cardiologia**, v. 42, n. 12, p. 1001-1015, 2023.

CONSULTA DE ENFERMAGEM AO USUÁRIO DA PROFILAXIA PRÉ EXPOSIÇÃO (PREP):

BRUNA PEREIRA BARROS; FABIANA BARBOSA ASSUMPÇÃO DE SOUZA; JESSICA MELLO DA SILVA; IANE BANDEIRA

Introdução: A PrEP é uma das tecnologias preventivas da infecção pelo HIV que consiste no uso cotidiano da combinação de antirretrovirais , antecedendo as práticas sexuais, com alto grau de proteção nas relações anais, quando utilizada corretamente . Para que a PrEP seja efetiva é fundamental que o usuário possua boa adesão ao esquema terapêutico. Nesse contexto, a equipe de enfermagem desempenha um papel importante contribuindo na orientação e o acompanhamento dos usuários, além de favorecer a adesão por meio de ações de educação em saúde, acompanhamento clínico e um atendimento acolhedor e humanizado. **Objetivo**: Identificar os assuntos que os usuários da PrEP consideravam importantes para serem abordados durante as consultas de enfermagem. **Metodologia**: Trata-se de um estudo do tipo descritivo-exploratório com abordagem qualitativa. Esse estudo é parte de uma dissertação de mestrado intitulada "O PERFIL SOCIOECONÔMICO DOS USÚARIOS DA PROFILAXIA PRÉ-EXPOSIÇÃO (PrEP) DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO RIO DE JANEIRO". A partir de uma entrevista semi-estruturada aplicada no ambulatório de Imunologia durante a sala de espera e/ou consultas de enfermagem, analisou-se as falas dos pacientes em relação ao que consideravam temáticas relevantes e dúvidas frequentes relacionadas ao uso da PREP. **Resultados:** As falas dos usuários foram resultados da pergunta “Quais assuntos você acha importante serem abordados nas consultas?”. Foram categorizadas em três eixos temáticos: dimensão biológica, dimensão comportamental-social e mecanismos estruturais e crenças. Os principais assuntos, segundo as categorias foram: outras infecções sexualmente transmissíveis, uso de preservativos, adesão medicamentosa, interação medicamentosa com drogas interativas, saúde mental; prevenção combinada, uso de preservativo; E machismo, identidade de gênero, estigma social, adoção e modelos de relacionamentos. **Conclusão**: Notou-se a necessidade de um cuidado pautado na integralidade desses indivíduos, onde o enfermeiro atua por meio de estratégias como educação em saúde, acolhimento humanizado e escuta ativa, sendo necessário na redução do como estigma, preconceito e desinformação, além de aumentar a autonomia desses usuários.

Palavras-chave: **PROFILAXIA PRE EXPOSIÇÃO; PREVENÇÃO COMBINADA; CONSULTA DE ENFERMAGEM**

ACOLHIMENTO E TECNOLOGIAS LEVES NA FISIOTERAPIA DOMICILIAR DO SUS: MANEJO DA FRAGILIDADE E PREVENÇÃO DE QUEDAS EM UMA IDOSA

ALINE NAZARÉ CARVALHO DE ALMEIDA

Introdução: O aumento expressivo da longevidade impõe à Atenção Primária à Saúde (APS) no Sistema Único de Saúde (SUS) o desafio contínuo de gerenciar a fragilidade física e mitigar o risco de acidentes e fraturas evitáveis no ambiente doméstico. Idosos com multimorbidades neurológicas e sensoriais demandam intervenções contextuais que integrem os determinantes domiciliares e o suporte ao cuidador familiar, cenário no qual a fisioterapia na APS atua como eixo preventivo e reabilitador essencial. **Objetivo:** Evidenciar o valor da intervenção fisioterapêutica domiciliar para a redução do risco de quedas, a promoção da segurança e da autonomia funcional e o fortalecimento do cuidado longitudinal à pessoa idosa. **Relato de caso:** Trata-se do acompanhamento fisioterapêutico domiciliar a uma mulher de 93 anos com sequela motora de acidente vascular cerebral (AVC), neuropatia periférica diabética e baixa visão, residente com a filha cuidadora. A usuária acumulava 20 quedas no último ano, sendo duas no mês anterior ao início do plano terapêutico. Diante da sobrecarga do cuidador e do medo de quedas, a conduta integrou acolhimento familiar e estratégias de baixo custo: Aplicação de marcadores fluorescentes em pontos estratégicos para guiar diagonais de Kabat e favorecer a descarga de peso no membro inferior (MI) parético; Transposição de cones adaptados para estímulo da tríplice flexão de MI; Fortalecimento de quadríceps e abdutores de quadril; Reeducação da marcha com andador; Reorganização da ingesta hídrica noturna e registro diário de intercorrências em diário físico. Após 8 atendimentos registrou-se ausência de episódios de queda com impacto ao solo evidenciando que tecnologias leves e recursos de baixo custo produzem impacto clínico direto no território. **Conclusão:** O acolhimento centrado na família somado à criatividade técnica no domicílio fortalece a resolutividade e a longitudinalidade do SUS, demonstrando que estratégias fisioterapêuticas simples são eficazes na redução do risco de quedas e na recuperação da segurança motora em idosos longevos.

Palavras-chave: **ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE; ASSISTÊNCIA DOMICILIAR; IDOSO CAIDOR**

DOI: 10.51161/iv-conasus/90728

ENTRE TER E USAR: TECNOLOGIA ASSISTIVA E OCUPAÇÕES NO COTIDIANO

KARLA ADRIANE SANTOS DIAS OLIVEIRA

Introdução: Recursos de Tecnologia Assistiva podem integrar diferentes atividades e ocupações cotidianas, mas sua presença na vida diária não se explica apenas pela disponibilidade ou funcionalidade do dispositivo. A literatura aponta relações complexas entre demandas ocupacionais, características pessoais, contextos de vida, atributos da tecnologia e condições de provisão e acompanhamento. **Objetivo:** Analisar como a literatura descreve as relações estabelecidas entre recursos de Tecnologia Assistiva e as ocupações no cotidiano, considerando diferentes trajetórias de uso e não uso. **Metodologia:** Revisão narrativa da literatura, desenvolvida mediante busca de publicações nacionais e internacionais sobre Tecnologia Assistiva, cotidiano, desempenho ocupacional, provisão e trajetórias de uso e não uso. Foram priorizados estudos que abordassem experiências dos usuários e relações entre pessoa, ocupação, contexto, recurso e processo de provisão, excluindo-se trabalhos exclusivamente voltados ao desenvolvimento técnico de dispositivos. As evidências foram comparadas quanto a convergências, divergências e limites interpretativos e, a partir dessa análise, organizadas em categorias temáticas. **Resultados:** A síntese evidenciou dimensões inter-relacionadas referentes às demandas ocupacionais e ao significado atribuído ao recurso; às características, expectativas e escolhas da pessoa; aos contextos físicos, sociais e relacionais; aos atributos da tecnologia e às condições de avaliação, indicação, treinamento, manutenção e acompanhamento. Adequação funcional, disponibilidade ou satisfação com o dispositivo, isoladamente, mostraram-se insuficientes para explicar sua relação com as ocupações cotidianas. A literatura também descreveu trajetórias distintas, incluindo uso continuado, parcial ou situacional, não uso e descontinuidade, com inconsistências terminológicas na caracterização desses desfechos. **Conclusão:** A relação entre Tecnologia Assistiva e ocupações no cotidiano mostrou-se dinâmica, situada e não necessariamente linear. Sua compreensão requer considerar conjuntamente pessoa, ocupação, contexto, tecnologia e processo de provisão, evitando reduzir os desfechos à dicotomia entre uso e abandono ou interpretar o não uso, isoladamente, como indicador de inadequação ou insucesso.

Palavras-chave: **ATIVIDADES COTIDIANAS; TECNOLOGIA ASSISTIVA; USO E NÃO USO**

DOI: 10.51161/iv-conasus/90733

IMPACTO DA TELESSAÚDE NA AMPLIAÇÃO DO ACESSO À ATENÇÃO ESPECIALIZADA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

MURILO PERES DE MORAES; JOÃO PEDRO LESSA MACHADO MENDES PENA

Introdução: A telessaúde consolidou-se como estratégia relevante para ampliar o acesso à atenção especializada no Sistema Único de Saúde (SUS), reduzindo filas de espera e fortalecendo a resolutividade da atenção primária. Desde o Programa Nacional de Telessaúde (2007), redefinido como Telessaúde Brasil Redes, e sua regulamentação ampliada em 2022, diversas iniciativas de teleconsulta e tele-expertise entre provedores foram desenvolvidas no país. Persistem, contudo, disparidades regionais e barreiras relacionadas à infraestrutura, capacitação profissional e sustentabilidade dos fluxos de trabalho. **Objetivo:** Analisar o impacto da telessaúde na ampliação do acesso à atenção especializada no SUS. **Metodologia:** Estudo de revisão narrativa de artigos científicos sobre iniciativas de telessaúde no SUS, contemplando serviços de teleconsulta, eConsult e tele-expertise entre provedores. Foram avaliados desfechos relacionados à redução de filas, resolutividade na atenção primária, encaminhamentos evitados e infraestrutura tecnológica em Unidades Básicas de Saúde, com síntese descritiva dos principais achados. **Resultados:** A disponibilidade de computadores nas Unidades Básicas de Saúde aumentou de 69,3% para 91,5% e o acesso à internet suficiente, de 38,8% para 66,3% entre ciclos do PMAQ-AB, com melhores estruturas no Sul, Sudeste e Centro-Oeste. O eConsult de Santa Catarina realizou 223.734 consultas assíncronas (2015–2022), mantendo acima de 30% de manejo resolvido na atenção primária e satisfação superior a 90%. O projeto UBS+Digital, em 15 unidades sem médico presencial, realizou 6.312 teleatendimentos, resolvendo 85% dos casos, com Net Promoter Score de 97. Nos serviços de tele-expertise em cardiologia no Rio de Janeiro, o modelo via WhatsApp teve maior adesão (31%) e resposta mediana de 19 minutos, focado em eletrocardiogramas, enquanto o modelo em plataforma web teve menor adesão (5%), resposta mais lenta (2,2 dias) e foco em manejo clínico. **Conclusão:** A telessaúde ampliou o acesso à atenção especializada no SUS, favorecendo a resolutividade da atenção primária e otimizando o tempo de resposta especializada. Persistem disparidades regionais e desafios de sustentabilidade, reforçando a necessidade de políticas públicas que ampliem e padronizem essas iniciativas.

Palavras-chave: **ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE; SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE; TELESSAÚDE**

DOI: 10.51161/iv-conasus/90748

RELAÇÃO BIDIRECIONAL ENTRE TRANSTORNOS DE ANSIEDADE E TRANSTORNOS POR USO DE ÁLCOOL EM ADULTOS: ESTUDO LONGITUDINAL DE BASE POPULACIONAL

JOÃO PEDRO LESSA MACHADO MENDES PENA; MURILO PERES DE MORAES

Introdução: Transtornos de ansiedade e transtornos por uso de álcool ocorrem frequentemente juntos, gerando incapacidade funcional, menor qualidade de vida e custos em saúde. A relação temporal entre ambos ainda é pouco esclarecida. **Objetivo:** Avaliar a associação prospectiva bidirecional entre transtornos de ansiedade e por uso de álcool em intervalos de 3 e 6 anos, considerando a presença e o primeiro episódio de cada condição. **Metodologia:** Estudo de coorte longitudinal com 6.646 adultos (18–64 anos) do *Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study 2* (NEMESIS-2), acompanhados no *baseline* e aos 3, 6 e 9 anos. Os diagnósticos (critérios DSM-IV) foram avaliados pelo *Composite International Diagnostic Interview* 3.0. Foram incluídos: transtorno do pânico, agorafobia, fobia social e ansiedade generalizada, além de abuso e dependência de álcool. Modelos de regressão logística multinível autorregressivos analisaram a associação bidirecional, ajustados por variáveis sociodemográficas, tabagismo e fatores clínicos. **Resultados:** Após 3 anos e com ajuste completo, o transtorno por uso de álcool associou-se à presença posterior (OR = 1,65; IC95%: 1,11–2,43) e ao primeiro episódio de transtorno de ansiedade (OR = 2,03; IC95%: 1,17–3,51). No sentido oposto, a ansiedade associou-se à presença (OR = 1,84; IC95%: 1,23–2,76) e ao primeiro episódio de uso de álcool (OR = 1,99; IC95%: 1,17–3,39) após ajuste sociodemográfico, perdendo significância com ajustes adicionais. Contudo, em análises de sensibilidade, manteve-se significativa para presença (OR = 1,66; p = 0,02) e primeiro episódio de uso de álcool (OR = 1,89; p = 0,02). Os intervalos de 6 anos não melhoraram os modelos significativamente. **Conclusão:** Há relação bidirecional diretamente proporcional entre as condições. O transtorno por uso de álcool associa-se ao surgimento e à presença posterior de ansiedade, enquanto a relação inversa é atenuada por ajustes para tabagismo e fatores clínicos.

Palavras-chave: **ÁLCOOL; ANSIEDADE; PSICOPATOLOGIAS**

DOI: 10.51161/iv-conasus/90755

AÇÃO INTEGRADA DE COMBATE A DOENÇA DE CHAGAS NOS MUNICÍPIOS DO ARQUIPÉLAGO DO MARAJÓ, PARÁ.

IANE RAQUEL BARATA GUIMARAÃES; KELLEN RAYANNE MATOS VERISSIMO, AMANDA FERNANDES PEREIRA

RESUMO

Introdução: A Doença de Chagas (DC) configura-se como um grave e persistente problema de saúde pública na Amazônia, com elevada endemicidade no Arquipélago do Marajó. A transmissão no território é marcada por especificidades ecoepidemiológicas, destacando-se a via oral associada ao consumo de açaí sem manejo sanitário adequado, agravada por barreiras geográficas e vulnerabilidades socioambientais. **Objetivo:** Descrever a experiência de uma ação intersetorial e multiprofissional de prevenção, vigilância e controle da DC, realizada pelo 7º Centro Regional de Saúde do Pará em quatro municípios da Região de Integração Marajó I (Afuá, Muaná, Ponta de Pedras e São Sebastião de Boa Vista) no ano de 2024. **Metodologia:** Trata-se de um relato de experiência estruturado em dois eixos centrais: Educação em Saúde e Educação na Saúde. O primeiro eixo atuou em 12 escolas municipais com estratégias pedagógicas adaptadas por faixa etária (apresentações lúdicas, microscopia, mostruários entomológicos e materiais informativos) para alunos e pais. O segundo eixo direcionou-se à qualificação profissional: a Vigilância Sanitária realizou capacitações teóricas e fiscalizações orientativas para batedores artesanais de açaí de acordo com o Decreto Estadual – Pará nº 326/2012, que estabelece requisitos higiênico-sanitários para a manipulação artesanal de açaí e bacaba; a Entomologia instruiu Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e Agentes de Combate às Endemias (ACE) para coleta de vetores e manejo dos Postos de Informação de Triatomíneos (PIT); e as coordenações de Atenção Primária à Saúde (APS) e de Doenças Crônicas promoveram rodas de conversa com médicos, enfermeiros e gestores sobre diagnóstico precoce, notificação compulsória e tratamento. **Resultados**: A intervenção alcançou mais de 745 participantes na comunidade escolar em 12 instituições; capacitou 90 batedores artesanais de açaí; e treinou 240 ACS e ACE em vigilância vetorial. Ademais, fortaleceu a articulação de médicos, enfermeiros e fiscais sanitários para a padronização dos fluxos municipais de atendimento e notificação. **Conclusão:** A integração entre educação, vigilância e atenção primária superou a fragmentação das ações de saúde, promovendo segurança alimentar, vigilância territorial e engajamento comunitário. A metodologia mostrou-se viável, sustentável e reprodutível para outros contextos amazônicos, constituindo estratégia eficaz no combate à Doença de Chagas.

Palavras-chave: Doença de Chagas; Saúde Pública; Vigilância em Saúde; Educação em Saúde; Amazônia.

DOI: 10.51161/iv-conasus/90759

1 INTRODUÇÃO

O 7º Centro Regional de Saúde (7º CRS), unidade administrativa integrante da estrutura da Secretaria de Estado de Saúde Pública do Pará (SESPA), atua na gestão e no suporte técnico-operacional da Região de Integração Marajó I. A abrangência territorial do 7º CRS engloba nove municípios marajoaras: Afuá, Cachoeira do Arari, Chaves, Muaná, Ponta de Pedras, Salvaterra, Santa Cruz do Arari, São Sebastião de Boa Vista e Soure (PARÁ, 2021).

No contexto epidemiológico regional, o Arquipélago do Marajó consolida-se como uma das áreas de maior endemismo para a Doença de Chagas na Região Amazônica, configurando-se como um complexo e persistente problema de saúde pública (CARNEIRO; VARGAS; PALÁCIOS, 2025). A enfermidade é uma infecção antropozoonótica provocada pelo protozoário flagelado *Trypanosoma cruzi* (BRASIL, 2020).

A transmissão do parasita na Amazônia apresenta peculiaridades ecoepidemiológicas significativas, ocorrendo por meio de três vias principais, a Via Oral: Ingestão de alimentos contaminados por fezes ou fragmentos do inseto vetor (conhecido popularmente como "barbeiro"), modalidade associada a surtos agudos decorrentes do consumo de frutos regionais in natura, como o açaí (PINTO et al., 2008); Via Vetorial: Deposição de fezes contaminadas do triatomíneo sobre a pele ou mucosas durante ou após o repasto sanguíneo; Via Vertical: Transmissão congênita da mãe infectada para o feto durante a gestação ou no momento do parto (BRASIL, 2020; COURA; DIAS, 2009).

A alta endemicidade da Doença de Chagas no Arquipélago do Marajó é agravada pelas dinâmicas socioambientais locais, como o extrativismo, os hábitos alimentares regionais e as barreiras geográficas de acesso aos serviços de saúde, características do ecossistema ribeirinho (COURA; VIÑAS; JUNQUEIRA, 2002). Tais fatores aumentam a vulnerabilidade das populações marajoaras e demandam intervenções governamentais contínuas, articuladas e territorializadas.

Nesse cenário, a execução de ações integradas de combate à Doença de Chagas mediadas pelo 7º CRS justifica-se pela urgência em mitigar os impactos da enfermidade na população local. A atuação coordenada entre a gestão regional e os municípios é indispensável para promover a redução da incidência de novos casos e prevenir o agravamento crônico das formas clínicas da doença.

Adicionalmente, a iniciativa fundamenta-se na necessidade de fortalecer a Atenção Primária à Saúde (APS) por meio do diagnóstico precoce e da busca ativa. A contribuição técnica na elaboração e padronização dos protocolos municipais de tratamento garante a uniformização das condutas terapêuticas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), assegurando o fluxo adequado do paciente desde o diagnóstico inicial até o acompanhamento especializado. Dessa forma, a ação promove a sustentabilidade do controle epidemiológico e a promoção da saúde nos territórios do Marajó I.

Portanto, o objetivo desse estudo foi relatar a experiência de desenvolver e implementar ações integradas de prevenção, vigilância e controle da Doença de Chagas na Região de Integração Marajó I, visando à redução da incidência da enfermidade, ao fortalecimento do diagnóstico precoce e ao provimento de suporte técnico aos municípios de abrangência do 7º CRS para a elaboração de seus respectivos protocolos municipais de tratamento e promoção da saúde.

2 RELATO DE CASOS

No ano de 2024, o 7º Centro Regional de Saúde do Estado do Pará promoveu uma ação intersetorial e multiprofissional direcionada à prevenção, diagnóstico e controle da Doença de Chagas (DC). A intervenção abrangeu quatro municípios da Região de Integração Marajó I:

DOI: 10.51161/iv-conasus/90759

Afuá, Muaná, Ponta de Pedras e São Sebastião de Boa Vista, tendo em vista que os mesmo estavam na lista de prioridade da implementação da ação, pois estavam entre os municípios do Marajó I que apresentavam maior incidência da doença no ano de 2023. A iniciativa articulou equipes das coordenações regionais e municipais do Programa Saúde na Escola (PSE), Vigilância Sanitária (VISA), Entomologia, Coordenação de Doença de Chagas e Atenção Primária à Saúde (APS). O objetivo central foi promover a educação em saúde e na saúde, com o intuído de conscientizar a população quando a prevenção de doença de chagas, assim como capacitar manipuladores de açaí e profissionais da saúde quanto a prevenção e tratamento desta enfermidade.

As intervenções foram estruturadas em dois eixos metodológicos principais: Educação em Saúde (comunidade e escolas) e Educação na Saúde (capacitação técnica de trabalhadores e profissionais).

- Educação em Saúde

Para a realização de educação em saúde, contamos com a equipe do Programa Saúde na Escola, Vigilância Sanitária e Entomologia regional e municipal. As atividades ocorreram em 12 escolas municipais, adaptando a linguagem pedagógica ao perfil do público-alvo.

Educação Infantil e Ensino Fundamental I: a estratégia utilizada foi uma pequena apresentação de quem foi Carlos Chagas e como ele descobriu a Doença de Chagas, por meio de slides, posteriormente foi realizada uma conversa com as crianças acerca da produção e consumo do açaí, a importância da manipulação adequada dos alimentos, e higiene das mãos para a prevenção de doenças. Recursos visuais e lúdicos foram utilizados, como a projeção de desenhos educativos sobre a transmissão pelo vetor (*barbeiro*). Ao final, foram distribuídas atividades de pintura com os personagens históricos e do "barbeiro" para fixação do conteúdo e compartilhamento com os núcleos familiares.

Ensino Fundamental II e Ensino Médio: Realizaram-se palestras expositivas abordando a descoberta da doença, os aspectos epidemiológicos, formas de prevenção e fluxo de tratamento. Utilizou-se microscopia e mostruários entomológicos com espécimes preservados para ensinar a identificação anatômica dos triatomíneos transmissores. Panfletos ilustrativos e informativos foram distribuídos aos estudantes.

Comunidade e Pais: Os responsáveis participaram ativamente das sessões informativas, nas quais foram orientados sobre a compra e o manuseio seguro da polpa do açaí, o reconhecimento de sintomas agudos e crônicos da doença e a importância da adesão integral ao tratamento medicamentoso.

- Educação na Saúde

Paralelamente as ações escolares houve a atuação da Vigilância Sanitária; Entomologia; Coordenação da Doença de Chagas e Atenção Primária.

Vigilância Sanitária: realizou-se uma intervenção direta com os batedores artesanais de açaí, com capacitação teórica**,** treinamento focado em boas práticas de manipulação higiênico-sanitária do fruto de acordo com o Decreto o Estadual nº 326/2012 – Pará, abrangendo etapas críticas como catação, lavagens, branqueamento (choque térmico), processamento e envase; e ação de vigilância e fiscalização, com visitas técnicas e inspeções sanitárias, orientativas nos estabelecimentos produtores, avaliando adequações estruturais, fluxo de processamento e higiene dos equipamentos.

DOI: 10.51161/iv-conasus/90759

Entomologia: Fortalecimento da vigilância entomológica por meio da verificação e monitoramento de Postos de Informação de Triatomíneos (PIT). Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e Agentes de Combate às Endemias (ACE) foram instruídos sobre técnicas de coleta segura de triatomíneos, fluxo de encaminhamento ao PIT e estratégias para engajar a população na notificação dos insetos.

Doença de Chagas e Atenção Primária à Saúde: Realização de rodas de conversa com médicos, enfermeiros e gestores da APS e da Vigilância em Saúde. Pautou-se a relevância do diagnóstico precoce, os critérios clínico-laboratoriais de confirmação, a obrigatoriedade da notificação compulsória, a busca ativa de casos suspeitos e o acompanhamento terapêutico adequado. Bem como a sensibilização para a criação ou aperfeiçoamento do fluxo de diagnóstico e acompanhamento municipal deste agravo.

Resultados Alcançados

Público-Alvo	Cobertura / Participação
Comunidade Escolar	12 escolas municipais atendidas; mais de 745 participantes (alunos, pais, professores e coordenadores).
Manipuladores de Açaí	90 batedores de açaí capacitados em boas práticas de manipulação, higienização e comercialização.
Agentes de Saúde (ACS / ACE)	240 profissionais treinados em vigilância entomológica e manejo de PITs.
Profissionais da APS e VISA	Médicos, enfermeiros, fiscais sanitários e gestores municipais qualificados para diagnóstico, notificação e fiscalização.

3 DISCUSSÃO

Esta ação contou com 12 escolas municipais beneficiadas com essas atividades, com mais de 745 participantes, incluindo alunos, pais coordenadores e professores. Com 90 manipuladores de açaí capacitados quando ao manuseio do fruto, produção da polpa e comercialização adequada e 240 Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combates a Endemias treinados com informações sobre a doença de chagas e posto de coleta de triatomíneos.

Ao integrar educação e saúde, vigilância sanitária e entomologia a experiência ampliou a participação comunitária, fortaleceu a prevenção, contribuiu para a melhoria das condições ambientais e sanitárias, promoveu multiplicadores de conhecimento e qualificou profissionais de saúde.

A ocorrência da Doença de Chagas na Região Amazônica apresenta particularidades epidemiológicas marcantes, destacando-se a transmissão oral associada ao consumo de alimentos in natura, especialmente o açaí processado sem as devidas condições sanitárias. Nesse contexto, a experiência desenvolvida pelo 7º Centro Regional de Saúde demonstra a eficácia da intersetorialidade ao articular a educação escolar, a fiscalização sanitária, o controle entomológico e a assistência primária.

DOI: 10.51161/iv-conasus/90759

A estratégia de alinhar **Educação em Saúde** com a **Educação na Saúde** superou a fragmentação tradicional das ações de vigilância. Ao envolver as crianças como multiplicadoras de informação no ambiente doméstico e, simultaneamente, capacitar os pais e batedores de açaí, criou-se uma rede comunitária de proteção. O envolvimento dos batedores artesanais sob uma ótica orientativa — e não meramente punitiva — fortaleceu a adesão às práticas de branqueamento do fruto, etapa indispensável para a inativação do *Trypanosoma cruzi*.

No âmbito da rede de serviços, o treinamento integrado de ACS e ACE fortaleceu a vigilância territorial. A descentralização da identificação vetorial via implantação e revitalização dos PITs aproxima a vigilância entomológica da rotina da população ribeirinha. Da mesma forma, a sensibilização das equipes de APS para o diagnóstico precoce e a notificação imediata enfrenta o desafio da subnotificação e do diagnóstico tardio da fase aguda da doença.

4 CONCLUSÃO

A metodologia empregada revelou-se sustentável por utilizar as estruturas existentes da rede pública (PSE, APS, Escolas e Postos de Vigilância) e reprodutível para outros cenários da Amazônia Legal que compartilham determinantes socioambientais e culturais semelhantes. A integração entre educação, intervenção sanitária e qualificação da atenção primária fortaleceu a autonomia comunitária e elevou a capacidade de resposta do sistema de saúde local. A continuidade e a expansão dessa metodologia para outras regiões endêmicas consolidam-se como caminhos viáveis e eficientes para a redução do impacto da Doença de Chagas no território amazônico.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Doença de Chagas. Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

COURA, J. R.; DIAS, J. C. P. Epidemiologia, controle e vigilância da doença de Chagas no Brasil: sucessos, equívocos e desafios. Memórias do Instituto Oswaldo Cruz, v. 104, p. 31-45, 2009.

COURA, J. R.; VIÑAS, P. A.; JUNQUEIRA, A. C. V. Ecoepidemiologia da doença de Chagas na Amazônia brasileira. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 18, n. 6, p. 1713-1722, 2002.

CARNEIRO, D. M. M.; VARGAS, F. V.; PALÁCIOS, R. C. M. Epidemiologia da doença de chagas aguda no marajó, Amazônia, de 2018 a 2023. **Revista FT,** Ciências da Saúde, v. 29 – ed. 153, 2025.

PARÁ. Secretaria de Estado de Saúde Pública (SESPA). Plano Estadual de Saúde 2020–2023. Belém: SESPA, 2021.

PARÁ. Decreto nº326, de 20 de janeiro de 2012. Estabelece requisitos higiênico-sanitários para a manipulação de açaí e bacaba por batedores artesanais. Belém- PA, 2012.

PINTO, A. Y. N. et al. Fase aguda da doença de Chagas na Amazônia brasileira: estudo de 233 casos do Pará no período de 1988 a 2005. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 41, n. 6, p. 602-614, 2008.

HESITAÇÃO VACINAL: FATORES ASSOCIADOS, ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO E IMPACTOS NA COBERTURA VACINAL

JOÃO PEDRO LESSA MACHADO MENDES PENA; MURILO PERES DE MORAES

Introdução: A vacinação reduz a mortalidade infantil, mas a hesitação vacinal — atraso ou recusa — é um desafio de saúde pública. No Brasil, o Programa Nacional de Imunizações enfrenta queda na cobertura e aumento do abandono devido à desinformação, menor percepção de risco, barreiras no serviço de saúde e impactos da pandemia. Multifatorial, a hesitação envolve insegurança quanto à eficácia/segurança (especialmente de vacinas novas), acesso e experiências individuais, influenciados por idade e fontes de informação. A recusa parental gera bolsões suscetíveis a surtos, exigindo comunicação forte e ações educativas. **Objetivo:** Analisar os fatores associados à hesitação vacinal, suas repercussões na cobertura e as estratégias de enfrentamento na literatura. **Metodologia:** Revisão bibliográfica descritiva e comparativa baseada em quatro estudos (transversais e revisões sistemáticas) sobre hesitação, confiança, fontes de informação e recusa parental no Brasil (Salvador e Campo Grande) e na Europa. **Resultados:** Em Salvador (BA), 27% das 503 mães eram hesitantes. Apesar de mais de 97% reconhecerem a importância e eficácia vacinal, 51,4% temiam riscos em vacinas novas e 91,2% temiam eventos adversos graves; maior escolaridade aumentou a confiança, enquanto piores relações com a atenção primária a reduziram. Em Campo Grande (MS), 50,2% dos 518 participantes relataram hesitação quanto a ao menos uma vacina (55,4% referente à COVID-19), impulsionada por falta de confiança (62,3%), menor idade, pouca percepção de benefícios e ausência de orientação médica. Quanto às estratégias, treinamento, engajamento comunitário, tecnologia e incentivos tiveram efetividade moderada a alta, ao passo que ações exclusivamente midiáticas apresentaram baixa efetividade. Na Europa, a recusa parental concentrou crianças não vacinadas e ampliou surtos, especialmente de sarampo. **Conclusão:** O enfrentamento da hesitação vacinal exige fortalecer a confiança por meio da comunicação direta entre profissionais de saúde e comunidade, além do uso de estratégias multidimensionais adaptadas localmente para evitar a perda da cobertura vacinal e conter surtos.

Palavras-chave: **CONFIANÇA; VACINAÇÃO; HESITAÇÃO**

DOI: 10.51161/iv-conasus/90760

SAÚDE MENTAL NA FORMAÇÃO MÉDICA: FATORES DE RISCO E PROTEÇÃO ENTRE ESTUDANTES

KALINKA ZULEIKA DA SILVA DIAS; RAFAELLA KATHLEEN SILVA DIAS MARQUES; BÁRBARA CRISTINA DIAS VIANA; MIGUEL FRANKLIN REIS DE SOUSA; CAIO GOMES BRANDÃO RIOS; LUCAS DIAS SAMPAIO HOSTALACIO BOTELHO; YASMIN THALYTA NOGUEIRA DOS SANTOS

Introdução: A formação médica envolve demandas acadêmicas, emocionais e sociais que podem repercutir na saúde mental dos estudantes. Compreender os fatores relacionados ao sofrimento psíquico e os elementos capazes de atuar como proteção torna-se relevante para subsidiar estratégias de promoção do bem-estar no ambiente universitário. **Objetivo:** Analisar fatores de risco e proteção relacionados à saúde mental de estudantes de Medicina durante a graduação. **Metodologia:** Realizou-se revisão integrativa da literatura nas bases PubMed/MEDLINE, Biblioteca Virtual em Saúde e Scientific Electronic Library Online, considerando artigos publicados entre 2020 e 2025, em português e inglês. Utilizaram-se descritores relacionados à saúde mental, estudantes de Medicina, ansiedade, depressão e estresse psicológico, combinados pelos operadores booleanos AND e OR. Incluíram-se estudos originais com estudantes de graduação em Medicina que investigaram desfechos de saúde mental e fatores associados. Excluíram-se duplicatas, revisões, meta-análises, editoriais e estudos sem resultados específicos dessa população. Após aplicação dos critérios de elegibilidade, dez estudos compuseram a síntese descritiva e temática. **Resultados:** Os estudos evidenciaram ocorrência relevante de ansiedade, depressão, estresse e transtornos mentais comuns. Entre os fatores associados a piores condições de saúde mental destacaram-se privação e pior qualidade do sono, pressão e cobrança acadêmica, processos avaliativos, características do ambiente educacional, vulnerabilidade psicológica prévia e fatores sociodemográficos. Relações familiares e de amizade, apoio de professores, aspectos favoráveis da organização do curso, sono adequado e hábitos saudáveis apresentaram-se como potenciais elementos protetores. **Conclusão:** A saúde mental dos estudantes de Medicina relaciona-se à interação de fatores individuais, acadêmicos, sociais e comportamentais. Os achados reforçam a importância de estratégias institucionais contínuas de acolhimento, acompanhamento e promoção da saúde mental durante a formação médica.

Palavras-chave: **SAÚDE MENTAL; ESTUDANTES DE MEDICINA; ESTRSSE PSICOLÓGICO**

DOI: 10.51161/iv-conasus/90761

CUIDADO AO IDOSO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA NO BRASIL: ENVELHECIMENTO POPULACIONAL E ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS.

MURILO PERES DE MORAES; JOÃO PEDRO LESSA MACHADO MENDES PENA

Introdução: O envelhecimento populacional acelerado e a elevada prevalência de multimorbidade exigem adaptações estruturais na Atenção Primária à Saúde. O modelo biomédico tradicional, focado isoladamente em doenças únicas, mostra-se insuficiente para lidar com síndromes geriátricas, fragilidade e declínio funcional. Nesse cenário, estratégias centradas na pessoa e focadas na preservação da capacidade intrínseca e na compreensão das preferências do paciente tornam-se essenciais para evitar intervenções prejudiciais e garantir um cuidado adequado. **Objetivo:** Sintetizar as evidências científicas sobre a organização dos serviços e as ferramentas de avaliação na Atenção Primária direcionadas à otimização do cuidado multidimensional ao idoso. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão bibliográfica fundamentada em estudos recentes sobre o manejo geriátrico na atenção primária. A análise englobou ensaios clínicos, revisões de escopo e diretrizes focadas na Avaliação Geriátrica Ampla, na Avaliação Geriátrica Breve, no modelo dos 5Ms Geriátricos, na avaliação da capacidade intrínseca e na continuidade e integração comunitária do cuidado. Resultados: A incorporação da Avaliação Geriátrica Ampla adaptada para a rotina da atenção primária demonstra viabilidade e, quando guiada por médicos generalistas, é capaz de reduzir internações não planejadas. Para contornar a barreira do tempo de consulta, a Avaliação Geriátrica Breve atua como um método eficaz de triagem para identificar idosos com necessidades não expressas. O uso de estruturas sistematizadas, como os 5Ms Geriátricos, otimiza o reconhecimento de problemas mentais, limitações de mobilidade e polifarmácia, alinhando as condutas ao que mais importa para o paciente. Complementarmente, a abordagem focada na capacidade intrínseca permite detectar precocemente o declínio funcional. A continuidade longitudinal do cuidado fortalece o vínculo médico-paciente e diminui o uso de serviços de urgência. Por fim, a articulação intencional entre os serviços primários e as organizações comunitárias é determinante para abordar as vulnerabilidades sociais de forma integral. **Conclusão:** A reestruturação dos serviços de atenção primária exige a transição de um modelo curativo fragmentado para um cuidado contínuo, longitudinal e interprofissional. A adoção de rastreios geriátricos breves, alinhados à integração com recursos da comunidade e à priorização das preferências do idoso, representa o caminho mais seguro para mitigar riscos agudos e promover o envelhecimento saudável.

Palavras-chave: **ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE; AVALIAÇÃO GERIÁTRICA; SAÚDE DO IDOSO**

DOI: 10.51161/iv-conasus/90766